

**Tragende Gründe  
zum Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses  
über eine Änderung der  
Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung:  
Positronenemissionstomographie beim  
kleinzelligen Lungenkarzinom**

Vom 19. Juni 2008

**Inhaltsverzeichnis**

<b>1</b>	<b>Rechtsgrundlagen</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>Eckpunkte der Entscheidung</b>	<b>3</b>
2.1	Einleitung	3
2.2	Beschreibung der Methode	4
2.3	Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Positronenemissionstomographie	4
2.4	Notwendigkeit der Positronenemissionstomographie in der vertragsärztlichen Versorgung	7
2.5	Wirtschaftlichkeit der Positronenemissionstomographie in vertragsärztlichen Versorgung	7
2.6	Qualitätssicherung	7
2.7	Fazit aus Stellungnahmen	8
<b>3</b>	<b>Gesamtbewertung der PET beim SCLC in der vertragsärztlichen Versorgung (Abwägung)</b>	<b>8</b>
<b>4</b>	<b>Beratungsverlauf</b>	<b>9</b>

# 1 Rechtsgrundlagen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag nach § 135 Abs. 1 SGB V für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten neue ärztliche Methoden daraufhin, ob der therapeutische Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Auf der Grundlage des Ergebnisses dieser Überprüfung entscheidet der G-BA darüber, ob eine neue Methode ambulant zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verordnet werden darf.

Die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) wurde durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen mit Beschluss vom 26. Februar 2002 in die damalige Anlage B der BUB-Richtlinien aufgenommen und damit ausdrücklich nicht in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen. Dieser Beschluss hat bis zu einer anderslautenden Entscheidung des G-BA weiterhin Bestand.

In der Folge dieser ersten ambulanten Bewertung wurde die Überprüfung der PET am 14. März 2003 durch die Spitzenverbände der Krankenkassen auch im Ausschuss Krankenhaus gemäß § 137c SGB V für den stationären Bereich für eine Reihe verschiedener Indikationen beantragt und dort für die Teilindikation des nicht-kleinzelligen Bronchialkarzinoms (NSCLC) mit Beschluss vom 20. Dezember 2005 abgeschlossen.

Hieran anschließend wurde durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im Januar 2006 ein Antrag auf erneute Beratung der PET für den vertragsärztlichen Bereich gestellt. Das Ergebnis des Beschlusses zur PET für die Indikation des NSCLC aus dem stationären Bereich wurde am 18. Januar 2007 nach Ergänzung um Eckpunkte für umfangreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung durch den G-BA auch für den vertragsärztlichen Bereich übernommen. Seit dem In-Kraft-Treten dieses Beschlusses am 1. April 2007 ist die PET auch im vertragsärztlichen Bereich für die Indikation des NSCLC erbringbar.

Die Bewertung aller übrigen Indikationen, für die gleichlautende Beratungsanträge im stationären wie im vertragsärztlichen Bereich vorliegen, wurde in der zu Beginn des Jahres 2006 eingerichteten sektorübergreifend arbeitenden Themengruppe des G-BA fortgeführt.

Die sektorübergreifend durchgeführte Überprüfung der Positronenemissionstomographie bei den Indikationen

- Bestimmung des Tumorstadiums von primären kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen
- Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären kleinzelligen Lungenkarzinomen

zum Nutzen und der medizinischen Notwendigkeit wurde durch die Themengruppe des G-BA mit einem entsprechenden Bericht am 21. März 2007 abgeschlossen.

Die Bewertung des Nutzens, der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der PET bzw. PET/CT berücksichtigt die Ergebnisse des Berichtes der sek-

torübergreifend arbeitenden Themengruppe, die Auswertung der beim G-BA eingegangenen Stellungnahmen anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas, die Stellungnahme der Bundesärztekammer (BÄK) vor der abschließenden Entscheidung des G-BA und den auf den vertragsärztlichen Bereich bezogenen Bericht des Unterausschusses „Ärztliche Behandlung“.

## **2 Eckpunkte der Entscheidung**

### **2.1 Einleitung**

Die folgenden Aussagen zur PET gelten auch für die PET im Rahmen einer PET/CT[Computertomographie]-Kombinationsdiagnostik.

Die PET ist ein diagnostisches Verfahren, das die Sicherheit von Therapieentscheidungen bei Patienten mit primär kleinzelligem Lungenkarzinom (SCLC) erhöhen soll, insbesondere bei der Frage ob, ein kurativer Therapieansatz möglich ist.

Das SCLC gehört zu denjenigen Krebserkrankungen, welche selbst unter Behandlung durch vergleichsweise kurze Überlebensraten gekennzeichnet ist. Durch die sehr frühe hämatogene und lymphogene Metastasierung und das schnelle Wachstum des Tumors ist das SCLC ab einem bestimmten Stadium einer kurativen Therapie nicht mehr zugänglich. In diesen Fällen ist eine palliative Therapie, also eine angemessene medizinische Versorgung, die mehr auf die Lebensqualität zentriert ist, notwendig. Für die verschiedenen Stadien existieren unterschiedliche Therapieansätze (kurativ oder palliativ), die kontinuierlich weiterentwickelt werden. Hinsichtlich der Einschätzung der individuellen Prognose bzw. der hiervon abhängigen Wahl des Therapieansatzes ist das Staging der Erkrankung von besonderer Bedeutung. An „konventioneller“ bildgebender Diagnostik werden in erster Linie CT, MRT und Knochenszintigraphie beim Staging angewandt. Die PET wird zumeist in ergänzender Form zur Abschätzung konkreter Fragestellungen eingesetzt.

Ein kurativer Therapieansatz eines Patienten mit einem SCLC erfolgt in der Regel, wenn keine Fernmetastasen vorliegen und keine mediastinalen Lymphknoten (LK) befallen sind (Tx N<2 M0). Bei mediastinaler LK-Beteiligung ohne Fernmetastasierung kann in seltenen Fällen ebenfalls krankheitsfreies 5-Jahresüberleben erreicht werden.

Die früher in diesem Zusammenhang klinisch angewendete Einteilung nach „very limited disease“ / “limited disease“ (VLD / LD) und „extensive disease“ (ED) wird zunehmend durch die TNM-Klassifikation ersetzt.

Entscheidend für einen Einsatz der PET ist, dass das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen einer PET-Untersuchung begründen kann.

Es war daher durch den G-BA die Frage zu klären, ob die PET hinreichend sicher dazu beitragen kann, für bestimmte Patienten die Unterscheidung zwischen kurativem und palliativen Therapieansatz vorzunehmen.

## **2.2 Beschreibung der Methode**

Die PET ist ein nichtinvasives diagnostisches Verfahren, mit dem physiologische Funktionen und biochemische Prozesse (z. B. Stoffwechselprozesse) im menschlichen Körper dargestellt werden können. Das Verfahren beruht auf der chemischen Markierung stoffwechselrelevanter Moleküle mit kurzlebigen Radionukliden, bei deren Zerfall Positronen entstehen. Die Aufzeichnung der von diesen Teilchen ausgelösten Strahlung in Form von Schnittbildern gibt ein qualitatives und quantitatives Bild der entsprechenden Stoffwechselprozesse wieder. Als Bindungssubstanzen eignen sich sowohl Moleküle des körpereigenen Stoffwechsels als auch Pharmaka. Die geringe Menge der für die Untersuchung verwendeten Radioisotope bedingt eine relativ geringe Strahlenexposition, die im Allgemeinen der Größenordnung einer Röntgenuntersuchung entspricht.

In der Onkologie nutzt die PET den erhöhten Tumorstoffwechsel und andere spezifische pathophysiologische Prinzipien zum Nachweis von Malignomen und zur Ganzkörperdiagnostik aus. Aufgrund des stark vermehrten Glukosemetabolismus (gemessen als Standardized Uptake Value = SUV) der meisten soliden Tumore sowie von Lymphomen, wird in der klinischen Praxis fast ausschließlich das Glukoseanalogon 2-F-18-Fluoro-2-Deoxy-D-Glukose (F-18 FDG) eingesetzt.

Ein mäßig bis deutlich gesteigerter Glukosemetabolismus kann jedoch auch bei akut inflammatorischen Prozessen (z. B. floride Lymphknotentuberkulose oder Sarkoidose) nachgewiesen werden.

Voraussetzung, eine hohe diagnostische Sicherheit zu erreichen, ist die sorgfältige technische Durchführung der PET. Hierzu gehört insbesondere die optimale Vorbereitung des Patienten (Nüchternzeit, Hydrierung, Diuretikaapplikation, körperliche Immobilität), eine ausreichende Wartezeit bis zur Bildakquisition (Blutclearance von FDG, insbesondere mediastinal) sowie die optimale Aufnahmedauer.

Mit der FDG-PET ist es möglich, quantitative Veränderungen des Glukosestoffwechsels nachzuweisen und damit die morphologisch orientierte CT- und MRT-Bildgebung bei spezifischen Fragestellungen entscheidend zu ergänzen.

Die FDG-PET mittels Vollringscanner liefert Bilder mit bestmöglicher nuklearmedizinischer Qualität. Als eine technische Weiterentwicklung wird die PET/CT, eine Integration von PET und CT in einem Untersuchungsgerät, seit etwa 4 Jahren zunehmend klinisch eingesetzt.

## **2.3 Bewertung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit der Positronenemissionstomographie**

### **2.3.1 Indikation I: „Bestimmung des Tumorstadiums von primären kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen“**

#### **2.3.1.1 Nutzen**

Die für die Feststellung des medizinischen Nutzens zuständige Themengruppe fasste hierzu zusammen, dass klinische Daten zur Anwendung der PET beim Staging des SCLC nur in wenigen Studien vorwiegend jüngeren Datums vorlägen. Wesentlicher Focus der Untersuchungen sei dabei nicht die Frage nach der diagnostischen

Genauigkeit, sondern der Einfluss der PET auf das Staging des Patienten und das davon abhängige therapeutische Management gewesen.

Die bewertete Primärliteratur untersuchte also weder die diagnostische Genauigkeit der PET, noch bezieht sie sich auf patientenrelevante Endpunkte.

Für den additiven Einsatz der PET lassen sich allerdings die folgenden Schlüsse ziehen:

- Es können mittels PET zusätzliche Patienten identifiziert werden, deren Tumorstadium richtig hoch gestuft wird und denen dadurch eine Radiotherapie oder Operation erspart werden kann.
- Es kann mittels PET bei Patienten mit unsicherem Metastasenstatus ein korrektes Downstaging erwartet werden, womit sich eine potenziell kurative Therapieoption eröffnet.
- Es kann mittels PET aufgrund zusätzlich identifizierter Lymphknotenmetastasen das Zielvolumen der Strahlentherapie angepasst werden.

Die Daten geben darüber hinaus Hinweise (Limitation wg. geringer Patientenzahl), dass durch die Ganzkörper-PET auf eine routinemäßige Knochenszintigraphie und Knochenmarkbiopsie verzichtet werden kann, da eine höhere Sensitivität der PET anzunehmen ist. In wie fern andere diagnostische Verfahren (z. B. Mediastinoskopie) durch die PET zu ersetzen sind, ist aufgrund der vorliegenden Studien noch nicht beurteilbar.

Die Studien bestätigen die aus der Theorie abgeleiteten Annahmen, dass die FDG-PET in der Diagnostik von Hirnmetastasen der CT bzw. MRT unterlegen ist.

In der Zusammenschau geben die vorliegenden Daten, insbesondere unter Berücksichtigung der Studien von Brink et al. 2004 und Fischer et al. 2006 Hinweise auf einen medizinischen Nutzen der PET bei der Bestimmung des Tumorstadiums von primären kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen. Jedoch kann die PET derzeit nicht generell für die Bestimmung des Tumorstadiums aller Patienten mit SCLC empfohlen werden.

Aussagen zum medizinischen Nutzen sind nur bei Kenntnis des möglichen Schadens der Maßnahme für den Patienten zu bewerten.

Im Falle der PET würde ein potentieller Schaden für den Patienten durch falsch-negative Ergebnisse dadurch hervorgerufen, dass Patienten unter der Vorstellung auf eine mögliche Therapierbarkeit einer unnötig belastenden Therapie ausgesetzt würden. Die Häufigkeit dieser falsch-negativen Ergebnisse lässt sich aus den vorliegenden Publikationen nicht quantifizieren. Ein für Patienten weitaus größerer Schaden kann allerdings durch falsch-positive Ergebnisse entstehen, da hierdurch diesen Patienten ein kurativer Therapieansatz vorenthalten werden würde.

Unter Berücksichtigung des Vorgenannten gilt für die PET-Diagnostik beim SCLC, dass insbesondere in Relation zu der Schwere der Erkrankung und angesichts der schlechten Prognose dieser Patienten das theoretische Schadenspotenzial einer erweiterten Staging-Diagnostik mittels PET als relativ gering einzustufen ist.

Der G-BA geht davon aus, dass dieses Schadenspotential so niedrig ist, dass es den potenziellen Nutzen der PET in der Regel nicht überwiegt.

Auf das SCLC bezogen ist zu beachten, dass Therapie ändernde Befunde der PET möglichst zu verifizieren sind (insbesondere Lymphknotenmetastasen).

### **2.3.1.2 Notwendigkeit**

Angesichts von etwa 10.000 Neuerkrankungen mit SCLC in Deutschland pro Jahr und der gleichzeitig mit dieser Diagnose verbundenen ausgesprochen schlechten Prognose geht der Ausschuss von einer hohen Relevanz der Erkrankung aus.

Trotz dieser insgesamt weiterhin schlechten Prognose des SCLC besteht allerdings für einige Tumorstadien eine gewisse Aussicht, zumindest die Überlebenszeit durch eine kurativ angelegte Therapie zu verlängern. Hierzu ist – wie bereits beschrieben – die exakte Einordnung des Tumorstadiums im primären Staging von hoher Bedeutung. Insbesondere wenn durch vorhergehende konventionelle Diagnostik (in erster Linie CT, MRT und Knochenszintigraphie) keine sichere Festlegung zu den in Frage kommenden Therapieoptionen vorgenommen werden kann, ergibt sich die Notwendigkeit, die PET als additive Diagnostik einzusetzen.

Entscheidend ist, dass das Behandlungskonzept die therapeutischen Konsequenzen einer PET-Untersuchung begründen kann. Vor diesem Hintergrund besteht derzeit für eine PET-Diagnostik nur dann die medizinische Notwendigkeit, wenn vor Einsatz der PET-Untersuchung ein kurativer Therapieansatz möglich erscheint. Für solche Patienten, bei denen bereits durch die vorhergehende konventionelle Diagnostik ein Tumorstadium festgestellt wurde, bei welchem ein kurativer Ansatz der Therapie als nicht mehr gerechtfertigt anzusehen ist, ergibt sich dagegen keine Notwendigkeit zur Durchführung einer PET-Diagnostik.

Zusammenfassend wird für die Methode der FDG-PET bei Patienten mit primärem kleinzelligen Lungenkarzinomen zur Bestimmung des Tumorstadiums einschließlich der Detektion von Fernmetastasen der Nutzen und die medizinische Notwendigkeit als gegeben bewertet, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Ansatz nicht mehr möglich erscheint.

### **2.3.2 Indikation II: „Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären kleinzelligen Lungenkarzinomen“**

Zum Stellenwert der FDG-PET beim Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären kleinzelligen Lungenkarzinomen konnten keine spezifischen Studiendaten identifiziert werden.

Der begründete Verdacht auf ein Rezidiv ist für den betroffenen Patienten eine besonders kritische Situation, da ein Rezidiv in der Regel die weiteren therapeutischen Möglichkeiten grundsätzlich einschränkt. Insofern ergibt sich die Notwendigkeit einer veränderten Lebensplanung bei zumeist nur palliativer Therapie. Wird der Verdacht nicht bestätigt, bleibt die Lebenssituation des Patienten unverändert.

In den meisten Fällen kann ein Rezidiv bereits mit der konventionellen Diagnostik nachgewiesen werden. Gleichwohl stößt die sonstige bildgebende Diagnostik in bestimmten Fällen an ihre Grenzen. So kann die Unterscheidung zwischen Vernarbungen (bei Zustand nach kurativer Therapie) und einem Lokalrezidiv in Einzelfällen sehr schwierig sein. Insbesondere in diesen Fällen hat die PET das Potenzial, entscheidende Zusatzinformationen zu liefern. Dieses Potenzial begründet sich aus den Erkenntnissen zur PET aus der Primärdiagnostik des SCLC, da davon auszugehen ist, dass Rezidiv-Läsionen mit der gleichen diagnostischen Genauigkeit wie Primärläsionen identifiziert werden können.

Zusammenfassend stellt sich die PET-Diagnostik zum Rezidivnachweis bei begründetem Verdacht eines kurativ behandelten kleinzelligen Lungenkarzinoms derzeit als ein Verfahren dar, welches nach Ausschöpfen der sonstigen bildgebenden Diagnostik in Einzelfällen medizinisch notwendig sein kann.

Für die klinische Versorgung ist zu berücksichtigen, dass die dargestellten individuellen Fallkonstellationen in Deutschland sehr selten sind (nach Einschätzung von Fachexperten weniger als 50 Fälle/Jahr) und dass in naher Zukunft zu diesem speziellen Patientenkollektiv keine aussagekräftigen klinischen Studien zu erwarten sind.

#### **2.4 Notwendigkeit der Positronenmissionstomographie in der vertragsärztlichen Versorgung**

Auf Grund der Art der diagnostischen Methode und der Patientengruppen, für die Nutzen und medizinische Notwendigkeit bestehen, wird die oben festgestellte Notwendigkeit als sektorunabhängig angesehen.

#### **2.5 Wirtschaftlichkeit der Positronenmissionstomographie in vertragsärztlichen Versorgung**

Für eine gesundheitsökonomische Betrachtung der PET bei Patienten mit SCLC ist es prinzipiell notwendig, im erforderlichen Umfang einerseits die Kosten für die Versorgung mit und ohne PET sowie andererseits die Auswirkungen des Einsatzes der PET für die Patienten mit SCLC zu quantifizieren, um schließlich beide Größen miteinander ins Verhältnis zu setzen. Für die konkrete Operationalisierung solcher Vergleiche sind verschiedene Verfahren der gesundheitsökonomischen Evaluation entwickelt worden. Da dem G-BA die erforderlichen Daten für eine solche Prüfung der Wirtschaftlichkeit der PET nicht zur Verfügung stehen, konnte keine diesen Methoden entsprechende Bewertung der Wirtschaftlichkeit vorgenommen werden. Unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit im Kontext der onkologischen Behandlung geht der Gemeinsame Bundesausschuss von einer wirtschaftlichen Anwendung der PET in den von der Richtlinie vorgesehenen Rahmenbedingungen aus.

#### **2.6 Qualitätssicherung**

Der patientenrelevante Nutzen der PET hängt in erheblicher Weise von der Qualifikation der Leistungserbringer sowie der Einbettung in ein komplettes und entsprechend den therapeutischen Konsequenzen ausgerichtetes Behandlungskonzept ab. Entscheidend für die Erzielung eines möglichst hohen patientenrelevanten Nutzens durch die PET ist daher eine ausreichende Gerätequalität, eine entsprechende Qualifikation der Leistungserbringer bei Durchführung und Auswertung der Befunde sowie eine gute Kooperation mit allen an den Therapieentscheidungen bzw. der Therapie beteiligten Leistungserbringern. Die bereits im Beschluss zur Indikation des nichtkleinzelligen Lungenkarzinoms verankerten Empfehlungen zur Qualitätssicherung spiegeln dies wider.

Die vom G-BA zur Qualifikation geforderten 1000 onkologischen PET-Untersuchungen innerhalb von fünf Jahren sollen eine spezifische, für die berechtigten Arztgruppen gleichlautende und bundeseinheitliche Mindestqualifikation sichern.

Auch für die Indikation des kleinzelligen Lungenkarzinoms erfolgen die Indikationsstellung, die Befundbesprechungen und die Nachbesprechungen zur PET in analoger Weise in einem interdisziplinären Team, bestehend aus dem Nuklearmediziner, dem onkologisch verantwortlichen Arzt oder Onkologen, dem Internisten und Pneumologen sowie dem Strahlentherapeuten. Zur Abklärung einer möglichen Operabilität soll zusätzlich ein Thoraxchirurg hinzugezogen werden.

## **2.7 Fazit aus Stellungnahmen**

Die anlässlich der Veröffentlichung des Beratungsthemas für den stationären Versorgungssektor 2003 eingegangenen Stellungnahmen wurden auf relevante Literaturangaben und bezüglich ihrer wesentlichen inhaltlichen Aussagen geprüft. Die eingereichten Stellungnahmen nach Veröffentlichung der Beratungsthemen PET und PET/CT für den vertragsärztlichen Versorgungssektor 2006 wurden gleichermaßen geprüft. Zum Themenkomplex SCLC wurden keine spezifischen Anmerkungen gemacht, die in das Bewertungsverfahren hätten einbezogen werden können.

Die Stellungnahme der Bundesärztekammer gemäß § 91 Abs. 8a SGB V wurde in die Beratungen einbezogen.

## **3 Gesamtbewertung der PET beim SCLC in der vertragsärztlichen Versorgung (Abwägung)**

Zusammenfassend werden auf Grund der vom G-BA durchgeführten Bewertung für die Methode des FDG-PET die folgenden Indikationen bei Vorliegen der im Beschluss genannten qualitätssichernden Voraussetzungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung als vertragsärztliche Leistung aufgenommen:

- Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint.
- Nachweis eines Rezidivs bei primär kurativ behandelten Patienten bei begründetem Verdacht, wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.

## 4 Beratungsverlauf

Gremium	Datum	Beratungsgegenstand / wichtige Eckdaten
	24.01.2006	Antrag der KBV zur Beratung der Positronenemissionstomographie gemäß § 135 Abs. 1 SGB V
G-BA	18.04.2006	Beschluss zur Einleitung des Beratungsverfahrens
	17.06.2006	Veröffentlichung des Beratungsthemas im Bundesanzeiger
TG*	21.03.2007	Fertigstellung des Berichts der Themengruppe zu Nutzen und medizinischer Notwendigkeit der Positronenemissionstomographie beim kleinzelligen Lungenkarzinom.
UA ÄB**	21.05.2008	Einleitung des Stellungnahmeverfahrens nach § 91 Abs. 8a SGB V (Gelegenheit zur Abgabe einer Stellungnahme für die Bundesärztekammer). Beratung und Empfehlung an das Beschlussgremium zur Integration der Positronenemissionstomographie beim kleinzelligen Lungenkarzinom in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung.
G-BA	19.06.2008	Beschlussfassung zur Integration der Positronenemissionstomographie beim kleinzelligen Lungenkarzinom in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

\*Themengruppe

\*\*Unterausschuss Ärztliche Behandlung

Siegburg, den 19. Juni 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende

Hess