



Stellungnahme

des Verbandes der Ersatzkassen e. V. (vdek)
vom 20.07.2012

zum Referentenentwurf eines Gesetzes zur
Umsetzung von Empfehlungen des
Nationalen Krebsplans (Krebsplan-
Umsetzungsgesetz)

Inhaltsverzeichnis

1. Vorbemerkung	3
2. Beabsichtigte Neuregelungen.....	4
3. Grundsätzliche Positionen des vdek zu den klinischen Krebsregistern und Stellungnahme zum Referentenentwurf zum Gesetz zur Umsetzung von Empfehlungen des Nationalen Krebsplans.....	6
4. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen	9
• Nr. 3 § 25 – neu – Absatz 2 und 4	9
• Nr. 3 § 25 – neu – Absatz 6	9
• Nr. 3 § 25 – neu – Absatz 7	11
• Nr. 3 § 25 – neu – Absatz 8	12
• Nr. 3 § 65c Absatz 1 – neu –.....	13
• Nr. 3 § 65c Absatz 4 – neu –.....	14

1. Vorbemerkung

Um den wachsenden Herausforderungen in der Krebsbekämpfung besser begegnen zu können, wurde im Jahr 2008 der Nationale Krebsplan ins Leben gerufen. Die Ersatzkassen begrüßen die mit dem Referentenentwurf für ein Krebsplan-Umsetzungsgesetz nunmehr avisierte Umsetzung zweier zentraler Ziele des Nationalen Krebsplans. Als prioritäre Handlungsfelder wurden vom gesundheitspolitischen Umsetzerkreis (GEPUK) die Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen und deren Qualität festgelegt. Der vorliegende Entwurf konzentriert sich auf diese beiden Bereiche und sieht umfangreiche Neuregelungen vor.

Über organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme soll insbesondere die informierte Teilnahme an den in ihrem Nutzen belegten Früherkennungsuntersuchungen gesteigert und wirksamer werden. Schon die sehr unterschiedlichen Inanspruchnahmeraten der gesetzlichen Früherkennungsangebote zu Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs legen nahe, dass die spezifischen Anforderungen an die organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme hinsichtlich Einladungsverfahren, Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle unterschiedlich sein werden; nicht zuletzt auch mit Blick auf das Aufwand-Nutzenverhältnis. Insofern ist die weitere inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben beim Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) richtig angesiedelt.

Im Fokus der Stellungnahme des vdek steht die geplante flächendeckende Implementierung klinischer Krebsregister durch die Länder. Die Ersatzkassen sehen in diesem Instrument grundsätzlich große Chancen, eine hohe Qualität in der ambulanten und stationären onkologischen Versorgung ihrer Versicherten deutschlandweit abzusichern. Dies kann aber nur gelingen, wenn effiziente Strukturen und Prozesse nach bundeseinheitlichen Rahmenbedingungen geschaffen werden. Ziel muss es sein, möglichst rasch eine strukturierte und verpflichtende Erfassung aller relevanten Daten zu einer Behandlung zu erhalten. Mithilfe dieser Daten lassen sich dann qualifizierte Aussagen über den aktuellen Versorgungsstand ableiten, Defizite erkennen und Verbesserungsbedarfe ablesen. Die Chancen, die eine gesetzliche Verankerung bietet, sollten für eine Neuausrichtung der klinischen Krebsregister genutzt werden. Die Neuausrichtung sollte sich an den Erfordernissen und nicht an der Historie orientieren. Dabei sollte grundsätzlich der Nutzen der Patienten und der Versichertengemeinschaft im Mittelpunkt stehen.

Diese Stellungnahme wird ergänzend zur Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes (GKV-SV) abgegeben.

2. Beabsichtigte Neuregelungen

Mit dem Gesetzesentwurf sollen die Ziele 1 – 3 und 8 aus den Handlungsfeldern 1 und 2 des Nationalen Krebsplanes erreicht werden, die vom gesundheitspolitischen Umsetzerkreis (GEPUK) zur Umsetzung priorisiert worden sind: Danach sollen

- die Inanspruchnahme der im Nutzen belegten Krebsfrüherkennungsprogramme gesteigert,
- die europäischen Empfehlungen an populationsbasierte Screeningprogramme berücksichtigt,
- die Krebsfrüherkennungsprogramme unter Einbindung der epidemiologischen Landeskrebsregister evaluiert und
- die Qualitätsberichterstattung durch den flächendeckenden Ausbau klinischer Krebsregister aussagekräftiger gemacht werden.

Krebsfrüherkennung

Der vorliegende Gesetzentwurf beabsichtigt, die Krebsfrüherkennung weiterzuentwickeln. Hauptziel ist eine Senkung der Krebsmortalität. Kernelement ist eine gesetzliche Einführung von Krebsfrüherkennungsprogrammen, zu denen insbesondere ein Einladungswesen sowie eine umfassende Evaluation inklusive des Abgleichs mit Krebsregistern gehört. Sofern die europäische Union (EU) eine entsprechende Leitlinie zur Qualitätssicherung von Früherkennungsprogrammen veröffentlicht hat, soll diese künftig vom G-BA umgesetzt werden. Abweichungen sind nur mit Begründung möglich. Um die informierte Entscheidung sowie die Patientenrechte zu stärken, soll der Versicherte mit der Einladung zu der jeweiligen Krebsfrüherkennungsuntersuchung umfassend über die Chancen und Risiken informiert werden sowie explizit in die Datennutzung zu Qualitätssicherungszwecken einwilligen. Da bei jedem Programm Besonderheiten zu beachten sind, wird ferner die Möglichkeit eröffnet, vorab im Rahmen einer Erprobung eine geeignete inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung zu evaluieren.

Klinische Krebsregister

Die Länder werden durch das Gesetz zur Einrichtung klinischer Krebsregister verpflichtet. Sie haben im Betrieb sicherzustellen, dass für die Datenerhebung der bundesweit einheitliche Datensatz („ADT-Datensatz“) verwendet wird. Dieser Datensatz soll möglichst vollzählig erhoben und jährlich landesbezogen ausgewertet werden. Über die Festlegung von regionalen Einzugsgebieten und Melderegungen soll eine flächendeckende Krebsregistrierung erreicht werden.

Die Krankenkassen sollen den Betrieb der klinischen Krebsregister über eine fallbezogene Pauschale fördern. Dafür soll der GKV-SV bis zum 31.12.2013 einheitliche Förderungsvoraussetzungen beschließen. Fach- und Interessensverbände sowie Ländervertreter sind daran zu beteiligen; PKV und Beihilfeträger auch, sofern sie den Betrieb klinischer Krebsregister ebenfalls fördern.

Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen prüfen auf Antrag, ob ein klinisches Krebsregister die Fördervoraussetzungen erfüllt und eine Zusammenarbeit mit den epidemiologischen Registern gewährleistet ist. Bei positivem Ergebnis sind die Krankenkassen zur Zahlung einer fallbezogenen Pauschale in Höhe von 94 Euro für jede verarbeitete Erstmeldung an das klinische Krebsregister verpflichtet. Ab 2015 erhöht sich die Pauschale um die Bezugsgröße nach § 18 Absatz 1 SGB IV. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können mit dem Land eine abweichende Höhe der Pauschale aufgrund regionaler Besonderheiten vereinbaren. Ein Konfliktlösungsmechanismus ist nicht vorgesehen.

In einer Übergangsphase bis zum 31.12.2018 sind die Krankenkassen auch verpflichtet, die fallbezogene Pauschale an Register zu zahlen, welche die Förderbedingungen noch nicht erfüllen.

Für die Meldung eines Leistungserbringers an ein klinisches Krebsregister erhält dieser vom Krebsregister eine Vergütung. Die Kassen wiederum erstatten dem klinischen Krebsregister die hierfür entstandenen Kosten. Über die Höhe der Vergütung einigen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der GKV-SV in einem Vertrag bis zum 31.12.2013. Für den Fall der Nichteinigung ist ein Schiedsverfahren vorgesehen.

Die klinischen Krebsregister, ihre Auswertungsstellen und der G-BA werden zur Zusammenarbeit bei der Qualitätssicherung in der onkologischen Versorgung verpflichtet. Daneben wird der G-BA verpflichtet, bis zum 31.12.2013 eine Angleichung der Dokumentationsanforderung der strukturierten Behandlungsprogramme (DMP) an den „ADT-Datensatz“ vorzunehmen. Der GKV-SV erstellt ab 2018 alle fünf Jahre einen bundesweiten Ergebnisbericht auf Basis der Landes- sowie der G-BA-Auswertungen.

3. Grundsätzliche Positionen des vdek zu den klinischen Krebsregistern und Stellungnahme zum Referentenentwurf zum Gesetz zur Umsetzung von Empfehlungen des Nationalen Krebsplans

Die Ersatzkassen begrüßen ausdrücklich das Ansinnen des Gesetzgebers, die Krebsfrüherkennung zu stärken und über eine gesetzliche Verankerung der klinischen Krebsregister eine Verbesserung der Qualität in der onkologischen Versorgung erreichen zu wollen. Klinische Krebsregister dienen nach Auffassung der Ersatzkassen der systematischen Sammlung, Auswertung und Berichterstattung der medizinischen Versorgung onkologisch erkrankter Menschen. Durch eine strukturierte und verpflichtende Erfassung aller relevanten Daten zu einer Behandlung können durch die Auswertung dieser Daten qualifizierte Aussagen darüber getroffen werden, wie es um die onkologische Versorgung in Deutschland steht. Klinische Krebsregister können somit eine verlässliche Datenbasis schaffen, die den aktuellen Versorgungsstand abbildet und es ermöglicht, Defizite in der Versorgung zu erkennen und daraus Verbesserungen für die Versorgung abzuleiten. Klinische Krebsregister können somit einen wertvollen Beitrag zur Qualitätssicherung und -förderung der onkologischen Versorgung in Deutschland leisten. Zwingende Voraussetzung dafür ist, dass sie in ihrer Struktur, Datenerfassung, Zählweise und Berichterstattung einheitlich und damit deutschlandweit vergleichbar sind und dass eine flächendeckende Datenerfassung erfolgt.

Aus Sicht der Ersatzkassen sind die vorliegenden Regelungen in verschiedenen Punkten noch nicht geeignet, die vom Gesetzgeber intendierte Verbesserung der Versorgungsqualität effizient und nachhaltig zu realisieren. Aus diesem Grund zeigen wir in dieser Stellungnahme Alternativen auf, wie eine gesetzliche Regelung zu klinischen Krebsregistern aus Sicht der Ersatzkassen aussehen sollte. Im Fokus steht dabei der Aufbau einer wirtschaftlichen und effizienten Struktur, welche Nutzen für den einzelnen Patienten bringen soll. Ergänzend wird in dieser Stellungnahme auch auf einzelne Paragraphen eingegangen.

Verpflichtung zur Datenlieferung im SGB V verankern

Zur Gewinnung belastbarer Ergebnisse aus der Dokumentation der onkologischen Versorgung ist die flächendeckende Erfassung der Daten in Deutschland notwendig. Der Gesetzgeber plant, diese Flächendeckung über die Festlegung von regionalen Einzugsgebieten der klinischen Krebsregister zu erreichen. Er geht damit von der Vorstellung des Modellprogramms zur Verbesserung der onkologischen Versorgung (1981–1998) aus. Danach bedarf es in jedem Bundesland mehrerer regionaler Krebsregister, denen jeweils ein festes Einzugsgebiet zugeordnet ist. Eine dezentrale Struktur – zumindest hinsichtlich der Datenerhebung und -auswertung – kann die gesetzten Ziele aber nicht erreichen. Vielmehr bedarf es einer entsprechenden Verpflichtung zur Datenlieferung, die in das SGB V aufgenommen werden sollte.

Deutschlandweite Vertrauensstelle schaffen

Die Ersatzkassen schlagen vor, eine zentrale, deutschlandweite Vertrauensstelle zu schaffen. An diese Vertrauensstelle werden die von den Leistungserbringern verpflichtend zu meldenden Daten in standardisierter und elektronischer Form übermittelt, pseudonymisiert und patientenbezogen zusammengefasst. Die Vertrauensstelle bedient dann die klinischen Krebsregister der Länder, von denen es pro Bundesland ausdrücklich eines im Sinne dieses Gesetzes geben darf, mit den erforderlichen Daten. Die epidemiologischen Krebsregister erhalten entweder direkt von der Vertrauensstelle oder über das klinische Krebsregister des Landes die für ihre Zwecke erforderlichen Daten. Des Weiteren werden Daten an die Stellen geliefert, die sie auf gesetzlicher Basis für Zwecke der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung sowie für das Disease-Management-Programm Brustkrebs (DMP Brustkrebs) verwenden. Auch der G-BA erhält von der Vertrauensstelle die Daten, die erforderlich sind, um damit bundesweite Auswertungen zu erstellen.

Nach dem Verständnis der Ersatzkassen liegt die Pflicht und Verantwortung zur Datenerfassung bei demjenigen, der die Daten, zum Beispiel durch Diagnostik und Behandlung, generiert. Das sind im Falle der Krebsbehandlung Vertragsärzte und Krankenhäuser. Wie in anderen gesetzlichen Qualitätssicherungsverfahren üblich, hat daher dort die Datenerfassung zu erfolgen. Die von Pathologen per Arztbrief übermittelten Befunde gehen in die Krankenakten der Leistungserbringer und damit von dort aus sowohl in die klinische als auch in die epidemiologische Krebsregistrierung ein. Gesonderte Datenlieferungen von Pathologen an epidemiologische Landeskrebsregister würden sich damit erübrigen.

Da aus Gründen der Vergleichbarkeit und Transparenz der Qualitätsberichterstattung eine Vollerhebung unverzichtbar ist, müssen die Daten vom Leistungserbringer ohne Frage standardisiert in elektronischer Form dokumentiert und an die Vertrauensstelle übermittelt werden. Eine Übersendung von Arztbriefen, wie es die Begründung des Gesetzesentwurfs zumindest in Betracht zieht, ist in einem Leistungsbereich, in dem jährlich mindestens 493.380 Erstmeldungen und eine Vielzahl von Verlaufsmeldungen erzeugt werden, weder realistisch noch wirtschaftlich.

Klinische Krebsregister sollen sich in Zukunft auf ihre Kernaufgabe, der Qualitätssicherung konzentrieren und nicht mit großem Aufwand händisch erfasste Bögen nacherfassen und die Inhalte auf Validität überprüfen. Daher auch der Vorschlag der Ersatzkassen, die Datenerfassung zentralisiert, standardisiert und elektronisch durchzuführen. Sie ist von den eigentlichen Maßnahmen der Qualitätssicherung beziehungsweise Verwendung der Daten abzukoppeln.

Ein Klinisches Krebsregister pro Bundesland

Hinsichtlich der Zuständigkeitsstruktur schlagen die Ersatzkassen folgende Regelungen vor: Die Länder werden verpflichtet, in jedem Bundesland ein klinisches Krebsregister einzurichten. Eine Zusammenarbeit und gegebenenfalls Zusammenführung mit dem epidemiologischen Register des Landes ist sicherzustellen. Die Kosten für den Aufbau des Registers trägt das Land. Die Länder werden weiterhin verpflichtet, eine gemeinsame, bundesweite Vertrauensstelle zu bilden und zu finanzieren.

Ausgestaltung der Klinischen Krebsregister durch den G-BA

Dem G-BA und nicht dem GKV-SV wird die Kompetenz übertragen, im Rahmen einer Richtlinie die Förderungsvoraussetzungen sowie die Aufgaben für klinische Krebsregister zu bestimmen. Er soll Festlegungen hinsichtlich eines bundesweit einheitlichen Datensatzes auf Basis des ADT-Datensatzes, des Datensatzes für das DMP Brustkrebs sowie des Datensatzes für das einrichtungs- und sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren „Kolorektales Karzinom“ treffen. Darüber hinaus soll er eine genaue Abgrenzung vornehmen, welche Aufgaben die klinischen Krebsregister im Rahmen der sektorenübergreifenden Qualitätssicherung haben bzw. welche Aufgaben den im Rahmen der Umsetzung der Richtlinie über die einrichtungs- und sektorenübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung (Qesü-Richtlinie) zu bildenden Landesstrukturen (Landesarbeitsgemeinschaften) übertragen werden können. Ebenso ist eine einheitliche Vorgabe für die Softwareindustrie erforderlich, um das Instrumentarium für die Datenerfassung und -übermittlung überhaupt verfügbar zu machen. Die Fach- und Interessensverbände erhalten Gelegenheit zur Stellungnahme.

Finanzierung

Die Ersatzkassen begrüßen, dass der Gesetzgeber die Verantwortlichkeit der Länder deutlich formuliert, dies betrifft insbesondere die Finanzierung der Investitionskosten, anteilige Betriebskosten und Kosten für landesbezogene Auswertungen der klinischen Krebsregister.

Damit klinische Krebsregister einen wertvollen Beitrag zur Qualitätssicherung und -förderung der onkologischen Versorgung in Deutschland leisten können, ist eine angemessene Finanzierung unerlässlich. Dabei gilt der Grundsatz: Alle Verantwortlichen und Nutzer klinischer Krebsregister sind an der Finanzierung regelhaft zu beteiligen; dies sind neben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auch die private Krankenversicherung (PKV) und die Bundesländer. Unter einer angemessenen Finanzierung verstehen die Ersatzkassen auch eine Finanzierung von Landesregisterstellen. Da aber in einigen Bundesländern bereits funktionierende Landesregister existieren, wäre es nicht sachgerecht, einen in

seiner Höhe festgelegten Eurobetrag an die Krebsregister abzuführen. Die Finanzierung sollte unter Einbeziehung aller Verantwortlichen sichergestellt werden. Dabei muss berücksichtigt werden, inwieweit eine Finanzierung von klinischen Krebsregistern durch die GKV bereits in der Vergangenheit erfolgt ist, zum Beispiel über Zuschläge für Zentren und Schwerpunkte. Diese gilt es dann ab- und herauszulösen durch eine gemeinsame Finanzierung eines klinischen Landeskrebsregisters.

4. Stellungnahme zu einzelnen Regelungen

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
 Nr. 3
 § 25 Absatz 2 und 4

Beabsichtigte Neuregelung

Die bisherigen Altersgrenzen für die Krebsvorsorgeuntersuchungen von 20 Jahren bei den Frauen und 45 Jahren bei den Männern werden auf einheitlich 18 Jahre geändert. Alles Nähere wird in die Hände des G-BA gelegt.

Stellungnahme vdek

Die Änderung wird begrüßt. Bereits heute wird mit dem Hautkrebs-Screening ab 35 Jahre für beide Geschlechter von den bisherigen Vorgaben abgewichen.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
 Nr. 3
 § 25 Absatz 6 - neu -

Beabsichtigte Neuregelung

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, für die es veröffentlichte Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen der EU gibt, sollen als organisiertes Krebsfrüherkennungsprogramm angeboten werden. Hierzu gehört insbesondere ein Einladungssystem, die umfassende Information des Versicherten über Nutzen und Risiken der Untersuchung sowie eine umfangreiche Qualitätssicherung, die auch einen Abgleich mit den Krebsregistern er-

möglichst. Die Kosten für den Abgleich sollen von den Krankenkassen getragen werden.

Stellungnahme vdek

Der vdek begrüßt die vorgesehene Änderung grundsätzlich. Über organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme soll insbesondere die informierte Teilnahme an den in ihrem Nutzen belegten Früherkennungsuntersuchungen gesteigert und wirksamer werden. Schon die sehr unterschiedlichen Inanspruchnahmeraten der gesetzlichen Früherkennungsangebote zu Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs legen aber nahe, dass die spezifischen Anforderungen an die organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme hinsichtlich Einladungsverfahren, Qualitätssicherung und Erfolgskontrolle unterschiedlich sein werden; nicht zuletzt auch mit Blick auf das Aufwand–Nutzenverhältnis. Insofern ist die weitere inhaltliche und organisatorische Ausgestaltung der gesetzlichen Vorgaben beim G–BA richtig angesiedelt.

Kritisch gesehen wird, dass der Abgleich mit epidemiologischen oder mit klinischen Krebsregistern erfolgen soll. Die Erfahrungen aus dem Mammografie–Screening zeigen, dass die Zahl der datenabgleichenden Stellen so weit wie möglich reduziert werden sollte. Aus diesem Grund sollte der Abgleich ausschließlich mit den epidemiologischen Krebsregistern erfolgen, da hier maximal ein Register pro Bundesland besteht (für die neuen Bundesländer gibt es sogar ein gemeinsames epidemiologisches Krebsregister). So ist es bereits auch in der Krebsfrüherkennungs–Richtlinie im Rahmen des Mammografie–Screenings geregelt.

Bezüglich der Kosten ist zu hinterfragen, warum eine Aufgabe von gesamtgesellschaftlichem Interesse einseitig den Krankenkassen aufgebürdet werden soll. Hier sollte klar gestellt werden, dass auch der Verband der privaten Versicherungen sowie die Träger der Kosten nach den beamtenrechtlichen Vorschriften analog der Regelung in § 65c Absatz 6 SGB V – neu – entsprechend zu beteiligen sind.

Ferner wird ein Bestandsschutz für das Mammografie–Screening gefordert.

Änderungsvorschlag vdek

In Satz 4 ist „*der klinischen Krebsregister*“ zu streichen.

Satz 5 ist wie folgt zu ändern:

„Die entstehenden Kosten werden von den Krankenkassen, dem Verband der privaten Krankenkassen und den Trägern der Kosten nach beamtenrechtlichen Vorschriften übernommen, sofern ihre Versicherten an dem jeweiligen Krebsfrüherkennungsprogramm teilnehmen.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 25 Absatz 7 – neu –

Beabsichtigte Neuregelung

Bereits bestehende Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollen innerhalb von zwei Jahren in ein organisiertes Früherkennungsprogramm überführt werden, wenn hierzu Europäische Leitlinien nach Absatz 6 vorliegen. Für das Einladungswesen sollen die Daten der Krankenkassen verwendet werden können. Die Daten zur Qualitätssicherung, insbesondere die Befunddaten und die Daten zum Abgleich mit den Krebsregistern, dürfen nur nach vorhergehender schriftlicher Einwilligung der Versicherten verwendet werden.

Stellungnahme vdek

Grundsätzlich begrüßt der vdek, dass die Patientenautonomie bei der Verwendung der Daten gestärkt werden soll. Dies ist jedoch gegen den ebenfalls im Gesetzentwurf enthaltenen Wunsch der Stärkung der Qualitätssicherung abzuwägen, welches von übergeordnetem Interesse ist. Ein Anspruch auf Teilnahme an der jeweiligen Krebsfrüherkennungsuntersuchung darf daher nur erfolgen, wenn die entsprechende Einwilligung der Versicherten vorliegt, da andernfalls keine aussagekräftige Evaluation der Qualität, der Mortalität und der Intervallkarzinome möglich ist. Ärzte könnten sogar gezielt ihren Patienten davon abraten diesen Passus zu unterschreiben und würden so die Evaluation unterlaufen.

Analog zu Absatz 6 sollte auch hier der Abgleich auf die epidemiologischen Krebsregister beschränkt bleiben, da andernfalls Daten mehrfach gesendet werden und mehrfach abgeglichen werden müssen. Hierdurch wird die Fehleranfälligkeit erhöht und dies widerspricht auch dem Ziel der Datensparsamkeit.

Ferner wird ein Bestandsschutz für das Mammografie-Screening gefordert.

Änderungsvorschlag vdek

In § 25 Absatz 7 wird nach Satz 2 folgender Satz eingefügt:

„Für bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes bestehende Krebsfrüherkennungsprogramme, die nach den europäischen Leitlinien angeboten werden, kann von den Absätzen 6 und 7 abgewichen werden.“

In § 25 Absatz 7 werden Satz 7 und 8 wie folgt geändert:

„Für die Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen zum Zwecke der Qualitätssicherung nach Absatz 6 Satz 2 Nummer 4 gilt § 299. Eine Zusammenführung der Daten nach Satz 6 und 7 mit Daten der epidemiologischen Krebsregister ist unter Beachtung der landesgesetzlichen Vorschriften zulässig.“

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 25 Absatz 8 – neu –

Beabsichtigte Neuregelung

Der G-BA erhält die Möglichkeit, Näheres zur inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung der Krebsfrüherkennungsprogramme im Rahmen einer Richtlinie zur Erprobung festzulegen.

Stellungnahme vdek

Die Regelung wird vom vdek begrüßt.

Änderungsvorschlag vdek

Keiner.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
 Nr. 3
 § 65c – neu – Absatz 1

Beabsichtigte Neuregelung

Diese Regelung verpflichtet die Länder dazu, zum Zweck der Verbesserung der Qualität in der onkologischen Versorgung klinische Krebsregister einzurichten. Dabei haben die klinischen Krebsregister insbesondere folgenden Aufgaben:

1. Erfassung der Daten über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf aller ambulant und stationär versorgten Krebspatienten ab dem 18. Lebensjahr,
2. Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die Leistungserbringer,
3. Datenaustausch mit anderen regionalen Krebsregistern,
4. Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung,
5. Beteiligung an der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA,
6. Zusammenarbeit mit Zentren in der Onkologie,
7. Datenerfassung für epidemiologische Krebsregister,
8. Bereitstellung von Daten zur Schaffung von Versorgungstransparenz.

Die Länder sollen in Bestimmungen die Einrichtung und den Betrieb klinischer Krebsregister regeln und sicherstellen, dass der bundesweit einheitliche Datensatz („ADT-Datensatz“) verwendet wird. Eine flächendeckende klinische Krebsregistrierung kann auch länderübergreifend sichergestellt werden.

Stellungnahme vdek

Es wird auf die Ausführungen unter Punkt 3 verwiesen. Zusätzlich wird angemerkt, dass die Auswertungen für die Leistungserbringer unterjährig erfolgen sollten, um schnell auf Qualitätsdefizite reagieren zu können. Außerdem sollten die Auswertungen so gestaltet sein, dass Variationen der Ergebnisse zwischen den Leistungserbringern sichtbar werden.

Hinsichtlich der Aufgabe der Datenerfassung für epidemiologische Krebsregister wird angemerkt, dass klinische Krebsregister keine Daten an sich erfassen können. Die Datenerfassung kann nur dort erfolgen, wo die Daten generiert werden, also beim Leistungserbringer. Die klinischen Krebsregister könnten aber sehr wohl die ihnen vorliegenden Daten an die epidemiologischen Krebsregister weiterleiten bzw. von der zentralen Vertrauensstelle zur Verfügung gestellt bekommen.

Änderungsvorschlag vdek

Es wird auf die grundsätzlichen Änderungsvorschläge unter Punkt 3 verwiesen.

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 3

§ 65c – neu – Absatz 4

Beabsichtigte Neuregelung

Die Regelung bildet die Grundlage für die Finanzierung des Betriebs klinischer Krebsregister. Auf Antrag eines klinischen Krebsregisters stellen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen fest, ob die Förderungsvoraussetzungen erfüllt sind sowie, ob die landesbezogene Flächendeckung und eine Zusammenarbeit mit dem epidemiologischen Krebsregister gewährleistet sind. Ist der Nachweis erbracht, erhält das klinische Krebsregister für jede Erstmeldung eine fallbezogene Krebsregisterpauschale von 94 Euro von der Krankenkasse des Betroffenen. Die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen können mit dem Land eine andere Pauschale aufgrund regionaler Besonderheiten vereinbaren.

Stellungnahme vdek

Für die grundsätzliche Stellungnahme der Ersatzkassen wird auf die Ausführungen unter Punkt 3 verwiesen, nach denen eine einheitliche Krebsregisterpauschale abgelehnt und vielmehr eine landesspezifische Verhandlungslösung unter Einbeziehung aller Verantwortlichen und Nutzer vorgeschlagen wird.

Darüber hinaus wird angemerkt, dass eine Prüfung durch die Kassen auf Landesebene, ob eine Flächendeckung gewährleistet ist, dergestalt nicht möglich ist. Der Antrag erfolgt durch ein einzelnes Krebsregister, und dennoch sollen die Kassen feststellen, dass die Flächendeckung, die nach Auffassung des Gesetzgebers über mehrere klinische Krebsregister pro Land realisiert werden soll, gewährleistet ist. Dies kann nicht funktionieren.

Änderungsvorschlag vdek

Es wird auf die grundsätzlichen Änderungsvorschläge unter Punkt 3 verwiesen.

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

Askanischer Platz 1

10963 Berlin

Tel.: 030/2 69 31 - 0

Fax: 030/2 69 31 - 2900

info@vdek.com