



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 17. Dezember 2015 und 22. Januar 2015 zur ASV-RL

Ihr Bitte um ergänzende Stellungnahme zu den Schreiben der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. vom 10. Februar 2015 und vom 11. März 2016, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. vom 11. Februar 2016 und des Bundesverbandes ASV e.V. vom 27. Januar 2016

Sehr geehrte Frau Dr. Tautz,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 14. April 2016 mit dem Sie auch um ergänzende Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zu den oben genannten Schreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V., des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. sowie der Deutschen Röntgengesellschaft, Gesellschaft für Medizinische Radiologie e.V. gebeten haben.

Zu den Schreiben nehmen wir wie folgt Stellung:

1. Schreiben der Deutschen Röntgengesellschaft e.V. vom 10. Februar 2015 und vom 11. März 2016

Wie sich bereits aus den Anlagen zum Schreiben der Deutschen Röntgengesellschaft 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 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 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 zitierten Leitlinie noch aus den Anforderungen an die Zertifizierung von Brustzentren lassen sich entsprechende Anhaltspunkte entnehmen.

Zudem kann auch der von der Deutschen Röntgengesellschaft 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.

Dazu im Einzelnen:

a) Kein Widerspruch zum fachlichen Inhalt der S3-Leitlinien

Durch die Verortung der Radiologen in der dritten Ebene innerhalb des interdisziplinären ASV-Teams ist eine den Anforderungen des allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin entsprechende Behandlung in der ASV sichergestellt. So hat das ASV-Team nach den Vorgaben in Ziffer 3.1 und 3.2 f) der zur Nichtbeanstandung vorliegenden Anlage 1 Buchstabe a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren dafür Sorge zu tragen, dass Fachärztinnen oder Fachärzte für Radiologie bei medizinischer Notwendigkeit zeitnah hinzuzuziehen sind (3.1) und dass durch eine geeignete Organisation und Infrastruktur stets die Diagnostik und Behandlungseinleitung zeitnah erfolgt (3.2 f).

Die vom G-BA beschlossene Verortung der Radiologen in der dritten Ebene des ASV-Teams steht nicht in Widerspruch zum Inhalt der von der Deutschen Röntgengesellschaft zitierten S3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung.

Die Feststellungen und Empfehlungen in der von der Deutschen Röntgengesellschaft in Bezug genommene S3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung betreffen im Kern nicht die in den Beschlüssen des G-BA geregelte Versorgungssituation in der ASV. Die S3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung hat die Sekundärprävention mit dem Ziel der Entdeckung von Mammakarzinomen als präinvasive Form oder als frühes invasives Stadium, in dem die 5-Jahres-Überlebensrate bei adäquater Therapie über 90% liegt, zum Gegenstand. Demgegenüber regelt der Beschluss des G-BA vom 22. Januar 2015 zu den gynäkologischen Tumoren in der ASV-RL die Versorgung gynäkologischer Tumoren als Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen und setzt bereits die gesicherte Diagnose voraus.

Vorgaben für die konkrete Ausgestaltung von interdisziplinär zusammengesetzten Behandlungsteams in der vom G-BA geregelten Detailschärfe finden sich dort offensichtlich nicht. Es fehlt auch an konkreten Vorgaben für eine irgendwie geartete herausgehobene Stellung der Radiologen im Gesamtgefüge der Empfehlungen dieser S3-Leitlinie. Gleiches gilt dann aber auch für die von der Deutschen Röntgengesellschaft selbst nicht zitierten – jedoch ungleich sachnäheren – S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms (Juli 2012). Auch in den Empfehlungen dieser S3-Leitlinie finden sich keine konkreten Vorgaben zur Zusammensetzung des interdisziplinären Behandlungsteams, die auch nur ansatzweise in Widerspruch zu der durch den G-BA beschlossenen Struktur des ASV-Teams stehen könnten.

Ungeachtet des bereits fehlenden inhaltlichen Widerspruches zu den Empfehlungen der S3-Leitlinien würde selbst ein Vorliegen von inhaltlichen Abweichungen nicht zu einem Widerspruch zum allgemein anerkannten fachlichen Standard in der Medizin führen. Vielmehr hätte selbst in diesem – hier grade nicht vorliegenden – Fall der G-BA stets noch einen erheblichen Gestaltungsspielraum. So stellen zwar die S3-Leitlinien in der Regel eine wissen-



schaftlich fundierte Behandlungsempfehlung dar. Sie können jedoch nicht unbesehen mit dem jeweils gebotenen medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Vor dem Hintergrund ihrer unterschiedlichen wissenschaftlichen Qualität und Aktualität können die Leitlinien keine aus sich heraus verbindlichen Handlungsanleitungen für die Leistungserbringer darstellen. Für den G-BA können sie gleichwohl zu beachtende Erkenntnisquellen zur Feststellung des jeweiligen medizinischen Standards darstellen, die er im Zuge seiner Beratungen entsprechend zu beachten und eigenverantwortlich zu würdigen hat.

Wie bereits oben ausgeführt, wurde – nicht zuletzt durch die intensive Berücksichtigung der von der Deutschen Röntgengesellschaft vertretenen Auffassung – im Zuge der Beratungen der hier vorliegenden Anlage 1 Buchstabe a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumoren durch den G-BA auch eine umfassende Einbeziehung und Würdigung der einschlägigen S3-Leitlinien vorgenommen.

b) Kein Widerspruch zur Zertifizierung von Brustzentren

Die Verortung der Radiologen in der dritten Ebene innerhalb des interdisziplinären ASV-Teams steht auch nicht in Widerspruch zur Zertifizierung von Brustzentren. Ungeachtet des fehlenden Widerspruches zur Zertifizierung selbst ist auch eine irgendwie geartete Bindungswirkung durch die Zertifizierungsvorgaben für den G-BA nicht ersichtlich.

Mit der Zertifizierung wird lediglich die Einhaltung der von den oftmals privatwirtschaftlich organisierten Zertifizierungsstellen – z.B. „OnkoZert“ (bundesweit) – selbst aufgestellten Vorgaben bestätigt. Diese Vorgaben sind jedoch unverbindlich und können folglich auch keine allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin darstellen.

Daran ändert sich auch nichts, soweit im Zuge der Zusammenstellung der für die Erteilung des Zertifikates zu erfüllenden Kriterien eine Orientierung an bestehenden Leitlinien oder sonstigen Empfehlungen erfolgte. Ungeachtet einer etwaigen Bezugnahme auf die von der Deutschen Röntgengesellschaft zitierte S3-Leitlinie bei der Zusammenstellung der für die Erteilung des Zertifikates zu erfüllenden Kriterien bleibt es dabei, dass durch die Zertifizierung selbst keine allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin gesetzt werden.

Um den in der Versorgungsrealität etablierten Brustzentren eine Teilnahme an der ASV zu erleichtern, wurde mit Beschluss des G-BA vom 18. Juni 2015 die Möglichkeit einer Subspezialisierung auf die Behandlung von Mammakarzinomen mit entsprechend angepassten Vorgaben für die zu erfüllenden Vorgaben in personeller, sächlicher und organisatorischer Hinsicht gefasst. Mit diesem Beschluss des G-BA soll gerade die Einbeziehung bereits vorhandener Versorgungsstrukturen in die ASV unterstützt werden. Insoweit erfolgt dann vom Ergebnis her durch die Vorgaben für die Zusammensetzung der interdisziplinären ASV-Teams eine möglichst umfassende Integration bereits bestehender Strukturen der Brustzentren.

Vor diesem Hintergrund kann dann aber auch kein Widerspruch zum durch den jeweiligen Leistungserbringer zu erfüllenden Versorgungsauftrag bestehen. Für die Erfüllung des Versorgungsauftrages ist keine zwingende Leistungserbringung innerhalb der ASV erforderlich. Vielmehr können die entsprechenden Leistungen regelmäßig auch außerhalb der ASV entweder stationär oder gegebenenfalls auch ambulant auf anderer Grundlage (z.B. Ermächtigung nach § 116 SGB V) erbracht und entsprechend abgerechnet werden. Sollte im Einzelfall ein konkreter Versorgungsauftrag für ein Brustzentrum bestehen, können die Vorgaben zur Zusammenstellung der interdisziplinären ASV-Teams der Erfüllung des Versorgungsauftrages folglich auch nicht entgegenstehen.

c) Keine Anhaltspunkte in der zitierten Rechtsprechung

Auch in der von der Deutschen Röntgengesellschaft zitierten Rechtsprechung finden sich keine Anhaltspunkte für einen angeblichen Verstoß gegen allgemein anerkannte fachliche Standards in der Medizin durch die vom G-BA vorgenommene Verortung der Radiologen in der dritten Ebene innerhalb des interdisziplinären ASV-Teams.

Soweit die Deutsche Röntgengesellschaft auf das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG, 3 C 13.13) vom 22. Mai 2014 abstellt, geht es dort ausschließlich um die Anerkennung eines Brustzentrums als zuschlagsfähiges Zentrum im Sinne des KHEntgG bzw. des KHG. Die dort behandelten vergütungsrechtlichen Fragen haben jedoch für die hier allein entscheidende Frage der Einhaltung der allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin keine Bedeutung. Ausführungen zum angeblich drohenden Widerruf des „Versorgungsauftrages als Brustzentrum“ durch eine Verortung der Radiologen in der dritten Ebene des ASV-Teams finden sich in diesem Urteil jedenfalls nicht. Zudem ist – wie bereits oben ausgeführt – für die Erfüllung des Versorgungsauftrages keine Leistungserbringung innerhalb der ASV notwendig.

Anders als die Deutschen Röntgengesellschaft meint, wurde das von ihr zitierte Urteil des Oberlandesgerichts Frankfurt (OLG Frankfurt, 14 U 66/12) vom 30. April 2013 durch den Bundesgerichtshof (BGH, Urt. v. 28. Oktober 2014, VI ZR 273/13) nicht bestätigt, sondern aufgehoben. Unabhängig davon geht es in der dort behandelten Fallgestaltung im Kern um die Auswirkung einer fehlenden Aufklärung über Behandlungsrisiken bzw. über die Notwendigkeit des Eingriffs. Ein inhaltlicher Bezug zur Verortung der Radiologen in der dritten Ebene des ASV-Teams findet sich in diesem Urteil jedenfalls nicht. Dies gilt auch für das ebenfalls zitierte Urteil des Bundesgerichtshofs (BGH, VI ZR 376/97) vom 26. Januar 1999. Dort geht es allein um die arbeitsteilige Zuordnung der Handlungen der jeweiligen Ärzte zur Bestimmung des Haftungsumfanges. Die Frage des Vorliegens eines Widerspruchs zu allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin wird dort jedoch grade nicht problematisiert. Schlussfolgerungen mit Bezug auf die vom G-BA vorgenommene Verortung der Radiologen in der dritten Ebene des ASV-Teams lassen sich daraus offensichtlich nicht ableiten.

Schließlich lassen sich auch aus dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG, 6 RKa 52/97) vom 5. November 1997 keine rechtlichen Bedenken ableiten, die gegen die Verortung der Radiologen in der dritten Ebene des ASV-Teams sprechen würden. Vielmehr geht es in diesem Urteil allein um die allgemeine Frage der Vereinbarkeit von vertragsärztlicher Zulassung auf der einen und der gleichzeitigen Anstellung als Krankenhausarzt auf der anderen Seite.

d) Mangels Widerspruch zu fachlichen Standards auch keine Rechtswidrigkeit

Aufgrund des fehlenden Widerspruchs zu den allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin werden durch die Verortung der Radiologen in der dritten Ebene des ASV-Teams auch keine Vorgaben gemacht, bei deren Einhaltung die ASV-Berechtigten gegen § 630a Abs. 2 BGB verstoßen. Ungeachtet der sonstigen Tatbestandsvoraussetzungen fehlt somit auch das entscheidende Tatbestandsmerkmal für einen Anspruch auf Amtshaftung aus Art. 34 GG i.V.m. § 839 BGB gegenüber dem G-BA.

Nur der Vollständigkeit halber sei auch an dieser Stelle auf die einschlägige Rechtsprechung und juristische Kommentarliteratur verwiesen, nach der Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden dürfen (BGH, Urt. v. 15. April 2014, VI ZR 382/12) und in

Folge des lediglich empfehlenden Charakters der Leit- und sonstigen Richtlinien der wissenschaftlichen Fachgesellschaften stets eine Beurteilung des jeweiligen Einzelfalls durch ein Sachverständigengutachten zu erfolgen hat (vgl. dazu nur *Jauernig*, Kommentar BGB, 15. Aufl. 2014, § 630a Rn. 16).

Wie bereits oben ausgeführt, stellen demnach für den G-BA diese Leitlinie lediglich zu beachtende Erkenntnisquellen zur Feststellung des jeweiligen medizinischen Standards dar. In den Beratungen des G-BA sind diese Leitlinie dann inhaltlich einzubeziehen und eigenverantwortlich zu würdigen. Der insoweit für den G-BA grundsätzlich stets verbleibende Gestaltungsspielraum wurde vorliegend durch die Verortung der Radiologen in der dritten Ebene des ASV-Teams unter Beachtung der allgemein anerkannten fachlichen Standards in der Medizin angemessen und verantwortungsvoll und damit letztlich auch in Einklang mit den rechtlichen Vorgaben ausgefüllt.

2. Schreiben der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. vom 11. Februar 2016

Die DKG hat mit ihrem an das Bundesministerium für Gesundheit gerichteten Schreiben vom 11. Februar 2016 verschiedene Punkte der Beschlüsse des G-BA kritisiert. Zu diesen Punkten hatte die DKG überwiegend eigene Regelungsvorschläge in die Beschlussfassung beim G-BA eingebracht, die jedoch nach umfassender fachlicher Bewertung von der Mehrheit im Plenum abgelehnt wurden. Die unterschiedlichen Positionen und deren Begründung sind jeweils in den Anlagen (Zusammenfassende Dokumentation – Beschlussentwürfe einschließlich Tragender Gründe) abgebildet. Insoweit wird zunächst auf die dort dokumentierten Begründungen zur Gegenposition zu den DKG-Vorschlägen verwiesen. Ergänzend wird zu den Kritikpunkten der DKG wie folgt Stellung genommen:

a) Schwere Verlaufsformen

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 (BT-Drs. 18/5123, S. 131) 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 rheumatologische Erkrankungen bestehen bleiben soll. Im Übrigen hat der G-BA in seinen Beschlüssen vom 17. Dezember 2015 die 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. Hinsichtlich der Anmerkungen zur Umsetzung der mit dem GKV-VSG entfallenen Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen bei den onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen durch den G-BA verweise ich ergänzend auf die Ausführungen in der Stellungnahme zu den Fragen des Bundesministeriums für Gesundheit vom heutigen Tage.

b) Zeitnahe Datenzugriff

Die von der DKG kritisierte Neu-Regelung in § 14 Satz 5 ASV-RL zum zeitnahen Zugriff der Mitglieder des Kernteams auf die Befund- und Behandlungsdokumentation unter Wahrung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen, basiert auf vergleichbaren Regelungen in den Anlagen der ABK-RL. Die koordinierte medizinische Betreuung der Patienten in einem interdisziplinären

Team ist Wesensmerkmal der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung und erfordert zur Sicherung der Behandlungsqualität einen schnellen Zugang der Mitglieder des Kernteams auf die Dokumentation. Wie diese Anforderung im Einzelnen organisatorisch umgesetzt wird, bleibt dem jeweiligen Team überlassen. Neben elektronischen Lösungen sind auch organisatorische Absprachen zwischen den Teammitgliedern denkbar, die im Bedarfsfall eine unverzügliche Übermittlung erforderlicher Befundunterlagen sicherstellen.

- c) Eingrenzung der Tätigkeit hinzuzuziehender Fachärzte auf Definitions- und Indikationsauftrag

Die von der DKG thematisierten Abrechnungsprobleme wurden bislang über Regelungen in Abschnitt 2 der Appendizes zu den erkrankungsspezifischen Regelungen in den Anlagen der ASV-RL gelöst.

- d) Mindestmengen

Eine Übergangsregelung wurde bislang auch unter Berücksichtigung der Ausführungen in der [Drucksache des Bundestags 18/5123](#) (S. 131) zum Wegfall der Begrenzung auf schwere Verlaufsformen nicht für erforderlich gehalten. Hinsichtlich der Erhöhung der Mindestmengen ist nach überwiegender fachlicher Auffassung insoweit zu berücksichtigen, dass die Änderung keine Verschärfung der Mindestmenge im eigentlichen Sinne darstellt, sondern aus der durch den Wegfall der Begrenzung auf schwere Verlaufsformen größeren Grundgesamtheit der Patienten resultiert. Gleichwohl werden Vorschläge der DKG hierzu derzeit weiter in den Gremien des G-BA beraten.

- e) Spezifische Leistungen

Unterschiedliche Auffassungen der Träger des G-BA zur Erforderlichkeit der Aufnahme spezifischer Leistungen in den Behandlungsumfang oder zur genauen Ausgestaltung von Leistungen im Behandlungsumfang wurden bei den Beratungen im G-BA ausführlich erörtert und etwaige Hinweise von Stellungnahme-Berechtigten und Fachexperten wurden geprüft und bei den Beratungen berücksichtigt.

Im Zusammenhang mit den PET/PET-CT-Untersuchungen in den Anlagen GiT und Gyn sei daran erinnert, dass es sich hierbei um Leistungen handelt, die gänzlich von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind. Mit der Aufnahme der Aufnahme der PET/PET-CT-untersuchungen bei bestimmten Indikationen in den Behandlungsumfang der ASV wurde die Zugangsmöglichkeit zu diesen hochspezialisierten Leistungen also erheblich verbessert.

Im Zusammenhang mit dem 6-Minuten-Gehtest in der Anlage PH wurden sowohl deutsche (Hoepfer et al 2010) als auch europäische (Galié et al 2009) Leitlinien gesichtet. Entsprechend der deutschen Leitlinie werden der 6-Minuten-Gehtest und die Spiroergometrie als in der Regel alternative (!) diagnostische Verfahren zur Messung der Belastbarkeit bzw. Lungenfunktion eingestuft. Der Gehtest hat aber den Nachteil, dass er insbesondere im niedergelassenen Bereich aus räumlichen und organisatorischen Gründen schwer umsetzbar ist, da die Patienten Strecken von mehreren hundert Meter zurücklegen sollen. Die laut Leitlinie alternativ mögliche Spiroergometrie ist im Behandlungsumfang unter Ziffer 2 enthalten.

Im Zusammenhang mit den Medikamentenpumpensystemen in der Anlage PH sei klargestellt, dass die Diskussion über die Aufnahme in den Abschnitt 2 des Appendix lediglich den zusätzlichen Aufwand bei der Durchführung einer solchen Therapie betraf, nicht die Maßnahme an sich. Konkret ging es beispielhaft um die Kontrolle des Pumpensystems auf regelrechte Funk-

tion, Programmierung, Auslesen und Befüllen der Pumpe, Schulung des Patienten usw., für die man keine Abbildung im EBM sah. Für die Therapie selbst ist die GOP 02100 ("Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen") Teil der Abschnitt-1-Leistungen.

3. Schreiben des Bundesverbandes ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. vom 27. Januar 2016

Der Bundesverband ambulante spezialfachärztliche Versorgung e.V. (BV ASV) kritisiert in seinem Schreiben vom 27.01.2016 unter anderem, dass „in etwa der Hälfte der Fälle (...) die Patienten bzw. ihre behandelnden Ärzte (...) nicht von der multidisziplinären Diskussion im Rahmen der ASV profitieren“ könnten, weil die Entscheidung über Grenzfälle, ob etwa auf die Durchführung einer Chemotherapie verzichtet werden kann, bereits im Tumorboard gefallen sei. In der Tat findet bei onkologischen Patientinnen und Patienten die Vorstellung in der interdisziplinären Tumorkonferenz – erfreulicherweise – häufig so früh wie möglich, also noch vor Entlassung aus der stationären Behandlung statt. Die diesbezügliche Kritik des BASV ist unverständlich, denn durch die ASV wird der Zugang zur interdisziplinären Tumorkonferenz erweitert bzw. ist erstmals eine abrechnungsfähige Leistung im ambulanten Bereich. Im Übrigen sollte sich die interdisziplinäre Abstimmung und sektorenübergreifende Koordination der Versorgung im Rahmen der ASV nicht auf die Vorstellung von Grenzfällen in der interdisziplinären Tumorkonferenz beschränken, dies wäre zumindest nicht die Vorstellung des G-BA.

Im Hinblick auf die vom BV ASV geäußerten Bedenken, was die G-BA-seitige Umsetzung des GKV-VSG hinsichtlich der entfallenen Eingrenzung auf schwere Verlaufsformen und die Erhöhung der Mindestmengen betrifft, sei zur Vermeidung von Wiederholungen dieser Stelle auf die entsprechenden Ausführungen unter 2.a) und 2.d) in diesem Schreiben und auf die Ausführungen in der Stellungnahme zu den Fragen des Bundesministeriums für Gesundheit vom heutigen Tage verwiesen.

Mit freundlichen Grüßen

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