

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0354(3)
gel. VB zur öAnh. am 12.12.
2012_Krebsregister
06.12.2012



Kassenärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

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

Stellungnahme der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 23.11.2012
zum Regierungsentwurf

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt grundsätzlich alle Anstrengungen, die Früherkennung und Behandlung von Krebserkrankungen zu verbessern und hat sich mit dieser Zielsetzung intensiv an den Beratungen des NKP beteiligt. Insbesondere die flächendeckende Etablierung von klinischen Krebsregistern liefert aus Sicht der KBV die Grundlage für eine zukunftsweisende, bundesweite Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung der onkologischen Versorgung. Zum Gesetzentwurf der Bundesregierung, Drucksache 17/11267 vom 31.10.2012 nimmt die KBV wie folgt Stellung und regt folgende Änderungen an:

Zu § 25a Abs. 4 Satz 4

KBV-Vorschlag: Streichung Satz 4 in § 25a Abs.4, stattdessen Ergänzung § 284 SGB V zur Nutzung von Sozialdaten für die Einladung zu Krebsfrüherkennungsprogrammen

Die Vorschrift in § 25 a Abs.4 Satz 4 verhindert eine aufwandsarme, niedrighschwellige Umsetzung eines Einladungsverfahrens, bei dem die Krankenkassen auf Basis ihrer Leistungsdaten solche Versicherte gezielt einladen, die über mehrere Jahre keine Leistungen zur Früherkennung erhalten haben. Die EU-Leitlinie erkennt solche Systeme ebenfalls im Sinne organisierter Programme an.

Im Hintergrundpapier zum NKP, Ziel 2a, wird diese Variante vorgeschlagen und explizit als Voraussetzung für die Etablierung eines Einladungsverfahrens für die Früherkennung des Zervixkarzinoms gefordert, dass damit die Teilnahme bisheriger Nichtteilnehmerinnen verbessert wird. Wirksamkeit, Machbarkeit und Kosten seien vorab innerhalb einer Studie zu prüfen.

Um eine gezielte Einladung von Nicht-Teilnehmerinnen zu ermöglichen, sollte § 284 SGB V dahingehend ergänzt werden, dass Sozialdaten bei den Krankenkassen auch zum Zweck der Einladungen für Krebsfrüherkennungsprogramme genutzt werden dürfen.

Zu § 65 c Abs.1

KBV-Vorschlag: Überprüfung des ADT / GEKID – Datensatzes entsprechend NKP

In den Umsetzungsempfehlungen des NKP zum Querschnittsthema „datensparsame einheitliche Tumordokumentation“ wurde von der entsprechenden AG als einleitende Maßnahme empfohlen, dass die bestehenden und neuen Dokumentationsverpflichtungen hinsichtlich Zweckmäßigkeit und Umfang überprüft werden. Dies ist in Bezug auf den ADT / GEKID - Datensatz nicht erfolgt, eine gesetzliche Festlegung auf diesen Datensatz erscheint somit verfrüht. Nach Auffassung der KBV müssen nach dem Grundsatz der Datensparsamkeit weitere bürokratische Belastungen der Ärzte in Klinik und Praxis unbedingt vermieden werden.

Zu § 65 c Abs.1

KBV-Vorschlag: klarstellende Änderung § 65 c Abs.1 Satz 1:

Im ersten Satz des § 65 c sollte klargestellt werden, dass sich der gesetzgeberische Auftrag zur Einrichtung Klinischer Krebsregister auf organisatorische und nicht auf medizinische Inhalte bezieht.

Deshalb sollte § 65 c Abs. 1 wie folgt geändert werden:

"(1) Zur Sicherung einer flächendeckenden klinischen Krebsregistrierung nach bundeseinheitlichen Maßstäben sowie Verbesserung der Erfassung und Darstellung der onkologischen Versorgung richten die Länder klinische Krebsregister ein."

Zu § 65 c Abs. 2 Satz 2

KBV-Vorschlag: Bestimmung der Fördervoraussetzungen durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft

Die unter § 65 c Abs. 2 unter Nr. 1-6 aufgeführten Fördervoraussetzungen betreffen essentiell die Qualitätssicherung der ambulanten und stationären Versorgung von krebskranken Patienten. Entsprechende Vorgaben werden bislang ausnahmslos von der gemeinsamen Selbstverwaltung vereinbart. Es ist kein Grund ersichtlich, warum bei der Festlegung dieser Vorga-

ben von diesem Vorgehen abgewichen werden sollte. Eine alleinige Entscheidungsbefugnis des GKV-SV über die Fördervoraussetzungen der Krebsregister wird von der KBV entschieden abgelehnt.

Deshalb sollte § 65 c Abs.2 Satz 2 wie folgt geändert werden:

„ Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum“

Als Folgeänderung ergibt sich in § 65 c Abs.3 (neu) Satz 1 folgende Formulierung:

„ Bei der Erarbeitung der Fördervoraussetzungen nach Abs.2 sind der Gemeinsame Bundesausschuss, die Deutsche Krebsgesellschaft ... zu beteiligen.“

In der Gesetzesbegründung sollte außerdem klargestellt werden, dass die Einbeziehung der durch die Länder einzurichtenden klinischen Krebsregister bei Verfahren der dem G-BA obliegenden, einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung nur und ausschließlich zum Zweck der Datenannahme erfolgt.

Zu § 65c Absatz 9

KBV-Vorschlag: Streichung von § 65c Absatz 9

Die geforderte Angleichung der Dokumentation innerhalb des strukturierten Behandlungsprogramms zu Brustkrebs gem. § 137 f SGB V an die Basisdokumentation der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren gefährdet die RSAV-konforme Durchführung des DMP Brustkrebs und verstößt gegen die Zweckbindung der Datenerhebung gem. § 28f RSAV sowie gegen das Gebot der Datensparsamkeit.

Für die RSAV-konforme Programmdurchführung sind Daten erforderlich, die im ADT-Datensatz nicht vorhanden sind (beispielsweise zur Einschreibung der Patientinnen). Diese Informationen sind wichtig für die Zuweisungen aus dem Gesundheitsfond und somit unverzichtbar. Andererseits wird bei der DMP-Dokumentation Wert darauf gelegt, nur solche Parameter zu erheben, die für die Berechnung der Qualitätsindikatoren oder die Evaluation erforderlich sind. Durch die Übernahme des ADT-Datensatzes würde der Umfang der Datenerhebung erheblich erweitert, wobei die Mehrzahl der geforderten Daten im Rahmen der DMP keiner Auswertung zugeführt wird. Darüber hinaus liegen zahlreiche der in diesem Datensatz geforderten Informationen dem koordinierenden Arzt nicht vor (z.B. bei Einschreibung wegen Rezidiv). Die im DMP geforderte vollständige Dokumentation und fristgerechte Übermittlung, die auch Voraussetzung für die Vergütung ist, kann in dieser Form nicht mehr umgesetzt werden.