



Gemeinsamer Bundesausschuss

Gemeinsamer Bundesausschuss, Postfach 12 06 06, 10596 Berlin

Bundesministerium für Gesundheit
Referat 213
Frau Dr. Josephine Tautz
11055 Berlin

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

Besuchsadresse:
Wegelystraße 8
10623 Berlin

Ansprechpartner/in:
Sekretariat Dr. Klakow-Franck:
Regine Gerhard

Telefon:
030 275 838 150

Telefax:
030 275 838 135

E-Mail:

Internet:
www.g-ba.de

Unser Zeichen:
RKF

Datum:
29. Juni 2016

vorab per Fax: 030 18 441 37 88

Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 91 SGB V vom 17. Dezember 2015 (Änderung der ASV-RL – Anpassung GKV-VSG und weitere Änderungen) und 22. Januar 2015 i.d.F. der Beschlüsse vom 18. Juni 2015 und 17. Dezember 2015 (onkologische Erkrankungen – Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren)

Ihr Schreiben vom 14. April 2016

Sehr geehrte Frau Dr. Tautz,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 14. April 2016 mit dem Sie um zusätzliche Informationen und ergänzende Stellungnahmen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den oben genannten Beschlüssen zur Änderung der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach § 116b SGB V (ASV-RL) sowie um ergänzende Stellungnahmen zu den Ihrem Schreiben beigefügten Schreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. 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 gebeten haben.

Zu Ihren Fragen nehmen wir im Einzelnen wie folgt Stellung:

- 1. Besteht ein möglicher Widerspruch zwischen der vom G-BA beschlossenen Konkretisierung der onkologischen Erkrankungen gastrointestinale Tumoren und Tumoren der Bauchhöhle (Anlage GiT) sowie gynäkologische Tumoren (Anlage Gyn) und dem gesetzlichen Regelungsauftrag?**

Mit Inkrafttreten des GKV-VSG ist die Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen bei den onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen in § 116b Abs. 1 Satz 2 SGB V entfallen. Bei der Überarbeitung der bereits in Kraft getretenen bzw. bereits beschlossenen ASV-Rahmenrichtlinie sowie der Anlagen Gyn und GiT war für den G-BA insbesondere der Hinweis des Gesetzgebers entscheidungsleitend, dass das generelle Merkmal der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) wonach bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung erforderlich ist, auch für onkologische und rheumato-



logische Erkrankungen bestehen bleiben soll. Dazu wird in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 18/5123, S. 131) wörtlich ausgeführt: „Das **generelle Merkmal**, dass die ASV bei Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen eine **interdisziplinäre Abstimmung und Koordination der Patientenversorgung** erfordert, **bleibt auch für onkologische und rheumatologische Erkrankungen bestehen**. Dies war auch bereits in den bisherigen konkretisierenden Richtlinienbeschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu Krankheiten mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b alter und neuer Fassung ein wichtiger Bestandteil.“ [Hervorhebungen nur hier]

Dieses vom Gesetzgeber geforderte generelle Merkmal der Interdisziplinarität wurde deshalb als solches bereits in der am 20. Juli 2013 in Kraft getretenen Rahmenrichtlinie zur ASV verankert (§ 3 Abs. 1 Satz 1 ASV-RL) und sodann bei der Überarbeitung der ASV-Anlagen fortgeschrieben.

Der Gesetzgeber hat onkologische und rheumatologische Erkrankungen als Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b Abs. 1 Satz 2 Nr. 1a und 1b SGB V klassifiziert. Hierauf aufbauend ist es gemäß § 116b Abs. 4 Satz 2 SGB V Aufgabe des G-BA, die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 2 nach dem ICD-10-GM oder nach weiteren von ihm festzulegenden Merkmalen zu konkretisieren. Angesichts der Vielzahl und Unterschiedlichkeit der einzelnen Diagnosen in der Gruppe der onkologischen sowie in der Gruppe der rheumatologischen Erkrankungen ist eine funktionale Konkretisierung anhand weiterer Merkmale geradezu unerlässlich.

Bislang konnten in die ASV aufgrund der gesetzlich vorgegebenen Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen ausschließlich Patientinnen und Patienten mit einem fortgeschrittenen Tumorstadium aufgenommen werden, zum Beispiel in der Anlage GiT entsprechend den Merkmalen bzw. Kriterien

A: Tumorstadium mit Lymphknotenbefall, Fernmetastasen, High Grade oder $R > 0$ und die Patientin oder der Patient bedarf aufgrund der Ausprägung seiner Tumorerkrankung einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie, eine systemische Therapie und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

oder

B: Rezidiv oder Progression der Tumorerkrankung (einschließlich non-response) und die Patientin oder der Patient bedarf aufgrund der Ausprägung seiner Tumorerkrankung einer multimodalen Therapie oder Kombinationschemotherapie. Das bedeutet, es ist entweder als Primärtherapie oder als adjuvante oder neoadjuvante Therapie, eine systemische Therapie und/oder eine Strahlentherapie indiziert, die einer interdisziplinären oder komplexen Versorgung oder einer besonderen Expertise oder Ausstattung bedarf.

(oder entsprechend der besonderen Kriterien C oder D, die für die diese Betrachtung jedoch nicht relevant sind).

Der G-BA hat in seinen Beschlüssen vom 17. Dezember 2015 diese für die Definition der schweren Verlaufsform maßgeblichen, auf fortgeschrittene Tumorstadien Bezug nehmende Sub-Kriterien ersatzlos gestrichen. Somit können nunmehr Patientinnen und Patienten **Stadienunabhängig** Zugang zu einer interdisziplinär abgestimmten, multimodalen Diagnostik und Therapie erhalten, wann immer diese medizinisch indiziert ist. Dies ist nach heutigem, evidenzbasiertem Kenntnisstand und den entsprechenden Leitlinien zumeist auch bei nicht schweren,



„leichteren Krankheitsverläufen“ bzw. früheren Stadien einer onkologischen Erkrankung der Fall. Beispielhaft sei darauf hingewiesen, dass der G-BA infolge der Öffnung für nicht schwere Verlaufsformen in der Anlage Gyn ausdrücklich auch die ICD-10 D05.1 (Carcinoma in situ der Milchgänge (DCIS)) eingeschlossen hat, die das früheste Stadium des Mammakarzinoms darstellt.

Das in den Anlagen GiT und Gyn jeweils unter Ziffer 1 (Konkretisierung der Erkrankung) verankerte Erfordernis einer multimodalen Therapie stellt die funktionale Konkretisierung des generellen Merkmals der ASV (interdisziplinär abgestimmtes Versorgungskonzept „aus einer Hand“) für die Zwecke der Onkologie dar. Diese funktionale Konkretisierung hat aus Sicht des G-BA keine unzulässige Einschränkung des Zugangs zur ASV zur Folge. Der G-BA geht vielmehr davon aus, dass durch den in medizinischer Hinsicht begrüßenswerten Wegfall der artifiziellen Eingrenzung auf die schweren Verlaufsformen zukünftig wesentlich mehr Patientinnen und Patienten in die ASV eingeschlossen werden können. Da bei onkologischen Erkrankungen üblicherweise nicht in „schwere“ und „nicht schwere“ Verlaufsformen unterschieden wird, sondern andere Klassifikationssysteme etabliert sind, sowie aufgrund des Fehlens einer flächendeckenden und vollzähligen Registrierung von Krankheitsverläufen in klinischen Krebsregistern konnte bzw. kann die Zahl der onkologischen Patientinnen und Patienten, die vormals mit bzw. nun auch ohne schweren Verlauf in die ASV eingeschlossen werden können, jedoch nur geschätzt werden.

Als Berechnungsgrundlage für die Fallzahl-Schätzungen auf Basis von 5-Jahres-Prävalenzen wurden vom G-BA mit Unterstützung des Kompetenz-Centrums Onkologie des MDK epidemiologische Daten des Robert Koch-Instituts und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland, Hinweise aus der wissenschaftlich publizierten Literatur oder internationaler Krebsregisterdaten (z. B. IARC, EUROCAN, GLOBOCAN), sowie – zur näheren Einschätzung des Umfangs unterschiedlicher Verlaufsformen in den Indikationsgruppen – Daten des klinischen Tumorregisters München herangezogen. Berücksichtigt wurden zudem etablierte Erkenntnisse zur leitliniengerechten, evidenzbasierten Diagnostik und Therapie in den jeweiligen Indikationsgruppen.

Für die gastrointestinalen Tumoren der Anlage GiT erhöht sich mit dem Wegfall der Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen die Grundgesamtheit der in Frage kommenden Fälle von ca. 116.000 pro Jahr auf 221.000. Für das Mammakarzinom der Anlage Gyn ergab sich nach Wegfall der Eingrenzung auf die schwere Verlaufsformen eine Erhöhung der Grundgesamtheit der – geschätzt - in Frage kommenden Fälle von ca. 157.000 pro Jahr auf ca. 274.000. Diese deutliche Erhöhung der Grundgesamtheiten insbesondere beim Mammakarzinom ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass in den vergangenen Jahren nicht nur die Neuerkrankungs- und Prävalenzraten deutlich zugenommen haben, sondern dass eine Verschiebung hin zu günstigeren Stadien bei Erstdiagnose eingetreten ist. Gleichzeitig haben sich Erkenntnisse zur Therapie des Mammakarzinoms auf Basis evidenzbasierter Studiengrundlagen gefestigt und erweitert. Bereits bei frühen Stadien wird zumeist ein umfangreiches Therapiekonzept umgesetzt (z.B. bei HER2-positiven Karzinomen (ab T1cN0 oder bei N+) mit Einsatz der adjuvanten Trastuzumab-Therapie plus Chemotherapie, oder bei „triple negativen Tumoren“ mit Einsatz einer adjuvanten Chemotherapie, bei Brust-erhaltenden Operationen die regelhafte Empfehlung zur adjuvanten Strahlentherapie).

Unter den gynäko-onkologischen Tumoren der Anlage Gyn ist eine sehr große Bandbreite verschiedener onkologischer Erkrankungen mit sehr unterschiedlichen Krankheitsverläufen und Versorgungsbedarfen subsummiert. Ausgehend von einer geschätzten Grundgesamtheit von 51.000 Fällen mit schwerer Verlaufsform pro Jahr wurde im Gesamtergebnis die Grundgesamtheit der potentiell in die ASV einschließbaren Fälle nach Wegfall der schweren Verlaufsformen auf ca. 66.000 Fälle geschätzt.



Es sei nochmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich in Ermangelung harter Daten bei den vorgenannten Fallzahlen nur um Schätzwerte handelt bzw. handeln kann.

Nach altem Recht (vor Inkrafttreten des GKV-VStG 2012) konnten Patientinnen und Patienten nach erfolgreichem Abschluss der multimodalen Therapie auch im Rahmen der Tumor-Nachsorge ohne Überweisungsvorbehalt bis zu drei Jahre vom Krankenhaus ambulant weiterbetreut werden. Seit Inkrafttreten der ASV-RL setzt die Weiterbehandlung durch ein interdisziplinäres ASV-Team – unabhängig davon, ob es sich um ein stationäres, vertragsärztliches oder gemischtes ASV-Team handelt – im Rahmen der Tumor-Nachsorge eine Überweisung voraus. Aus Sicht des G-BA ist für die Überweisung in die ASV bei onkologischen Erkrankungen maßgeblich, dass ein medizinisches Erfordernis einer Behandlung durch ein interdisziplinäres Team vorliegt. Nachsorge-Untersuchungen oder auch eine anschließende Dauer-Medikation zum Beispiel in Gestalt einer oralen anti-hormonellen Therapie werden heutzutage typischerweise vom niedergelassenen Facharzt koordiniert bzw. verordnet.

Eine Verschlechterung im Vergleich zu früheren Versorgungssituation ist durch die Neuregelung nicht zu erwarten, da seit Einführung des § 116b SGB V im Jahr 2003 gerade in der Onkologie die Versorgungsstrukturen intensiv weiterentwickelt wurden, und zwar nicht nur stationär durch Bildung von Tumorzentren, sondern insbesondere auch ambulant durch Einführung der Zusatz-Weiterbildung „medikamentöse Tumortherapie“, den Abschluss von regionalen ambulanten Onkologie-Vereinbarungen u.v.m.

Jenseits einer rechtlichen Betrachtung wäre eine etwaige Wiederherstellung alten Rechts unter Versorgungsgesichtspunkten zu hinterfragen. Bei Einführung des § 116b SGB V im Jahr 2003 verband der Gesetzgeber damit die Intention, die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten durch ambulante Öffnung der Krankenhäuser für ambulante spezialfachärztliche Versorgung zu öffnen. Die Ambulantisierung der modernen Medizin ist seither rasant vorangeschritten. Das entscheidende Qualitätsverbesserungspotential für die Versorgungssituation der Patientinnen und Patienten mit komplexen, schwer therapierbaren Krankheiten i.S.v. § 116b Abs. 1 SGB V wird vom Gesetzgeber in interdisziplinär abgestimmten Versorgungskonzepten „aus einer Hand“ unter sektorenübergreifender Beteiligung der niedergelassenen Spezialisten gesehen, weshalb sich seit Inkrafttreten des GKV-VStG im Jahr 2012 der § 116b SGB V nicht mehr auf eine ausschließliche Öffnung der Krankenhäuser für die ASV beschränkt. Wörtlich wird dazu in der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 17/6906, S. 80) ausgeführt:

„Die qualitativ hochwertige Diagnostik und Behandlung komplexer, häufig schwer therapierbarer Krankheitsbilder erfordern Expertise von Spezialisten bzw. spezielles medizinisches Wissen, interdisziplinäre Kooperation und oftmals besondere Ausstattungen. [...] Diese Entwicklung wirkt sich nicht nur auf die Krankenhausversorgung, sondern auch auf die ambulante Versorgung aus. Sie erhöht insbesondere die Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich und bringt zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich mit sich. Inzwischen ist es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen. Die strenge sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung (vertragsärztliche Versorgung – Krankenhausversorgung) wird dieser Entwicklung nicht mehr hinreichend gerecht und soll daher durch die Einführung eines sektorenverbindenden Versorgungsbereichs der ambulanten spezialärztlichen Versorgung überwunden werden. [Hervorhebungen nur hier].“

Zusammenfassend geht der G-BA davon aus, dass infolge der Streichung der Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen deutlich mehr Patientinnen und Patienten der Zugang zur ASV ermöglicht wird. Die am 17. Dezember 2015 beschlossenen Konkretisierungen des besonderen Krankheitsverlaufs in den Anlagen GiT und Gyn stellen die fachlich-medizinisch indizierte „onkologische Übersetzungen“ des generellen Merkmals der ASV dar (interdisziplinär abgestimm-

tes Versorgungskonzept „aus einer Hand“) und sollen zu einer Optimierung der Versorgung der Patientinnen und Patienten mit Gastrointestinal-Tumoren oder gynäkologischen Tumoren beitragen. Dem steht nicht entgegen, dass im Unterschied zu altem Recht die Patientinnen und Patienten im Rahmen der Tumor-Nachsorge nicht mehr „automatisch“ in die ASV eingeschlossen werden können, oder dass die Abklärung der Verdachtsdiagnose nicht mehr zum Behandlungsumfang der ASV zählt (vgl. auch Ausführungen weiter unten), da seit Einführung des § 116b im Jahr 2003 gerade in der Onkologie ein Ausbau nicht nur der stationären, sondern auch der vertragsärztlichen Versorgungskapazitäten zu beobachten ist, –so dass im Vergleich zu früher Versorgungslücken ausgeschlossen sein sollten.

2. Änderung der Mindestmengen

Entsprechend den Regelungen des G-BA sind folgende Mindestmengen in Beschlüssen zur ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V festgehalten:

Mindestmengen (Anzahl Patient/Jahr) Indikationsgruppe	ABK-RL	ASV (schwerer Verlauf)	ASV (nach GKV-VSG) Beschlüsse vom 17.12.2015
GIT	280	140	230
GYN	330	Beschluss 22.01.2015: 200 (Mamma) + 50 (Gyn) Beschluss 18.06.2015: Zusätzlich Sonderregelungen - nur Mamma (keine Bindung an Mindest- menge Gyn 50) - - nur Gyn (keine Bindung an Mindestmen- ge Mamma 200)	250 (Mamma) + 60 (Gyn)

Durch den Wegfall der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen bei onkologischen Erkrankungen durch das GKV-VSG mussten die jeweils zu erreichenden Mindestmengen (nach einer initialen Absenkung im Vergleich zur ABK-RL) neu berechnet werden. Ausgangsbasis der konkreten Berechnungen bildeten dabei die jeweiligen 5-Jahres-Gesamtprävalenzen unter Anwendung der so genannten „0,1%-Regel“. Vergleichbare pauschale Ansätze kommen beispielsweise auch bei der Festlegung von Mindestoperationszahlen innerhalb der ärztlichen Weiterbildungsordnungen zur Anwendung. Bereits die Vorgaben zu den Mindestmengen in der ABK-RL basierten auf dem 0,1%-Richtwert.

Für die ASV-Anlagen GiT und Gyn wurden die so ermittelten Richtwerte für die jeweiligen Mindestmengen abgeglichen mit faktischen Behandlungsfrequenzen, wie sie zum Beispiel dem Jahresbericht Onkologische Zentren 2016 (Stand 31. Mai 2015) oder Angaben des Berufsverbands Niedergelassener Hämato-Onkologen (BNHO) zu entnehmen sind. Die schlussendlich festgelegten Mindestmengen entsprechen deshalb nicht immer exakt 0,1% der geschätzten 5-Jahres-Prävalenz für potentielle ASV-Behandlungsfälle (zu den Prävalenzen siehe oben).

3. Erfassung seltener Tumorerkrankungen

Wie bisher erfolgte mit den Beschlüssen vom 17. Dezember 2015 zur Konkretisierung onkologischer Erkrankungen in der ASV-RL keine Regelung eines Zugangs zur ASV für seltene Erkrankungen auf Grundlage von § 116b Abs. 1 Satz 2 Nr. 2 SGB V, sondern eine Regelung des Zugangs zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen wie onkologischen Erkrankungen auf Grundlage von § 116b Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 lit. a) SGB V.

Im Übrigen geht der Bundesgesetzgeber in § 116b Abs. 4 Satz 8 SGB V selbst davon aus, dass als Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 1 auch Diagnosen geregelt werden können, bei denen es sich zugleich um seltene Erkrankungen oder Erkrankungszustände mit entsprechend geringen Fallzahlen handelt.

Davon unabhängig gilt die in § 116b Abs. 1 Satz 1 SGB V vorgenommenen Präzisierung des Umfangs der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung auf die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattungen erfordern, sowohl für Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen als auch für seltene Erkrankungen.

4. Anforderungen an die Überweisung

In der am 20. Juni 2013 in Kraft getretenen ASV-RL ist geregelt, dass zum Zeitpunkt der Überweisung an einen Leistungserbringer nach § 116b Abs. 2 SGB V eine gesicherte Diagnose vorliegen muss (§ 8 Satz 11 ASV-RL); lediglich seltene Erkrankungen nach Anlage 2 der ASV-RL waren hiervon ausgenommen (§ 8 Satz 12 ASV-RL). Mit Beschluss vom 17. Dezember 2015 wurden die Regelungen in § 8 ASV-RL dahingehend erweitert, dass nunmehr auch bei komplexen Erkrankungen „in bestimmten Fällen Verdachtsdiagnosen ausreichen“ können. Voraussetzung hierfür ist, dass hierzu in den Anlagen die entsprechenden Fälle auch konkret bestimmt sind.

Ein Einschluss von Verdachtsdiagnosen wurde sowohl für die gastrointestinalen als auch für die gynäkologischen Tumoren fachlich diskutiert und unterschiedliche Vorschläge hierzu im Plenum zur Abstimmung gestellt. Ein Einschluss von Verdachtsdiagnosen ist insbesondere dann sinnvoll, wenn – wie bei seltenen Erkrankungen – ansonsten ein zu langes Intervall zwischen den ersten Symptomen und dem Feststellen der Diagnose bzw. der Einleitung der medizinisch notwendigen Therapie droht. Nach umfassender fachlicher Bewertung der Vorschläge hat das Plenum mehrheitlich gegen eine Aufnahme von Verdachtsdiagnosen in die Anlagen GiT und Gyn entschieden. Hierdurch sind jedoch im Gegensatz etwa zu den seltenen Erkrankungen keine Verzögerungen bei der Primärdiagnostik zu erwarten, da in der Regel – entweder als Folge einer auffälligen Vorsorge-Untersuchung, oder bei klinischem Tumor-Verdachts – eine zeitnahe ambulante oder stationäre Primärdiagnostik erfolgt. Es sei nochmals darauf hingewiesen, dass sich die Versorgungskapazitäten in der Onkologie seit Einführung des § 116b SGB im Jahr 2003 sowohl stationär als auch vertragsärztlich kontinuierlich weiterentwickelt haben.

Unter der Voraussetzung der Nichtbeanstandung der Neuregelung in § 8 ASV-RL, ist davon auszugehen, dass sich der G-BA im Zusammenhang mit der derzeit in Beratung befindlichen Anlage zu rheumatologischen Erkrankungen erneut intensiv mit der Frage des Einschlusses von Verdachtsdiagnosen befassen wird, weil sich hier die Sachlage hinsichtlich des durchschnittlichen Intervalls zwischen Erstsymptomatik und Diagnose ungünstiger als in der Onkologie darstellt.

5. Verortung der Radiologen

Wie sich bereits aus den Anlagen zum Schreiben der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. vom 10. Februar 2015 ergibt, wurden die dort aufgeführten Argumente im Rahmen der Beratungen der Gremien des G-BA intensiv besprochen und einer umfassenden fachlichen Bewertung unterzogen. Unter entsprechender Würdigung der von der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. vertretenen Ansicht erfolgte gleichwohl die Verortung der Radiologen als „Hinzuzuziehende Fachärztinnen und Fachärzte“ in der sogenannten dritten Ebene der komplexen Struktur des interdisziplinären ASV-Teams.

Anders als die Deutsche Röntgengesellschaft e.V. meint, widerspricht die vom G-BA vorgenommene Verortung der Radiologen in der dritten Ebene des ASV-Teams im Ergebnis nicht den allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin. Weder in der von der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. zitierten Leitlinie noch aus den Anforderungen an die Zertifizierung von Brustzentren lassen sich entsprechende Anhaltspunkte entnehmen.

Zudem kann auch der von der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. zitierten Rechtsprechung kein Hinweis auf einen vermeintlichen Widerspruch zu den allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin entnommen werden. Vor diesem Hintergrund scheidet ein Verstoß gegen die in § 630a Abs. 2 BGB geregelten Behandlungspflichten oder gar ein Anspruch auf Amtshaftung nach Art. 34 GG i.V.m. § 839 BGB gegenüber dem G-BA bereits denklogisch aus.

Ich hoffe, Ihre Nachfragen hinreichend erläutert zu haben, und dass dem Inkrafttreten der Änderungen in der Rahmenrichtlinie und in der Anlage GiT sowie insbesondere dem erstmaligen Inkrafttreten der neuen Anlage Gyn keine rechtlichen Bedenken mehr entgegenstehen. Gleichzeitig bitte ich um Verständnis, dass im Zusammenhang mit der konkreten fachlichen Ausgestaltung der ASV aufgrund der Komplexität dieses neuen Versorgungsangebots nicht immer ein Konsens in allen Einzelheiten zu erzielen ist.

Die ASV beinhaltet ein großes Verbesserungspotential für die Patientenversorgung. Dieses wird jedoch nur zur Entfaltung kommen, wenn es allen Beteiligten gelingt, ausschließlich sektorspezifische Betrachtungsweisen zu überwinden und die ASV nicht als konkurrierendes, sondern als ein ergänzendes, mit der Regelversorgung zu verzahnendes Leistungsangebot zu sehen.

Die von Ihnen erbetene ergänzende Stellungnahme zu den in den Schreiben der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. vom 10. Februar 2015 und vom 11. Februar 2016, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. vom 11. Februar 2016, des Bundesverbandes ASV e.V. vom 27. Januar 2016 bitte ich dem gesonderten Schreiben zu entnehmen, dass wir Ihnen zeitgleich zukommen lassen haben.

Mit freundlichen Grüßen

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