



Öffentliche Anhörung
zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung

**Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister**

BT-Drs. 17 / 11267

am 12. Dezember 2012

Stellungnahme

des

**Kooperationsverbunds Qualitätssicherung
durch klinische Krebsregister (KoQK)**

abgestimmt mit:

**Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
Deutsche Krebshilfe e.V.
Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V.**



KoQK Kuno-Fischer-Straße 8 14057 Berlin

Teilnehmer

Berlin, 07.12.2012

an der öffentlichen Anhörung

des Ausschusses für Gesundheit im Deutschen
Bundestag

am 12. Dezember 2012

Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG)

Vorsitzender

Prof. Dr. Ferdinand Hofstädter
Ferdinand.Hofstaedter@klinik.uni-
regensburg.de

Geschäftsführender Vorstand

Dr. Monika Klinkhammer-Schalke
Monika.Klinkhammer-
Schalke@klinik.uni-regensburg.de

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (KoQK) begrüßt den Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister außerordentlich. Der Gesetzentwurf bietet eine große Chance, die Versorgung von Krebskranken in Deutschland mit Hilfe klinischer Krebsregister zu verbessern. Allerdings besteht in einem Punkt noch dringender Nachbesserungsbedarf.

Stellvertretende Vorsitzende

Dr. Carlchristian von Braunmühl
Dr. Johannes Bruns

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Jutta Engel
Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann
Prof. Dr. Dieter Hölzel
Prof. Dr. Holger Pfaff

Mit der vorgesehenen Fallpauschale können klinische Krebsregister nicht kostendeckend arbeiten. Der KoQK hat sich deshalb im November an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag gewandt und in der beigefügten Stellungnahme die Gründe für die erforderliche Anhebung der vorgesehenen Fallpauschale ausführlich dargelegt.

Kontakt

Geschäftsstelle
Kuno-Fischer-Straße 8
14057 Berlin

Tel.: (030) 322 93 29 82
Fax: (030) 322 93 29 83

info@koqk.de

Homepage

www.koqk.de

Diese Anhebung ist -kurz gesagt- deshalb notwendig, weil mit der vorgesehenen Pauschale, die auf Berechnungen bestehender Register beruht, die im Gesetz sehr präzise beschriebenen Aufgaben nicht erfüllt werden können. Auch die besten der heute bestehenden Register müssen weiterentwickelt werden, um die im Gesetzentwurf geforderte Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Daten erreichen zu können. Vollzählige, vollständige und sehr aktuelle Daten, ausreichend gut ausgebildetes Personal und eine hoch leistungsfähige EDV-Struktur sind unverzichtbar, um die Behandlung Krebskranker direkt und spürbar zu verbessern.

Kontoverbindung

Inhaber: ADT
Nummer: 035085000
BLZ: 100 700 00
Deutsche Bank



Wie die Erfahrungen bestehender Register eindeutig zeigen, wird es nur dann möglich sein, die erforderlichen und vom Gesetz erwarteten Verbesserung der Versorgung zu erreichen, wenn die von den Krankenkassen zu zahlende Fallpauschale von den jetzt vorgesehenen 94 € auf 118 € angehoben wird. Dies entspricht einer Erhöhung der Gesamtkosten um 14.731.874 €.

Der KoQK hat seine Stellungnahme mit der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e.V. (ADT), der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. (DKG), der Deutschen Krebshilfe e.V. (DKH) und anderen Fachverbänden abgestimmt. Die an die Abgeordneten des Gesundheitsausschusses gerichtete Bitte, sich für eine Anhebung der vorgesehenen Fallpauschale im Sinne der Stellungnahme des KoQK einzusetzen, wird von den genannten Verbänden unterstützt. Sie stimmt außerdem auch mit der Stellungnahme des Bundesrates zum vorliegenden Gesetzentwurf überein.

Der KoQK bittet auch die an dieser Anhörung teilnehmenden Verbände und Sachverständigen darum, sich für eine Anhebung der vorgesehenen Fallpauschale im Sinne der beigefügten Stellungnahme einzusetzen.

Mit freundlichen Grüßen

Prof. F. Hofstädter
Vorsitzender KoQK/ADT

Dr. M. Klinkhammer-Schalke
Geschäftsführung KoQK/ADT

Dr. J. Bruns
Generalsekretär DKG

Dr. C. v. Braunmühl
stellv. Vorsitzender KoQK

Stellungnahme
des Kooperationsverbands Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (KoQK)
zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister
(Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz -- KFRG)

Der KoQK begrüßt den vom Bundeskabinett am 22.08.2012 beschlossenen Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz -- KFRG) als große Chance zur Verbesserung der Versorgung von Krebskranken.

Allerdings besteht aus Sicht des KoQK bzgl. der für die Zielerreichung des Gesetzes entscheidend wichtigen Höhe der Fallpauschale noch dringender Änderungsbedarf, der in Teil A dieser Stellungnahme beschrieben und begründet wird. In Teil B der Stellungnahme wird außerdem angeregt, die Umsetzung des Gesetzes durch bestimmte Hinweise seitens der Bundesregierung zu unterstützen. Abschließend wird in Teil C auf einige abzulehnende Änderungen des Gesetzentwurfs Bezug genommen, die nach der Veröffentlichung des Regierungsentwurfs erhoben wurden.

Teil A) Dringend erforderliche Änderung bzgl. der Höhe der Fallpauschale

Zu Artikel 1 Nummer 4 (§65c Absatz 4 Satz 2 SGB V)

Die Angabe „94 €“ ist durch die Angabe „118 €“ zu ersetzen.

Begründung:

Mit der vorgesehenen Pauschale können nach den Erfahrungen der bestehenden klinischen Krebsregister die im Gesetz vorgeschriebenen Leistungen nicht erbracht werden. Wie der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum Gesetzentwurf zu Recht feststellt, würde das Ziel des Gesetzes mit der im Entwurf vorgesehenen Fallpauschale verfehlt.

Die mit dem Gesetz angestrebte Verbesserung der onkologischen Versorgung durch klinische Krebsregister kann nur erreicht werden, wenn die Daten vollzählig und aktuell erfasst werden. Nur dann können behandelnde Ärzte die ihnen vom klinischen Register aufbereiteten Daten wirklich für die aktuelle Behandlung aller Patienten nutzen. Nur aktuelle Daten haben Einfluss auf Therapieentscheidungen am Krankenbett und damit unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der Behandlung.

Gerade bzgl. Vollzähligkeit und Aktualität der Erfassung weisen aber selbst die derzeit am Besten arbeitenden und mit einer höheren als der im Gesetzentwurf genannten Pauschale ausgestatteten Register wie z.B. Regensburg und Brandenburg noch erhebliche Defizite auf. Dasselbe gilt auch für die Vollständigkeit der Erfassung und die für Überprüfungen der Wirksamkeit von Therapien unverzichtbare Erfassung von Überlebenszeiten durch ein sogenanntes Langzeit-Follow-up.

Bei der im Gesetzentwurf genannten Höhe der Fallpauschale könnten die bestehenden Defizite nicht abgebaut und die für die Versorgung erwarteten Verbesserungen nicht erreicht werden. Das Ziel des Gesetzes würde verfehlt.

Die im Gesetzentwurf zu niedrig angesetzte Fallpauschale von 94 € (Kassenanteil) kommt dadurch zustande, dass die Berechnung der Pauschale

- die genannten Defizite in den bestehenden Registern nicht ausreichend
- und die in die Kostenermittlung des Prognos- Gutachtens nicht eingegangenen administrativen Kosten (wie z.B. für die Abwicklung von Meldevergütungen und Rechnungslegung) gar nicht berücksichtigt.

Eine vom Prognos- Gutachten ausgehende Betrachtung, die alle für die Berechnung relevanten Ergebnisse des Gutachtens und die in die Kostenermittlung des Gutachtens nicht eingegangenen administrativen Kosten berücksichtigt, führt zu einer **Gesamtpauschale von rund 131 Euro** und damit einem 90%igen **Kassenanteil von rund 118 Euro**. Wie sich diese Pauschale im einzelnen ergibt, ist in der als Anlage beigefügten Berechnung dargestellt.

Teil B) Unterstützende Hinweise der Bundesregierung für die Umsetzung des Gesetzes

1. Wohnort- und Behandlungsort- Bezug klinischer Krebsregister

Die konkrete Ausgestaltung des in §65c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 genannten Datenaustauschs zwischen regionalen klinischen Krebsregistern bei solchen Patientinnen und Patienten, bei denen Hauptwohnsitz und Behandlungsort in verschiedenen Einzugsgebieten liegen, ist sowohl für eine hohe Datenqualität als auch die Vermeidung von Doppelerfassung und die damit verbundene Doppelfinanzierung von großer Bedeutung.

Da die konkrete Ausgestaltung des Datenaustauschs im Gesetz selbst nicht beschrieben ist und auch nicht werden kann, sollte das, was der Gesetzgeber diesbezüglich regeln will, an anderer Stelle, z.B. in Schreiben des BMG an die Länder und den für die Festlegung der Fördervoraussetzungen zuständigen Spitzenverband Bund der Krankenkassen - klargestellt bzw. erläutert werden. Die vom Gesetzgeber gewollte Ausgestaltung des Datenaustauschs zwischen klinischen Krebsregistern in verschiedenen Einzugsgebieten könnte nach dem Verständnis des KoQK folgendermaßen konkretisiert werden:

„Liegen Hauptwohnsitz und Behandlungsort einer Patientin oder eines Patienten in verschiedenen Einzugsgebieten, werden die Daten im Behandlungsortregister erfasst, gespeichert und elektronisch an das zuständige Wohnortregister weitergeleitet. Dort werden die Daten aus ggf. verschiedenen Behandlungsortbereichen geprüft, zusammengeführt und regelmäßig um die Follow Up- Daten ergänzt.

Der Datenaustausch zwischen den Registern am Behandlungs- und Wohnort ist - nach der im Gesetz vorgesehenen Übergangszeit bis zum 31.12.2018 - in beiden Richtungen auf elektronischem Wege möglich, so dass jederzeit sowohl wohnortbezogene als auch behandlungsortbezogene Datenauswertungen durchführbar sind.

Auf diese Weise wird erreicht, dass

- Leistungserbringer nur an ein klinisches Krebsregister melden,
- die erfassten Daten für Behandlung und Analysen am Behandlungsort unverzüglich zur Verfügung stehen,
- und an ggf. verschiedenen Behandlungsorten jederzeit auf die kompletten Daten des als Zusammenführungsstelle fungierenden Wohnortregisters zurückgegriffen werden kann.“

2. Gewährleistung von Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Daten sowie der Erfassung des Langzeit-Follow-up

Vollständigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der Daten sowie die Erfassung des Langzeit-Follow-up sind aus den in Teil A genannten Gründen für die mit dem Gesetz angestrebte Verbesserung der onkologischen Versorgung durch klinische Krebsregister von entscheidender Bedeutung.

In der Begründung zum Gesetzentwurf wird auf diese wichtigen Anforderungen an die Ausgestaltung klinischer Krebsregistrierung auch hingewiesen (auf S. 41 Absatz 1 und 6 sowie auf S.43, Absatz 5).

Es wäre für den der Gesetzgebung folgenden Aufbau der klinischen Krebsregistrierung in den Ländern hilfreich, wenn in dem unter Punkt 1 angeregten Schreiben des BMG an die Länder und den Spitzenverband Bund der Krankenkassen auch die genannten Anforderungen bzgl. Vollständigkeit, Vollständigkeit, Aktualität und Langzeit-Follow-up unterstrichen würden.

Teil C) Abzulehnende Änderungen

1. Forderungen nach einem Nationalen Krebsregister

Mit der Forderung nach einem Nationalen Krebsregister können ganz unterschiedliche Vorstellungen verbunden sein, z.B.:

a) Auswertung der Daten klinischer Krebsregister auf nationaler bzw. auf Bundesebene

Eine solche Forderung ist selbstverständlich völlig berechtigt, mit dem vorliegenden Gesetzentwurf allerdings auch erfüllt.

Nach §65c Absatz 1 Satz 2 Nummer 3 und Satz 5 sowie Absatz 2 Satz 3 Nummer 6 des Gesetzentwurfs sind die Daten der klinischen Krebsregister von Auswertungsstellen auf Landesebene jährlich landesbezogen so auszuwerten, dass eine länderübergreifende Vergleichbarkeit garantiert ist.

Bundesweite Auswertungen und Veröffentlichungen sind in §65c Absatz 7 und Absatz 10 geregelt. Nach Absatz 7 übermitteln die Auswertungsstellen der klinischen Krebsregistrierung auf Landesebene dem G- BA auf Anforderung die für bundesweite Auswertungen erforderlichen Krebsregisterdaten in anonymisierter Form. Nach Absatz 10 veröffentlicht der Spitzenverband Bund der Krankenkassen ab dem Jahr 2018 alle fünf Jahre einen auf der Grundlage der Landesauswertungen und der Ergebnisse der Bundesauswertungen erstellten Bericht in patientenverständlicher Form.

Erwägenswert und konsequent im Sinne der Empfehlungen des Nationalen Krebsplans bzgl. einer engen Verknüpfung klinischer und epidemiologischer Krebsregister wäre es, wenn - zumindest perspektivisch - eine Einrichtung auf Bundesebene die Zuständigkeit für bundesweite Auswertungen sowohl klinischer als auch epidemiologischer Registerdaten erhielte und in die Lage versetzt würde, Aufgaben im Zusammenhang mit der sekundären Nutzung der Daten klinischer Krebsregister für Forschungszwecke, wie z.B. der Prüfung entsprechender Anträge, zu übernehmen.

b) Erfassung und Auswertung klinischer Daten durch ein klinisches Krebsregister auf Bundesebene

Forderungen nach Erfassung der klinischen Daten durch ein zentrales klinisches Krebsregister auf Bundesebene wären mit dem Nationalen Krebsplan und dem auf ihm beruhenden Gesetzentwurf nicht vereinbar.

Ein zentrales überregionales Register kann nur mit pseudonymisierten bzw. anonymisierten Daten arbeiten und Auswertungen dieser Daten für Einrichtungen mit entsprechenden Kompetenzen auf Landes- oder Bundesebene bereitstellen, die auf dieser Grundlage Maßnahmen mit dem Ziel einer Verbesserung der Behandlungsqualität durchführen. Dies ist nicht die Arbeitsweise klinischer

Krebsregister. Klinische Krebsregister arbeiten grundsätzlich sowohl auf regionaler als auch auf überregionaler Ebene:

a) Auf regionaler Ebene

- mit personenbezogenen Daten im Rahmen des konkreten Behandlungszusammenhangs
- als Instrument in den Händen der behandelnden Ärzte
- und mit einem unmittelbaren Einfluss auf die Qualität der Behandlung, sowie

b) auf überregionaler Ebene

- mit pseudonymisierten bzw. anonymisierten Daten im Rahmen überregionaler Planungen
- als Instrument in den Händen von Einrichtungen mit entsprechenden Kompetenzen
- und mit einem von diesen Einrichtungen gesteuerten mittelbaren Einfluss auf die Behandlungsqualität.

Die unter a) beschriebenen Leistungen, die gerade den Mehrwert einer Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister gegenüber anderen Arten der Qualitätssicherung ausmachen, könnten von einem zentralen klinischen Krebsregister auf Bundesebene nicht erbracht werden.

2. Forderung nach Übertragung der Verantwortung für die klinischen Krebsregister auf den G- BA und nach Einbindung der klinischen Krebsregister in den G- BA auf einem „alternativen“, vom vorliegenden Gesetzentwurf abweichenden Weg

Von Änderungen des Gesetzentwurfs, die eine vollständige Übertragung der Verantwortung für die klinischen Krebsregister und eine dieser vollständigen Übertragung entsprechende Einbindung klinischer Krebsregister in die Qualitätssicherung des G- BA zur Folge hätten, ist abzuraten. Sie würden einem zentralen Ziel des Nationalen Krebsplans und des auf diesem beruhenden Gesetzentwurfs diametral zuwider laufen.

Die Besonderheit der Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister besteht gerade darin, dass sie nicht nur Auswertungen anonymisierter Daten auf Landes- und Bundesebene und aus diesen Auswertungen abgeleitete Qualitätssicherungsmaßnahmen ermöglichen, sondern darüber hinaus auch auf die Behandlungsqualität direkt und unmittelbar Einfluss nehmen. Dies geschieht durch unmittelbare Zusammenführung personenbezogener Daten und ihre Rückmeldung an die behandelnden Ärzte, z.B. in interdisziplinären Konsilen.

Der Gesetzentwurf beschreibt in seiner Begründung auf Seite 39 in den Absätzen 3 und 4 diese Besonderheit von Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister sehr genau und weist zu Recht darauf hin, dass sich diese Art der Qualitätssicherung grundsätzlich von einer Qualitätssicherung unterscheidet, die auf der Grundlage anonymisierter Daten und ihrer Auswertungen auf Landes- oder Bundesebene ausschließlich mittelbar und mit deutlichem zeitlichem Abstand Behandlungsqualität beeinflussen kann.

Änderungen des Gesetzentwurfs im Sinne „alternativer“ Einbindung klinischer Krebsregister in die Qualitätssicherung des G- BA und einer „vollständigen Übertragung der Verantwortung“ für klinische Krebsregister auf den G- BA dürften eher zur Abschaffung als zum Ausbau der für klinische Krebsregister spezifischen Leistungen auf der Ebene des konkreten Behandlungszusammenhangs führen. Der angestrebte Mehrwert einer Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister wäre durch eine solche Änderung des Gesetzentwurfs nicht zu realisieren.

Der Nationale Krebsplan und der aus ihm heraus entwickelte Gesetzentwurf der Bundesregierung stellen eine herausragende gesundheitspolitische Innovation dar. Ein wesentliches Merkmal dieser Innovation ist es, dass der Gesetzgeber selbst Gestaltungsverantwortung für die onkologische Versorgung übernimmt. Er setzt damit eine zentrale Forderung des Nationalen Krebsplans um und schafft so „eine wesentliche Voraussetzung für die Sicherung der Qualität und die Weiterentwicklung der onkologischen Versorgung“ (Begründung des Gesetzentwurfs, S. 38).

Bei der im Entwurf der Bundesregierung übernommenen Gestaltungsverantwortung durch den Gesetzgeber, wie sie in §65c Absatz 1 mit der Festlegung der Kernaufgaben klinischer Krebsregister zum Ausdruck kommt, sollte es unbedingt bleiben. Diese Verantwortung wird mit dem Gesetzentwurf nicht an die GKV und sollte nicht an den G- BA abgegeben werden.

Anlage

Berechnung der Fallpauschale auf Grundlage einer umfassenden Berücksichtigung der Ergebnisse des Prognos- Gutachtens

1.

Für die Berechnung der Fallpauschale eines klinischen Krebsregisters, das zur Erfüllung der unter §65c Abs.(1) des Gesetzentwurfs genannten Aufgaben in der Lage ist, können nur die von Prognos analysierten Register 1 bis 5 heran gezogen werden. Die Register 6 und 7 haben im Vergleich zu den Registern 1 bis 5 eine wesentlich andere Struktur und nehmen dementsprechend wesentlich andere Aufgaben wahr (s.Prognos- Gutachten, S.77/8). Die jährlichen Gesamtkosten der Register 1 bis 5 betragen im Durchschnitt 77 Cent pro Einwohner.

2.

Auch die von Prognos als Grundlage für Annahmen bzgl. der Kosten eines prototypischen Registers analysierten Register 1 bis 5 erbringen die in Tabelle 27 (S.83) des Gutachtens aufgeführten Leistungen nur in eingeschränktem Umfang. Dies gilt sowohl für die Vollständigkeit (90% Erfassung stationär und ambulant, 80% für Follow-up) als auch für die meisten anderen in Tabelle 27 genannten Leistungsdaten.

Sehr unterschiedlich ist insbesondere die für den unmittelbaren Nutzen klinischer Krebsregistrierung für die Behandlung eines Patienten wichtige Aktualität der Datenerfassung. Nur wenn aktuelle Daten zurückgemeldet werden, können sie von den Leistungserbringern für ihre direkt behandlungsbezogene Zusammenarbeit genutzt werden (z.B. durch Konsile, Tumorboards, Qualitätskonferenzen, Weiterbildungen). Die hierfür erforderliche Aktualität ist bei den von Prognos analysierten Registern 1 bis 5 ebenso wie bei den derzeit arbeitenden klinischen Krebsregistern mehrheitlich nur teilweise bzw. annähernd gegeben.

Das Prognos- Gutachten hebt diesen für die Festlegung einer kostendeckenden Fallpauschale entscheidend wichtigen Punkt an mehreren Stellen ausdrücklich hervor. Z.B. mit dem Hinweis auf den von allen analysierten Registern gesehenen „Optimierungsspielraum“ hinsichtlich der Vollständigkeit und Aktualität der Datenerfassung (S.80). Oder noch deutlicher mit der Feststellung (auf S.81), dass wegen „der großen Unterschiede von Ist zu Plan ... die Ist-Daten die tatsächlichen Kosten eines im Sinne von Ziel 8 arbeitenden Registers tendenziell unterschätzen.“ Ein im Sinne von Ziel 8 (des Nationalen Krebsplans) arbeitendes Register ist aber gerade dasjenige Register, das die im Gesetzentwurf vorgeschriebenen Leistungen zu erbringen hat.

Schließlich muss eine vom Prognos- Gutachten ausgehende Berechnung der Fallpauschale noch beachten, dass administrative Kosten (wie z.B. für die Abwicklung von Meldevergütungen und Rechnungslegung) in die Kostenermittlung des Prognos- Gutachtens gar nicht eingegangen sind.

3.

Bei Beachtung der Ausführungen unter Punkt 1 und 2 ergibt sich für ein klinisches Krebsregister, das die im Gesetzentwurf vorgeschriebenen Leistungen erbringt, eine Fallpauschale von rund 131 Euro und damit ein 90%iger Kassenanteil in Höhe von rund 118 Euro. Die Berechnung ergibt sich wie folgt:

3.1

Bei den von Prognos analysierten Registern (1 bis 5), die für die Berechnung der Fallpauschale von Belang sind, betragen die durchschnittlichen Kosten pro Einwohner 0,77 Euro.

3.2

Wegen fehlender Berücksichtigung der administrativen Kosten im Prognos- Gutachten und wegen Defiziten der analysierten Register bzgl. Vollständigkeit, Aktualität und Langzeit-Follow-up liegen bei Registern, welche die im Gesetzentwurf vorgeschriebenen Leistungen zu erbringen haben, die Kosten pro Einwohner mindestens 0,03 Euro über den von Prognos ermittelten 0,77 Euro, betragen also mindestens 0,80 Euro.

3.3

Da in den analysierten Registern maximal 90% der Fälle bearbeitet werden (Vollzähligkeit von höchstens 90%), muss der Betrag von 0,80 Euro um mindestens 10%, also um 0,08 auf 0,88 Euro erhöht werden.

3.4

$81.800.000 \text{ Einwohner} \times 0,88 \text{ Euro} = 71.984.000 \text{ Euro}$ Gesamtkosten für 100% Erfassung.

3.5

$71.984.000 \text{ Euro} / 548.200 \text{ relevante Krebsfälle}$ ergibt eine **Gesamtpauschale von 131,30 Euro**.

3.6

90% von 131,30 Euro ergibt einen **Kassenanteil von 118,20 Euro**.