



Spitzenverband

Deutscher Bundestag

Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

17(14)0354(6)

gel. VB zur öAnh. am 12.12.

2012_Krebsregister

07.12.2012

Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes vom 07.12.2012

zum Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der
Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch
klinische Krebsregister
(Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz – KFRG)
(17/11267)

GKV-Spitzenverband
Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon +49 (0) 30 206 288-0
Fax +49 (0) 30 206 288-88
politik@gkv-spitzenverband.de
www.gkv-spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

I. Vorbemerkung	3
II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf	6
Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)	6
§ 25 Abs. 2 und 4 Gesundheitsuntersuchungen	6
§ 25a Organisierte Früherkennungsprogramme	7
§ 62 Abs. 1 Belastungsgrenze	11
Weitergehender Änderungsbedarf zu § 62 SGB V	15
§ 65c Klinische Krebsregister	20
§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses	35
§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung	36
Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)	37
§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser	37
Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)	38
§ 2 Krankenhausleistungen	38
Artikel 4 (Inkrafttreten)	39
III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu weiteren Themen	40
Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch	40
§ 135 Abs. 2 SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	40
Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes	42
§ 10 Abs. 8 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene	42
Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch	45
§ 23c Absatz 2 SGB IV Sonstige nicht beitragspflichtige Einnahmen	45



I. Vorbemerkung

Mit dem Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister werden die gesetzlichen Grundlagen für die Umsetzung von zentralen Empfehlungen des Nationalen Krebsplans geschaffen. Dabei stößt der vorliegende Gesetzentwurf viele gute Regelungen an, um Krebs als eine der häufigsten Neuerkrankungen besser und frühzeitiger zu bekämpfen. Die grundsätzliche Ausrichtung ist zu begrüßen. Das Ziel, die Krebsfrüherkennung und -behandlung durch ein gezieltes Einladungsverfahren und eine Erfolgskontrolle effektiver zu gestalten, wird dabei befürwortet.

Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

- Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Weiterentwicklung der bereits etablierten Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs in organisierten Früherkennungsprogrammen unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Europäischen Leitlinien. Ein organisiertes Früherkennungsprogramm wird nicht allein durch ein Einladungswesen charakterisiert, sondern vor allem durch eine umfassende und zuverlässige Qualitätssicherung. Die entsprechenden Regelungen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung zum Zwecke der Qualitätssicherung müssen daher ohne Einschränkungen auch für Früherkennungsprogramme gelten.
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen haben neben einem Nutzen auch immer ein Schadenspotential. Sie sollten grundsätzlich nur angeboten werden, wenn der Nutzen zuverlässig nachgewiesen wurde und der Schaden in einem akzeptablen Verhältnis zum Nutzen steht. Eine wissenschaftlich fundierte Nutzenbewertung muss als Grundvoraussetzung von Früherkennungsmaßnahmen gesetzlich festgeschrieben werden. Die Festschreibung auf die Festlegung der Zielgruppen und Untersuchungsintervalle ist ein richtiger Schritt, greift aber zu kurz.
- Versicherte sollen evidenzbasiert über Nutzen und Schaden von Früherkennungsuntersuchungen informiert werden, damit sie eigenverantwortlich über eine Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen entscheiden können. Diesem Grundsatz der informierten Entscheidungsfindung folgt die Streichung der Malusregelung (Koppelung der Früherkennung an die verminderte Belastungsgrenze) für chronisch Kranke, die an Krebs erkrankt sind. Auch die zweite heute im Gesetz stehende Malusregelung für chronisch Kranke, sollte wegen fehlender Praxisrelevanz entfallen.



Etablierung klinischer Krebsregister

- Klinische Krebsregister haben eine Vielzahl von Aufgaben. Sie können von großem Nutzen für die Sicherung der Versorgungsqualität sein. Die aktuelle Krebsregisterlandschaft ist von sehr heterogenen Strukturen gekennzeichnet. Unterschiedliche Registertypen, Datenstrukturen und Finanzierungsmodelle stehen einer systematischen und effizienten Nutzung im Weg. Die systematische flächendeckende Etablierung klinischer Krebsregister wird daher unterstützt, sofern diese zuverlässige und repräsentative Aussagen zur Qualitätssicherung bei der onkologischen Versorgung treffen.

Die Qualitätssicherung steht bei der Nutzung klinischer Krebsregister für die gesetzliche Krankenversicherung im Vordergrund. Neben der Repräsentativität der Daten hängt der Nutzen klinischer Krebsregister auch von deren Qualität ab. Die geplante Verpflichtung zur behandlungsortbezogenen Datenerfassung unter einheitlichen Rahmenbedingungen verbessert die Qualität.

- Während der Nationale Krebsplan noch von einer geteilten Verantwortung von Bund, Ländern und Selbstverwaltung spricht, findet sich davon im Gesetzentwurf nur noch wenig. Die klinischen Krebsregister sollen pauschal durch die gesetzliche Krankenversicherung finanziert werden, obwohl der Nutzerkreis sehr viel breiter ist. Versicherungsfremde Leistungen wie Versorgungsforschung, die Zertifizierung von wissenschaftlichen Einrichtungen oder die Ressourcenplanung der Länder wird gefördert. Dies darf nicht allein die gesetzliche Krankenversicherung und damit den Beitragszahler belasten. Hinzu kommt, dass nicht ausreichend sichergestellt ist, dass ein funktionierendes System etabliert wird, welches nutzbringend in die gesetzlich verpflichtende Qualitätssicherung integriert werden kann. Dies muss aber Ziel sein. Gelingt dies nicht, bleiben Doppelstrukturen bestehen oder werden neu geschaffen. Finanzielle Ressourcen würden verschwendet.
- In der konkreten Umgestaltung der aktuellen Situation der Krebsregister in Deutschland bleibt der Gesetzentwurf insgesamt die notwendige Stringenz schuldig, die eine dringend gebotene Vereinheitlichung der Strukturen auf hohem Niveau ermöglicht. Sollte der Gesetzgeber bei der geplanten Zuweisung der Finanzierungsverantwortung bleiben, muss das Kräfteverhältnis zwischen den beteiligten Partnern zugunsten der Krankenkassen verschoben werden, weil die Krankenkassen letztlich als Hauptfinanzierer für den Output der Register in der Verantwortung stehen.



- Ziel des Gesetzentwurfs ist, die Strukturen zu vereinheitlichen, um aussagekräftige und repräsentative Daten zu onkologischen Erkrankungen und ihren Verläufen zu erhalten. Hierfür wäre grundsätzlich eine bundeseinheitliche Organisation am geeignetsten. Neben den Datenstrukturen und -formaten sind dafür auch die Datenflüsse zu regeln. Dies beinhaltet auch die Größe der Datensätze und damit den Umfang der Register und ihrer Einzugsgebiete. Vor diesem Hintergrund ist eine Zentralisierung der Register zumindest auf Ebene der Länder unerlässlich. Die Förderung sollte daher auf ein klinisches Krebsregister pro Land beschränkt werden.
- Konsens besteht über die Notwendigkeit, die heterogene Registerlandschaft der Länder in einheitliche und effiziente Datenstrukturen zu überführen. Die fünfjährige Übergangsfrist zum Aufbau der klinischen Krebsregister, die allein von den Kassen finanziert werden soll, ist jedoch viel zu lang. Hier soll die gesetzliche Krankenversicherung über Jahre in Vorleistung gehen, ohne dass sich zeitnah die Qualität der Informationen verbessert. Der Anreiz, die Aufbauphase schnell zu beenden, fehlt.



II. Stellungnahme zum Gesetzentwurf

Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 1

§ 25 Abs. 2 und 4 Gesundheitsuntersuchungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Künftig soll der Gemeinsame Bundesausschuss auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse die Zielgruppen und Untersuchungsintervalle für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bestimmen.

Die in § 25 Abs. 2 SGB V vorgegebene maximale Häufigkeit der Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und die geschlechtsspezifische untere Altersgrenze sollen daher gestrichen werden.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband begrüßt diese Änderung. Früherkennungsuntersuchungen werden gesunden Personen angeboten. Da diese Untersuchungen nicht nur einen Nutzen, sondern auch einen Schaden haben können, sollte die Festlegung der Zielgruppen und Untersuchungsintervalle für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auf der Grundlage einer wissenschaftlich fundierten Nutzenbewertung erfolgen.

Aufgrund der dargestellten Problematik sollten Früherkennungsuntersuchungen grundsätzlich nur angeboten werden, wenn der Nutzen nachgewiesen ist. Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) hat in seinem Gutachten von 2009 die allgemeine Zielsetzung und Gesetzmäßigkeiten von Früherkennung erörtert und empfohlen, dem Abs. 3 des § 25 folgende Nummer 5 hinzuzufügen: „(dass) der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“ Der GKV-Spitzenverband unterstützt diese Empfehlung des SVR. In Ergänzung zu den Regelungen in § 92 sollte auch in § 25 Abs. 3 der nachgewiesene Nutzen als Voraussetzung für Früherkennungsuntersuchungen aufgeführt werden.

C) Änderungsvorschlag

In § 25 Abs. 3 wird folgende Nummer 5 angefügt: „der medizinische und bevölkerungsbezogene Nutzen nachgewiesen ist.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 2

§ 25a Organisierte Früherkennungsprogramme

A) Beabsichtigte Neuregelung

§ 25a Abs. 1

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, für die es von der Europäischen Kommission veröffentlichte Europäische Leitlinien gibt, sollen als organisierte Früherkennungsprogramme angeboten werden. Die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsprogramme beinhaltet insbesondere

- die regelmäßige Einladung der Versicherten in Textform,
- umfassende und verständliche Information der Versicherten,
- inhaltliche Bestimmung der Zielgruppen, der Untersuchungsmethoden, der Abstände zwischen den Untersuchungen, der Altersgrenzen, des Vorgehens zur Abklärung auffälliger Befunde und der Maßnahmen zur Qualitätssicherung,
- systematische Erfassung, Überwachung und Verbesserung der Qualität unter besonderer Berücksichtigung von Teilnahmerate, Intervallkarzinomen, falsch positiven Diagnosen und Sterblichkeit.

§ 25a Abs. 2

Der Gemeinsame Bundesausschuss soll in Richtlinien nach § 92 SGB V das Nähere über die Durchführung der organisierten Krebsfrüherkennungsuntersuchungen regeln. Der Verband der privaten Krankenversicherung erhält hierfür ein Mitberatungsrecht im Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Anpassung der Richtlinien soll innerhalb einer Frist von drei Jahren nach Inkrafttreten des KFRG und künftig drei Jahre nach Veröffentlichung Europäischer Leitlinien erfolgen. Bei neuen Früherkennungsuntersuchungen, für die noch keine Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nummer 3 bestehen, prüft der Gemeinsame Bundesausschuss zunächst innerhalb von drei Jahren, ob die Früherkennungsuntersuchung zu Lasten der Krankenkassen zu erbringen ist.

§ 25a Abs. 3

Sollten notwendige Erkenntnisse fehlen, kann der Gemeinsame Bundesausschuss eine Richtlinie zur Erprobung der geeigneten inhaltlichen und organisatorischen Ausgestaltung eines organisierten Früherkennungsprogramms beschließen. Für die Erprobung ist ein Zeitraum von maximal fünf Jahren vorgegeben.



§ 25a Abs. 4

Für die Einladung der Versicherten können künftig die Daten der Krankenkassen nach § 291 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 – 6 SGB V erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Weitere personenbezogene Daten dürfen nur mit Einwilligung der Versicherten genutzt werden. Die Versicherten können in Textform weiteren Einladungen widersprechen. Für die Qualitätssicherung gilt § 299 SGB V sofern der Versicherte nicht schriftlich widersprochen hat. Das gleiche Vorgehen gilt auch für einen Abgleich von personenbezogenen Daten mit epidemiologischen und klinischen Krebsregistern.

§ 25a Abs. 5

Der Gemeinsame Bundesausschuss oder eine von ihm beauftragte Stelle veröffentlicht alle zwei Jahre einen Bericht und übermittelt auf Antrag anonymisierte Daten zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung.

B) Stellungnahme

Der GKV-Spitzenverband unterstützt die Weiterentwicklung der bereits etablierten Früherkennung auf Gebärmutterhalskrebs und Darmkrebs in organisierte Früherkennungsprogramme unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Europäischen Leitlinien. Es ist internationaler Konsens, dass für diese Krebserkrankungen durch Früherkennung die Neuerkrankungsrate und die krebsspezifische Sterblichkeit gesenkt werden kann. Als populationsbezogene Maßnahme werden die Früherkennungsuntersuchungen großen Bevölkerungsgruppen angeboten. Allerdings profitieren nur sehr wenige tatsächlich von der Früherkennung, denn nur wenige erkranken tatsächlich an diesen Krebserkrankungen. Gleichzeitig haben Früherkennungsuntersuchungen Risiken, beispielsweise durch den Früherkennungstest selbst oder eine nachfolgende invasive Abklärungsdiagnostik bei sogenannten falsch positiven Screeningbefunden. Ziel eines qualitätsgesicherten Früherkennungsprogramms ist es, ein möglichst optimales Nutzen-Schaden-Verhältnis sicherzustellen.

Die von der Europäischen Kommission veröffentlichten Europäischen Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen sind nur für solche Früherkennungsuntersuchungen entwickelt worden, deren Nutzen belegt ist. Ein Verweis auf § 137e SGB V und seine detaillierten Regelungen zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist daher nicht erforderlich. Vor einer flächendeckenden Implementierung eines organisierten Früherkennungsprogramms nach § 25a Abs. 1 ist es vielmehr notwendig, neue Inhalte und Organisationsstrukturen, wie z. B. Einladungsverfahren oder Qualitätssicherungsmaßnahmen hinsichtlich Machbarkeit, Eignung, Effektivität und Kosten zu prüfen. Der Gemeinsame Bundesausschuss regelt in einer Richtlinie Inhalte, Datenflüsse, Vergütung und wissenschaftliche Begleitung der Machbarkeitsprüfung.



Eine umfassende und zuverlässige Qualitätssicherung ist ein elementarer Bestandteil eines organisierten Früherkennungsprogramms. Hierzu müssen u. a. personenbezogene Daten zentral erfasst und ausgewertet werden. Aus methodischen Gründen sind valide Auswertungen nur zu erwarten, wenn die Daten aller Teilnehmer oder die einer repräsentativen Stichprobe zur Verfügung stehen. Mit der Teilnahme am Früherkennungsprogramm muss deshalb auch die Teilnahme an der notwendigen Qualitätssicherung einschließlich der Verwendung der hierfür notwendigen Versichertendaten zum Zweck der Qualitätssicherung verbindlich sein. Die gesetzlichen Regelungen verlangen eine umfassende Information der Versicherten, die ihnen eine eigenverantwortliche Entscheidung über die Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme ermöglichen soll. In diesem Zusammenhang wird der Versicherte auch über die Notwendigkeit und den Umfang der zentralen personenbezogenen Datenerfassung zum Zweck der Qualitätssicherung aufgeklärt. Eine informierte Entscheidung über die Teilnahme an einem organisierten Früherkennungsprogramm umfasst zwangsläufig auch die Zustimmung zur Verwendung personenbezogener Daten zum Zweck der Qualitätssicherung. Im Gegensatz zu anderen Qualitätssicherungsverfahren wird bei organisierten Früherkennungsprogrammen Patienten die Möglichkeit eingeräumt, schriftlich einer Verwendung ihrer Daten zu widersprechen. Es ist unklar, ob unter diesen Voraussetzungen eine aussagekräftige Qualitätssicherung möglich sein wird. Eine zuverlässige Qualitätssicherung wäre gerade bei Früherkennungsuntersuchungen für gesunde Personen unbedingt notwendig.

Für das Mammographie-Screening, das bereits als organisiertes Früherkennungsprogramm auf der Grundlage der Europäischen Leitlinien erfolgreich implementiert wurde, ist eine entsprechende klarstellende Regelung im Sinne eines Bestandsschutzes erforderlich. Aufgrund der mit der Mammographie verbundenen Exposition mit ionisierender Strahlung waren besondere Strukturen (Screening-Einheiten) und eine umfassende Qualitätssicherung und Evaluation notwendig.

C) Änderungsvorschlag

§ 25a Abs. 3 wird wie folgt geändert:

Satz 2 wird gestrichen. Es wird ein neuer Satz eingefügt: „Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in einer Richtlinie Inhalte, Datenflüsse, Vergütung und wissenschaftliche Begleitung der Machbarkeitsprüfung fest.“

In § 25a Abs. 4 werden Satz 5 und 6 wie folgt geändert:

„Für die Datenerhebungen, -verarbeitungen und -nutzungen zum Zwecke der Qualitätssicherung nach Absatz 1 Satz 2 Nummer 4 gilt § 299. Ein Abgleich der Daten nach Satz 4 und der Daten, die nach § 299 zum Zwecke der Qualitätssicherung an eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss bestimmte Stelle übermittelt werden, mit Daten der epidemiologischen oder klinischen Krebsregister ist unter Beachtung der landesgesetzlichen Vorschriften zulässig.“



In § 25a Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

„Bei Untersuchungen nach § 25 Abs. 2, die bereits vor dem (Datum des Inkrafttretens) als organisierte Früherkennungsprogramme auf der Grundlage Europäischer Leitlinien angeboten werden, kann von den Regelungen in § 25a Abs. 4 abgewichen werden.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3 a)

§ 62 Abs. 1 Belastungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Änderung wird die Gewährung einer reduzierten Belastungsgrenze in Höhe von 1 v. H. im Falle einer Krebserkrankung künftig nicht mehr von der Voraussetzung abhängig gemacht, die regelmäßige Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen vor Eintritt der entsprechenden Krebserkrankung (durch den Gemeinsamen Bundesausschuss „umgewandelt“ in eine einmalige Beratung über die Chancen und Risiken der für diese Krebserkrankung vorgesehenen Krebsfrüherkennungsuntersuchung) nachzuweisen.

Darüber hinaus ist vorgesehen, dass die Krankenkassen auf den jährlichen Nachweis über die weitere Dauer der chronischen Erkrankung verzichten können, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen (Nr. 3a, Buchstabe cc).

B) Stellungnahme

Der Vorschlag zur Streichung der zusätzlichen Voraussetzung zur Absenkung der Belastungsgrenze sowie zum Verzicht auf den jährlichen Nachweis der chronischen Erkrankung wird begrüßt.

Die alleinige Streichung der in § 62 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V benannten Voraussetzung greift allerdings zu kurz. Erforderlich ist ebenfalls das Streichen der in § 62 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 SGB V benannten Bedingung (Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V) zur Absenkung der Belastungsgrenze.

Die Regelung gelangt derzeit faktisch nicht zur Anwendung. So kam der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) bei der Erarbeitung der vorgesehenen Richtlinie zur Umsetzung der Malusregelung zu dem Ergebnis, dass weder eine "zwingende Teilnahme" an allen zum damaligen Zeitpunkt von der GKV angebotenen Früherkennungsuntersuchungen, noch eine Teilnahmepflicht für die nach derzeitigem Kenntnisstand am besten belegten Früherkennungsuntersuchungen empfohlen werden könne. Weiterhin stellte der G-BA fest, dass aufgrund der fehlenden oder unsicheren Datengrundlage zu Chancen und Risiken der Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V keine Empfehlung für eine obligatorische Beratung gegeben werden könne. Zusätzlich stelle sich aufgrund des fehlenden Indikationsbezuges bei einer schwerwiegenden chronischen Erkrankung die Frage der Verhältnismäßigkeit einer solchen Regelung (vgl. Tragende Gründe zum Beschluss des G-BA über eine Änderung der Richtlinien zur Definition schwerwiegender chronischer Erkrankungen im Sinne des § 62 SGB V: Ausnahmen für die Pflicht zur Teilnahme an Gesundheits- und Krebsfrüherkennungsuntersuchungen vom 19. Juli 2007).



Darüber hinaus können die in der vorliegenden Begründung angeführten Argumente zur Streichung der in § 62 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V benannten Voraussetzung (Untersuchungsrisiken, Konsequenzen falsch-negativer oder falsch-positiver Testbefunde, invasive Abklärungsuntersuchungen, Diagnose/Behandlung von Erkrankungen, von denen die Person ohne die Früherkennung in ihrem Leben nie etwas gemerkt hätte) ebenfalls für die Vorsorgeuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V einschlägig sein. Ebenso kann etwa auch im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung nach § 25 Abs. 1 SGB V ein bestehendes Krebsrisiko erhoben und im weiteren Verlauf der Abklärung eine Krebserkrankung festgestellt werden. Des Weiteren gilt auch für die Gesundheitsuntersuchungen nach § 25 Abs. 1 SGB V, dass eigenverantwortlich durch den Versicherten über eine Teilnahme an diesen Untersuchungen entschieden werden sollte.

Die geplante Änderung, wonach die Krankenkassen auf den jährlichen Nachweis über die weitere Dauer der chronischen Erkrankung verzichten können, wenn bereits die notwendigen Feststellungen getroffen worden sind und im Einzelfall keine Anhaltspunkte für einen Wegfall der chronischen Erkrankung vorliegen, entspricht im Ergebnis den Verfahrensgrundsätzen der Krankenkassen zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 4./5. Oktober 2010. Die gesetzliche Klarstellung wird begrüßt.

C) Änderungsvorschlag

In § 62 Abs. 1 werden die Sätze 3, 4, 5 und 9 gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)
Nr. 3 b)

§ 62 Abs. 2 Belastungsgrenze

A) Beabsichtigte Neuregelung

Bei der geplanten Änderung handelt es sich um redaktionelle Folgeänderungen aufgrund des mit dem Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch neu eingeführten Begriffs des Regelbedarfs.

Des Weiteren soll zukünftig ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V auch dann angenommen werden, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine stationäre Pflegeeinrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI aufgenommen wurde (Nr. 3b, Buchstabe cc).

B) Stellungnahme

Die durch das Gesetz zur Ermittlung von Regelbedarfen und zur Änderung des Zweiten und Zwölften Buches Sozialgesetzbuch notwendig gewordenen redaktionellen Folgeänderungen in § 62 Abs. 2 Satz 5 und 6 SGB V werden begrüßt und unterstützt.

Zur geplanten Neuregelung, nach der ein gemeinsamer Haushalt im Sinne des § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V auch dann angenommen werde, wenn ein Ehegatte oder Lebenspartner dauerhaft in eine stationäre Pflegeeinrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI aufgenommen wurde, ist anzumerken, dass der Begriff des gemeinsamen Haushalts im Sinne des § 62 Abs. 2 Satz 1 SGB V von den seinerzeitigen Spitzenverbänden der Krankenkassen in der Vergangenheit regelmäßig folgendermaßen definiert wurde:

„Ein gemeinsamer Haushalt setzt voraus, dass mehrere Familienangehörige im Sinne des § 62 SGB V ihren Wohnsitz zusammen an der gleichen Stelle (Haus, Wohnung) begründet haben und in einer Wirtschaftsgemeinschaft leben. Einen Wohnsitz hat jemand dort, wo er eine Wohnung unter Umständen innehat, die darauf schließen lassen, dass er die Wohnung beibehalten und benutzen wird (§ 30 Abs. 3 Satz 1 SGB I). Dies bedeutet, dass ein vorübergehendes Wohnen außerhalb des gemeinsamen Haushalts nicht zu dessen endgültiger Auflösung führt. Ein gemeinsamer Haushalt kann grundsätzlich immer dann unterstellt werden, wenn sich Ehegatten/Lebenspartner, sonstige Angehörige oder Kinder zwar vorübergehend nicht in dem gemeinsamen Haushalt aufhalten, dort jedoch noch einen Erst- oder Zweitwohnsitz haben.“ Diese Definition fand auch Eingang in die „Verfahrensgrundsätze zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 4./5. Oktober 2010“, der alle Krankenkassen beigetreten sind. Vor diesem Hintergrund wurde bislang kein gemeinsamer Haushalt angenommen, sofern ein Ehegatte oder Lebenspartner in einem Heim untergebracht ist.



Die vorgeschlagene Neuregelung durchbricht die bisherige Definition des gemeinsamen Haushalts, die sich an der bestehenden Rechtsprechung auch zu anderen Vorschriften des SGB V anlehnt und führt zu Rechtsunsicherheiten.

Die Neuregelung würde dazu führen, dass in Fällen, in denen die Unterbringungskosten durch den Sozialhilfeträger ganz oder teilweise getragen werden, die niedrigere Belastungsgrenze in Höhe des Regelsatzes auch für den anderen Ehepartner/Lebenspartner gilt, der damit besser im Vergleich zur derzeit bestehenden Rechtslage gestellt wird, da sich die bestehende finanzielle Situation nicht mehr in der Belastungsgrenze widerspiegelt.

Andererseits kann die Regelung auch zu einer Schlechterstellung des in der Pflegeeinrichtung gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI untergebrachten Ehegatten/Lebenspartners im Sinne des LPartG führen. So wäre eine Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V für die in der Pflegeeinrichtung gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI untergebrachte Person in den Fällen nicht oder erst zu einem späteren Zeitpunkt zu erreichen, in denen ein Träger der Sozialhilfe die Kosten für die Unterbringung aufgrund des vorhandenen hohen Einkommens der Ehegatten/Lebenspartner nicht trägt und die trotz Berücksichtigung des Angehörigenfreibetrages nunmehr höhere Belastungsgrenze nicht oder später erreicht wird, da „nur“ die in der Pflegeeinrichtung gemäß § 71 Abs. 2 SGB XI untergebrachte Person Zuzahlungen leistet.

Zudem bezieht sich die Regelung lediglich auf Personen, die in eine stationäre Pflegeeinrichtung nach § 71 Abs. 2 SGB XI aufgenommen worden sind. Personen die in einem Heim leben, das die Voraussetzungen nach § 71 Abs. 2 SGB XI nicht erfüllt, werden jedoch nicht erfasst, obwohl auch in diesen Fällen – trotz räumlicher Trennung – nach wie vor eine wirtschaftliche Gemeinschaft und Unterhaltspflicht besteht.

Darüber hinaus könnte die gemeinsame Beurteilung zukünftig auch von Eltern eingefordert werden, deren familienversichertes Kind einen alleinigen Wohnsitz am Studienort hat, um den Angehörigenfreibetrag anrechnen lassen zu können und somit im Ergebnis die Belastungsgrenze zu reduzieren.

Es ist zu erwarten, dass die Betroffenen die Umsetzung der Regelung im jeweiligen Bedarfsfall auch für sich einfordern werden, sodass hier Rechtsunsicherheiten zu erwarten sind.

Die in den Verfahrensgrundsätzen zur Vorschrift über die Erstattung bzw. Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen gemäß § 62 Abs. 1, 2 und 3 SGB V vom 4./5. Oktober 2010 vereinbarten Umsetzungsregelungen stellen eine einheitliche Leistungspraxis unter Berücksichtigung der tatsächlichen Finanzsituation betroffener Ehegatten/Lebenspartner sicher. Auf gesetzliche Änderungen, die sich zum Teil nachteilig für die Versicherten auswirken und noch dazu Fragen in Bezug auf die Übertragung auf vergleichbare andere Sachverhalte aufwerfen, sollte verzichtet werden.

C) Änderungsvorschlag

Streichung der beabsichtigten Neuregelung (Nr. 3b, Buchstabe cc).



Weitergehender Änderungsbedarf zu § 62 SGB V

§ 62 Abs. 1 Satz 7 SGB V - Therapiegerechtes Verhalten

A) Regelungsbedarf

Die jährliche Bescheinigung über das weitere Vorliegen einer schwerwiegenden Erkrankung darf nur ausgestellt werden, wenn der Arzt ein therapiegerechtes Verhalten des Versicherten, beispielsweise durch Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f SGB V, feststellt. Dies gilt nicht für Versicherte, denen das Erfüllen dieser Voraussetzungen nicht zumutbar ist, insbesondere wegen des Vorliegens von Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II und III nach dem SGB XI oder bei einem Grad der Behinderung von mindestens 60.

Durch die von Gesetzes wegen erwartete Prüfung des Arztes wird das Vertrauensverhältnis des Patienten gestört. In der Kassenpraxis sind auch keine Fälle bekannt, in denen das therapiegerechte Verhalten durch den Arzt nicht bestätigt wurde, was die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in ihrer Stellungnahme zum GKV-WSG geäußerte Aussage bestätigt, dass eine kritische Auseinandersetzung und Prüfung des Vorliegens eines „therapiegerechten Verhaltens“ nicht stattfindet. Die der Regelung zugrunde liegende Annahme, Heilungserfolge sichern zu können, trifft somit offensichtlich nicht zu.

Dementsprechend sollte die Regelung zum Nachweis des therapiegerechten Verhaltens gestrichen werden. Dies würde zu einer Entbürokratisierung bei Ärzten und Krankenkassen führen. Ferner wird § 62 SGB V der ärztlichen Praxis entsprechend verschlankt und lesbarer, ohne dass sich nachteilige Auswirkungen auf die Leistungspraxis der Krankenkassen ergeben.

B) Änderungsvorschlag

In § 62 Absatz 1 werden die Sätze 7 und 8 gestrichen.



§ 62 Abs. 2 SGB V - Begriff des Angehörigen

A) Regelungsbedarf

Der Personenkreis der Angehörigen im Sinne des § 62 Abs. 2 SGB V wurde von den Spitzenverbänden der Krankenkassen in der Vergangenheit regelmäßig dahingehend definiert, dass Ehegatten/Lebenspartner im Sinne des LPartG generell, Kinder jedoch nur dann berücksichtigt werden, wenn sie die Voraussetzungen nach § 10 SGB V erfüllen. Diese Auslegung wurde bestätigt durch eine Antwort der Bundesregierung auf eine parlamentarische Anfrage zu (jetzt) § 62 SGB V vom 31. Mai 1989. Danach ist bei der Definition des Begriffes „Angehöriger“ im Sinne des (jetzt) § 62 SGB V die Anwendung des § 10 SGB V sachgerecht. Letztlich hat das BMGS mit Schreiben vom 4. Juli 2005 gegenüber dem BVA die Auslegung der Spitzenverbände der Krankenkassen für nachvollziehbar und praxisgerecht gehalten, zumal diese das geltende Recht vor dem Hintergrund sozialer Aspekte auslegt, ohne dabei den Regelungsgehalt des § 62 SGB V zu verfälschen.

Dieser Auffassung ist das BSG im Urteil vom 26. Juni 2007 – B 1 KR 41/06 R – nicht gefolgt. Die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich in Anbetracht dieser Rechtsprechung dafür ausgesprochen, dass nicht mehr allein auf das Vorhandensein einer Familienversicherung nach § 10 SGB V abgestellt werden kann. Vielmehr sei es angezeigt, im Rahmen der Berechnung der Belastungsgrenze nach § 62 SGB V den Kinderfreibetrag für alle Kinder bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres zu berücksichtigen, sofern diese im gemeinsamen Haushalt leben. Für Kinder nach Vollendung des 18. Lebensjahres sei die Berücksichtigung des Kinderfreibetrages zusätzlich an das Vorliegen einer Familienversicherung nach § 10 SGB V zu knüpfen.

Im Interesse der Rechtsklarheit sollte § 62 SGB V entsprechend gefasst werden, zumal der Bundesrechnungshof am 26. Juni 2009 und die Aufsichtsbehörden der Sozialversicherungsträger bereits auf ihrer Arbeitstagung vom 24. bis 26. April 2002 eine gesetzliche Klarstellung anregten.

Zudem bedarf der im Gesetzestext bislang enthaltene Begriff „Angehörige“ einer gesetzlichen Klarstellung, um Interpretationsspielräume und damit unterschiedliche Anwendungen und Rechtsstreitigkeiten abzuwenden. Eine weitergehende Auslegung des Begriffes „Angehöriger“ würde dazu führen, dass die sozialpolitisch erwünschte Aufnahme von hilfsbedürftigen Angehörigen in den Haushalt des Versicherten erschwert oder verhindert würde, weil der Versicherte mit seinem Einkommen dann auch für die von diesen Personen zu leistenden Zuzahlungen einstehen müsste.

Über 80 Prozent der von der Zuzahlungspflicht Befreiten sind Rentner. Wären alle verwandten und verschwägerten Personen als Angehörige zu berücksichtigen, müsste für diese Gruppe ermittelt werden, ob sie mit dem Antragsteller in einem gemeinsamen Haushalt lebt und wie hoch ihr Einkommen ist. Dies gilt dann auch für die erwachsenen Kinder, die nach Auffassung der Aufsichtsbehörden und eventuell auch des BSG ebenfalls einbezogen werden müssten. Es käme damit ein erheblicher Verwaltungsaufwand auf die Krankenkassen zu, denn derzeit können sich Rentner wegen ihres relativ gleich bleibenden Einkommens meist bereits zu Anfang des Jahres gegen Vorauszahlung ihrer individuellen Belastungsgrenze von der Zuzahlung befreien lassen. Auch wäre



der Zuzahlungsbetrag der Familie in der Regel höher. Dabei würden insbesondere Familien belastet, bei denen sich nur die verrenteten Eltern von der Zuzahlung befreien lassen wollen, während die Kinder gar keine oder nur geringe zuzahlungspflichtige Leistungen in Anspruch nehmen. Erwachsene Kinder, die ihre Eltern – sozialpolitisch erwünscht – in ihren Haushalt aufgenommen haben, würden dann für die Zuzahlungen ihrer Eltern herangezogen (vgl. auch Prüfbericht des Bundesrechnungshofes vom 26. Juni 2009).

Zur Klarstellung des gesetzlich Gewollten ist daher in § 62 Abs. 2 SGB V zu regeln, dass sich der Kreis der Angehörigen ausschließlich auf den Ehegatten/Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes, der minderjährigen oder nach § 10 SGB V bzw. § 7 KVLG 1989 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der nach § 7 Abs. 2 KVLG 1989 versicherten sonstigen Angehörigen und der nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 KVLG 1989 versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, erstreckt. Das geltende Recht würde durch eine solche Neuregelung vor dem Hintergrund sozialer Aspekte konkretisiert, ohne dabei den Regelungsgehalt des § 62 SGB V zu beeinträchtigen.

B) Änderungsvorschlag

a) In § 62 Abs. 2 Satz 1 werden die Wörter „der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und Lebenspartners jeweils zusammengerechnet“ durch die Wörter „des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners, der minderjährigen oder nach § 10 versicherten Kinder des Versicherten, seines Ehegatten oder Lebenspartners und der Angehörigen im Sinne des § 8 Abs. 4 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte jeweils zusammengerechnet, soweit sie im gemeinsamen Haushalt leben“ ersetzt.

b) Dem § 8 des Zweiten Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte wird nachfolgender Absatz angefügt:

„(4) Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen nach § 62 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch werden neben den dort genannten Personen auch Versicherte nach § 7 sowie die nach § 2 Abs. 1 Nr. 3 versicherungspflichtigen mitarbeitenden Familienangehörigen, die nicht rentenversicherungspflichtig sind, als Angehörige berücksichtigt.“



§ 62 Abs. 2 SGB V - Kinder-/Angehörigenfreibetrag

A) Regelungsbedarf

Bei der Ermittlung der Belastungsgrenzen werden die Zuzahlungen und die Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt der mit dem Versicherten im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen des Versicherten und des Lebenspartners jeweils zusammengerechnet. Seit dem 1. Januar 2004 sieht § 62 SGB V eine Verknüpfung mit einer in ihrer Anwendung nicht ganz deutlichen Vorschrift aus dem Steuerrecht vor. Danach sind für jedes Kind des Versicherten und des Lebenspartners die jährlichen Bruttoeinnahmen um den sich nach § 32 Abs. 6 Satz 1 und 2 EStG ergebenden Betrag zu vermindern.

Obwohl der amtlichen Begründung (Bundestags-Drucksache 15/1525 S. 95) und darauf basierenden Mitteilung des BMGS vom 7. April 2004 zu entnehmen war, dass (lediglich) der zu verdoppelnde Kinderfreibetrag für das sächliche Existenzminimum anzusetzen ist, hat das BSG im Urteil vom 30. Juni 2009 – B 1 KR 17/08 R – unter Hinweis auf den anders lautenden Gesetzeswortlaut auch den Ansatz des Freibetrages für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf verlangt.

Aus den Randziffern 15 und 19 des Urteils kann aber auch geschlossen werden, dass der Ansatz des doppelten Kinderfreibetrages einschließlich des doppelten Freibetrages für den Betreuungs- und Erziehungs- oder Ausbildungsbedarf nur bei steuerlich zusammen veranlagten, im gemeinsamen Haushalt lebenden Eltern in Betracht kommt.

Die Umsetzung dieser Rechtsprechung hätte somit bei den meisten Alleinstehenden mit Kindern eine höhere Belastungsgrenze zur Folge. Ferner lägen die Freibeträge für Kinder steuerlich zusammen veranlagter Eltern um mehr als 50 Prozent über den Freibeträgen für Ehegatten/Lebenspartner, was auch schon das BSG in seinem Urteil vom 30. Juni 2009 als problematisch erkannt hat. Beachtlich ist auch der außergewöhnliche kassenseitige Prüfaufwand, ob lediglich der einfache Kinderfreibetrag anzusetzen ist. Diese Prüfung dürfte auch von den betroffenen Versicherten als störend empfunden werden, weil sie sehr in die persönlichen Verhältnisse eindringen würde. Außerdem würden nachträgliche Änderungen oder Verzögerungen in der Zuzahlungsbestimmung eintreten, weil sich die steuerlichen Verhältnisse im Laufe eines Jahres verändern können und letztlich erst im Nachhinein durch den Steuerbescheid geklärt sind – sofern überhaupt einer ergeht.

Zur Gleichbehandlung aller Angehörigen ist in § 62 Abs. 2 Satz 2 SGB V zu regeln, dass die jährlichen Bruttoeinnahmen für die im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen generell um 15 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch zu vermindern sind. Hierdurch wird eine Gleichbehandlung aller Angehörigen erreicht.



B) Änderungsvorschlag

§ 62 Abs. 2 Satz 2 wird wie folgt gefasst:

„Hierbei sind die jährlichen Bruttoeinnahmen für jeden im gemeinsamen Haushalt lebenden Angehörigen nach Satz 1 um 15 v. H. der jährlichen Bezugsgröße nach § 18 des Vierten Buches zu vermindern.“

Satz 3 wird gestrichen.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 4

§ 65c Klinische Krebsregister

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der geplanten Einfügung des Paragraphen werden die Länder zur Einrichtung klinischer Krebsregister verpflichtet, die Aufgaben und Anforderungen klinischer Krebsregister benannt und die Finanzierung klinischer Krebsregister geregelt. Darüber hinaus werden der GKV-Spitzenverband respektive die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) dazu verpflichtet, als Förderer klinischer Krebsregister die entsprechenden Fördervoraussetzungen zu entwickeln und die Förderung zu prüfen. Weiterhin wird der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zur Zusammenarbeit mit klinischen Krebsregistern verpflichtet und erhält den Auftrag, bundesweite Auswertungen der Registerdaten durchführen zu lassen. Der GKV-Spitzenverband soll alle fünf Jahre über die Entwicklung klinischer Krebsregister und der onkologischen Versorgung berichten.

Die Neuregelung sieht weiterhin vor, dass der Gemeinsame Bundesausschuss bis zum 31. Dezember 2013 eine Angleichung der für die Zulassung strukturierter Behandlungsprogramme für Brustkrebs nach § 137f Absatz 2 Nummer 5 (DMP-Brustkrebs) geregelten Dokumentationsanforderungen an den bundesweit einheitlichen Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzende Module vornimmt. Zudem sollen Leistungserbringer, die an einem DMP-Brustkrebs in koordinierender Funktion teilnehmen, die in dem Programm für die Annahme der Dokumentationsdaten zuständige Stelle mit der Meldung der entsprechenden Daten an das klinische Krebsregister beauftragen können, wenn der Versicherte nach umfassender Information hierin schriftlich eingewilligt hat. In diesem Fall kann der Leistungserbringer keine Meldevergütung von dem jeweiligen klinischen Krebsregister erhalten.

B) Stellungnahme allgemein

Klinische Krebsregister haben eine Vielzahl von Aufgaben und Adressaten: externe Qualitätssicherung, internes Qualitätsmanagement, Versorgungsforschung, Unterstützung bei Zertifizierungen, Unterstützung bei Ressourcenplanung etc. Statt der pauschalen Finanzierungsverpflichtung der GKV sollten alle Verantwortlichen und Nutzer klinischer Krebsregister bei der finanziellen Sicherstellung regelhaft beteiligt werden. Im vorliegenden Gesetzentwurf wird bei der Finanzierung nicht nach den Nutzern der klinischen Krebsregisterdaten unterschieden. Dagegen wird bei der Aufgabenbeschreibung auf die Unterstützung der Krebszentren, die Schaffung von Transparenz in der onkologischen Versorgung und die Datenerfassung für die epidemiologischen Krebsregister durch klinische Krebsregister verwiesen (Absatz 1). Damit wird deutlich, dass über die gesetzliche Krankenversicherung auch versicherungsfremde Leistungen finanziert werden sollen, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der GKV fallen. Dies wird abgelehnt. Dass weitere forschungsbasierte Institutionen die Möglichkeit einer Datennutzung erhalten können, erscheint



gerechtfertigt, allerdings kann es nicht Aufgabe der Versichertengemeinschaft sein, weitere Forschungsinteressen pauschal durch die Förderung klinischer Krebsregister zu finanzieren. Hier bedarf es einer Regelung hinsichtlich der Sekundärdatennutzung einschließlich Nutzungsentgelten.

Zehn Prozent der Versicherten sind privat versichert. Die freiwillige Beteiligung der privaten Krankenversicherung erscheint in diesem Zusammenhang nicht ausreichend. Da diese Versicherten-Gruppe gleichermaßen von der Existenz klinischer Krebsregister profitiert, sollte der Gesetzgeber prüfen, inwieweit auch die private Krankenversicherung zu einer anteiligen Finanzierung verpflichtet werden kann.

Die vorgeschlagenen Regelungen zur konkreten Ausgestaltung der intendierten flächendeckenden klinischen Krebsregister sind für die Sicherstellung des Funktionierens der Register im Sinne der Intentionen des Gesetzgebers teilweise ungeeignet. Deshalb besteht die Gefahr, dass es zu einer erheblichen finanziellen Belastung des Beitragszahlers kommt, ohne dass der entsprechende Nutzen im Sinne einer Verbesserung der Versorgungsqualität erreicht wird. Nach dem Gesetzentwurf wird eine fünfjährige Übergangsphase eingeräumt, wodurch jedem klinischen Krebsregister pauschal eine Förderung gewährt werden muss, ohne dass dessen aktuelle und perspektivische Funktionsfähigkeit berücksichtigt wird. Damit werden Ausgaben für die GKV normiert, ohne einen Nutzen sicherzustellen und ohne die zielgerichtete Umstrukturierung der Registerlandschaft im Blick zu haben.

Die fehlende Zweckbestimmung der Datenerfassung macht zudem deutlich, dass nicht zwischen Daten für die externe Qualitätssicherung und einer Datenerfassung z. B. für Fragen der klinischen Forschung, Versorgungsforschung, interne Qualitätssicherungsprojekte der Leistungserbringer oder zur Gesundheitsberichterstattung unterschieden wird, die nach dem Gesetzentwurf gleichermaßen mit Mitteln der GKV finanziert werden sollen. Die für die Aussagekraft und die Kostenwirkungen zentrale Festlegung der Dokumentationsanforderungen an den bundesweit einheitlichen Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzende Module erfolgt unabhängig vom Gemeinsamen Bundesausschuss. Die Beitragszahler werden insofern für die Finanzierung von Dokumentationen herangezogen, die nicht von der gemeinsamen Selbstverwaltung gestaltet und beschlossen worden sind.



B) Stellungnahme zu § 65c Abs. 1

Dass die Länder zur Einrichtung behandlungsortbezogener klinischer Krebsregister und einer möglichst vollzähligen Datenerfassung sowie einem einheitlichen Datensatz verpflichtet werden, ist zu begrüßen. Auf diese Weise wird eine Harmonisierung der Registerlandschaft angestoßen, die den Nutzen klinischer Krebsregister erhöht. Allerdings sollte vor einer verbindlichen Festlegung des Basisdatensatzes begründet werden, weshalb welche Daten erfasst werden sollen. Für eine datensparsame Dokumentation und zur Vermeidung unnötiger Bürokratiekosten müssen Ziel und Nutzen der Datenerfassung dargelegt werden. Dabei sind an die Begründung von Dokumentationsverpflichtungen die gleichen Anforderungen anzulegen, wie sie auch im Rahmen von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses gelten. Der Basisdatensatz ist generischer Art. Darüber hinaus gibt es organspezifische Module, wie beispielsweise für das Mamakarzinom. Ein Modul zur Abbildung des kolorektalen Karzinoms befindet sich derzeit in der Entwicklung. Die Begründung für die Dokumentationsverpflichtung muss auch für krebspezifische Zusatzmodule getroffen werden.

Die Zuständigkeit für Qualitätssicherung nach §137 SGB V liegt beim G-BA. Wenn die klinischen Krebsregister, d. h. faktisch Leistungserbringer, über den Basisdatensatz Qualität alleine definieren, wäre das ein deutlicher Rückschritt gegenüber der Qualitätssicherung der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen sowie Patientenvertreterinnen und -vertretern.

Die Bundesländer verpflichten sich, die Bedingungen für eine möglichst vollzählige Registrierung zu schaffen. Für die Daten der epidemiologischen Krebsregister ist die Meldepflicht in den entsprechenden Ländergesetzen festgelegt. Für Daten, die darüber hinaus im Basisdatensatz der klinischen Krebsregister enthalten sind, bedarf es dagegen einer Einwilligung der Versicherten, wodurch die Vollzähligkeit nur eingeschränkt erreicht werden kann. Damit wären die Daten für eine Qualitätssicherung nach den Maßstäben des G-BA nicht geeignet. Die bisherige Formulierung, dass eine klinische Krebsregistrierung „möglichst vollzählig“ erfolgen soll, ist nicht ausreichend. Neben der datenschutzrechtlichen Grundlage für eine vollzählige Erfassung im sektorenübergreifenden Langzeitverlauf ist deshalb die bundesweite Verpflichtung der Leistungserbringer zur vollständigen Dokumentation notwendig, um die angestrebte Vollzähligkeit sicherzustellen. Andernfalls werden nur Rahmenbedingungen geschaffen, die nicht verpflichtend ausgefüllt werden. Die Haltung paralleler Datenstrukturen wäre erneut die Folge, wenn nicht grundsätzlich auf einen möglichst vollzähligen Datensatz zurückgegriffen werden kann.



C) Änderungsvorschlag zu § 65c Abs. 1

In § 65c nach Absatz 1 Satz 2 wird eingefügt:

„Der bundesweit einheitliche Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft epidemiologischer Krebsregister in Deutschland einschließlich krebspezifischer Zusatzmodule wird nach Darlegung des Ziels und des Nutzens der Dokumentationsparameter durch den Gemeinsamen Bundesausschuss genehmigt. Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren hat dem Gemeinsamen Bundesausschuss jährlich erstmals zum 31.12.2013 den bundesweit einheitlichen Datensatz zur Genehmigung vorzulegen. Hierbei ist für die zu erfassenden Daten zu begründen, zu welchem Zweck sie erhoben werden sollen und welche Qualitätsziele mit ihnen verfolgt werden. Die auf den Daten basierenden Qualitätsindikatoren sind ausführlich zu begründen. Bis 30.6. eines Jahres kann der Gemeinsame Bundesausschuss die Änderung des bundesweit einheitlichen Datensatzes verlangen. Die Umsetzung der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Änderung des bundesweit einheitlichen Datensatzes ist eine Voraussetzung für die Förderfähigkeit der klinischen Krebsregister nach Absatz 4 Satz 1. Die am Behandlungsprozess beteiligten Leistungserbringer in den verschiedenen Disziplinen sind verpflichtet, die Daten gemäß dem bundesweit einheitlichen Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzende Module zu dokumentieren und an das für sie zuständige klinische Krebsregister zu melden, welches nach Absatz 4 Satz 1 gefördert wird.“



B) Stellungnahme zu § 65c Abs. 2

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die GKV auf der Grundlage von zu definierenden Kriterien den Betrieb klinischer Krebsregister fördert. Dabei sollen sowohl regionale als auch zentrale Strukturen gefördert werden. Grundsätzlich wäre eine bundesweite Zentralisierung der Strukturen kosten- und datentechnisch am effizientesten. Vor dem Hintergrund der landesrechtlichen Fundierung der klinischen Krebsregister und der gewachsenen Strukturen, ist mindestens eine zentrale Datenzusammenführung auf Ebene der Bundesländer notwendig, um bundeslandweite und bundeslandübergreifende Auswertungen durchführen zu können. Eine zentrale Zusammenführung erhöht zudem deutlich die Datenqualität, nicht zuletzt durch eine vollständige und konsistente Verlaufserfassung. Das Bestehen vieler kleiner Krebsregister hat kleine Einzugsgebiete zur Folge, die wirtschaftlich zu hinterfragen sind (s. a. Hinweis im Gesetzentwurf zum geringen Aufwand-Nutzen-Verhältnis bei einem Einzugsgebiet unter 2 Mio. Einwohner). Folglich sollte pro Bundesland ein klinisches Krebsregister etabliert werden, welches die genannten Förderkriterien zu erfüllen hat, um die angedachte Förderpauschale zu erhalten. In Stadtstaaten und Ländern mit geringen Einwohnerzahlen müssen länderübergreifende Kooperationen etabliert werden. Davon unbenommen liegt es im Ermessen eines jeden Bundeslandes weitere Register zu betreiben, deren Aufgabenspektrum anders definiert wird (z. B. als Datenlieferanten an das Zentralregister, Unterstützung von Organkrebszentren bei der Zertifizierung) und die nicht Adressaten der Förderungsoption sind. Die Strukturierung der Registerlandschaft über die Förderung der gesetzlichen Krankenkassen vorzunehmen, kann nur eingeschränkt erfolgreich sein, da sie auch nach Inkrafttreten der Förderkriterien einem dynamischen Entwicklungsprozess unterliegen wird. Die Definition, welche Register für die flächendeckende, behandlungsortbezogene Tumordokumentation in einem Bundesland zuständig ist, ist unabdingbare Voraussetzung für eine anschließende Förderung nach weiteren Kriterien. Um dem Ziel einer bundesweit einheitlichen klinischen Krebsregistrierung durch effiziente und datensparsame Strukturen näher zu kommen, muss deshalb die Strukturierung der Registerlandschaft an dieser Stelle per Gesetz geregelt werden. Andernfalls ist zu befürchten, dass dysfunktionale Strukturen mit eingeschränkt nutzbaren Daten fortbestehen.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass neben lokalen Registrierungen eine übergeordnete Vertretung zur Koordinierung, zur zusammenführenden Aufbereitung und für Weiterentwicklungen von großem Vorteil sind (s. Großbritannien). So muss bei der Neustrukturierung in Deutschland auch darüber nachgedacht werden, ob auch hier eine entsprechende Institution etabliert werden muss, die die Länderdaten abschließend zusammenführt, prüft und aufbereitet, um damit die Qualität eines bundesweiten Datensatzes zu erhöhen. Auch der Bereich der epidemiologischen Krebsregistrierung hat gezeigt, dass eine bundeslandübergreifende Stelle zur Datenzusammenführung und -auswertung für eine bundeslandübergreifende Vergleichbarkeit der Ergebnisse länderspezifisch erhobener Daten von großem Vorteil ist.



C) Änderungsvorschlag zu § 65c Abs. 2

In § 65c wird Absatz 2 Satz 1 wie folgt geändert:

„Die Krankenkassen fördern anteilig den Betrieb eines zentralen klinischen Krebsregisters pro Bundesland nach Absatz 1 durch die Zahlung einer Pauschale nach Absatz 4 Satz 2 bis 4. Länder-
überschreitende Kooperationen sind möglich. Die Länder richten bis zum 31.12.2013 eine bundeslandübergreifende Institution zur Datenzusammenführung und Datenauswertung auf Bundes-
ebene ein.“



B) Stellungnahme zu § 65c Abs. 3

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass der GKV-Spitzenverband bei der Erarbeitung der Förderkriterien die maßgeblich in die Versorgung onkologischer Erkrankungen involvierten Organisationen einbindet. Hierbei sind insgesamt elf zu beteiligende Organisationen aufgeführt. Unabhängig davon, dass eine konstruktive Beteiligung aufgrund der z. T. sehr unterschiedlichen Interessen mitunter langwierig werden kann, wird durch die neu aufgenommene Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften nochmals das Interesse der Forschung an einem bundesweit einheitlichen Datensatz deutlich. Wenn 90 Prozent der Förderung durch die gesetzlichen Krankenkassen erfolgen soll, muss die Ausrichtung klinischer Krebsregister bzw. deren Registerdaten schwerpunktmäßig im Bereich der Qualitätssicherung liegen. Eine umfassende Beteiligung aller Nutzer verstärkt den Konflikt zwischen den verschiedenen Interessen auf der einen Seite und der hauptsächlichlichen Finanzierung durch die GKV. Die Nutzung der klinischen Krebsregister durch die Wissenschaft muss in einem anderen Kontext als bei der Entwicklung der Förderkriterien diskutiert werden.

C) Änderungsvorschlag zu § 65c Abs. 3

In § 65c Abs. 3 wird Punkt 9 gestrichen.



B) Stellungnahme zu § 65c Abs. 4

Der Gesetzentwurf sieht für jede verarbeitete Erstmeldung eine Krebsregisterpauschale in Höhe von 94 Euro vor. Wie diese Pauschale zustande kommt, bleibt intransparent. Für die GKV ist es wichtig, offenzulegen, wofür jährlich ca. 46 Mio. € an Versichertengeldern ausgegeben werden sollen und wie sich deren Berechnung zusammensetzt. Folglich sollten die klinischen Krebsregister eine transparente Kalkulation ihrer jährlichen Kosten erstellen, auf deren Basis der GKV-Spitzenverband eine Pauschalvergütung für jede verarbeitete Erstmeldung festlegt. Die Erstellung einer transparenten Kostenkalkulation sollte als ein Kriterium der Fördervoraussetzungen definiert werden. Bei der Kalkulation muss der Nutzen für die Qualitätssicherung auf Bundesebene im Vordergrund stehen, für die die GKV zuständig ist. Um die Veränderungen in der Registerlandschaft zu berücksichtigen und mögliche Kostenveränderungen abzubilden, sollte die Pauschale alle zwei Jahre überprüft und ggf. angepasst werden.

Alternativvorschlag:

Ungeachtet der Kritik an der intransparenten Festlegung der Krebsregisterpauschale in Höhe von 94 Euro ist auch eine länderspezifisch zu verhandelnde Pauschale denkbar. Wenn länderbezogene klinische Krebsregister existieren sollen, kann sich auch die Förderpauschale nach den landesspezifischen Gegebenheiten richten. Folglich sollte statt eines gesetzlich festgelegten Pauschalbetrags eine Vergütungsverhandlung auf Landesebene erfolgen.

C) Änderungsvorschlag zu § 65c Abs. 4

In § 65c wird Absatz 4 Satz 2 wie folgt geändert:

„Weist ein klinisches Krebsregister die Feststellungen nach Satz 1 nach, zahlt die Krankenkasse an dieses Register einmalig für jede verarbeitete Erstmeldung einer Krebserkrankung eine fallbezogene Krebsregisterpauschale, die vom GKV-Spitzenverband festgelegt wird. Die Höhe dieser fallbezogenen Krebsregisterpauschale ist alle zwei Jahre zu überprüfen.“

§ 65c Absatz 4 Satz 3 entfällt.

Alternativvorschlag:

§ 65c Absatz 4 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Weist ein klinisches Krebsregister die Feststellungen nach Satz 1 nach, zahlt die Krankenkasse an dieses Register einmalig für jede verarbeitete Erstmeldung einer Krebserkrankung eine fallbezogene Krebsregisterpauschale. Die Krebsregisterpauschale wird gemeinsam und einheitlich zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen mit Wirkung für ihre Mitgliedschaften mit dem Land vereinbart.“

§ 65c Absatz 4 Satz 3 entfällt.



B) Stellungnahme zu § 65c Abs. 5

Die Finanzierung einer fünfjährigen Übergangsphase, ohne dass die klinischen Krebsregister die notwendigen Fördervoraussetzungen erfüllen und die landesbezogene Flächendeckung gewährleistet ist, ist inakzeptabel. Mit diesem Vorgehen wird über einen langen Zeitraum der Status quo finanziert, der bekanntermaßen wenig Nutzen für die bundesweite Qualitätssicherung mit sich bringt. Durch die unverhältnismäßig lange Übergangsfrist ist der Anreiz für klinische Krebsregister und Länder gering, eine rasche Umstrukturierung einzuleiten. Zudem kann nach dem Gesetzentwurf jedes klinische Krebsregister für fünf Jahre gefördert werden, ohne dass es Potenzial für ein weiteres Bestehen nach dem Inkrafttreten der Förderkriterien hat. Damit wird die Übergangsphase zu einer Finanzierung jeglicher Registerstrukturen, ohne dass zwangsläufig ein Umbau im Sinne des Gesetzes vorstättengeht. Die Übergangsphase muss deshalb gestrichen oder hilfsweise deutlich verkürzt und mit Zwischenregelungen für die zu fördernden Register versehen werden.

C) Änderungsvorschlag zu § 65c Abs. 5

In § 65c Absatz 5 werden Satz 1 und 2 gestrichen.



B) Stellungnahme zu § 65c Abs. 6

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass für jede Meldung an die klinischen Krebsregister eine Meldevergütung zu zahlen ist. Der GKV-Spitzenverband begrüßt es, die Vergütung mit einer vollständigen Übermittlung der zu meldenden Daten zu verknüpfen sowie eine Meldevergütung bei fehlendem epidemiologischem Interesse der Krebsregistrierung (nicht-melanotische Hautkrebsarten und ihre Frühstadien) auszuschließen.

Ziel der Vergütung kann es jedoch nicht sein, den gesamten Dokumentations- und Meldeaufwand der Leistungserbringer zu vergüten, so wie in der Begründung formuliert. Eine solche Regelung würde zu einer Doppelfinanzierung führen. Die Behandlungsdokumentation ist bereits notwendiger Bestandteil der ärztlichen Tätigkeit und im stationären Bereich über Fallpauschalen vergütet. In die jährlich aktualisierten Fallpauschalen gehen die Aufwendungen auf Basis der tatsächlichen Kosten ausgewählter Kalkulationskrankenhäuser ein.

Eine zusätzliche Meldevergütung dient dann ausschließlich dazu, die Leistungserbringer zu einer vollständigen Datensatzübermittlung an das Krebsregister zu motivieren, sollte eine entsprechende Motivation anderweitig nicht erreicht werden können. Die zwischen dem GKV-Spitzenverband, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der Höhe zu vereinbarende Meldevergütung führt also zu einer Doppelfinanzierung, die nicht mehr beinhalten kann, als einen zusätzlichen Anreiz zu setzen und sinnvoll zu beschränken ist. Daher ist eine entsprechende Anpassung der Begründung zu Absatz 6 Satz 3 notwendig.

Der Gesetzentwurf sieht vor, dass die klinischen Melderegister die Meldevergütung an die Leistungserbringer bezahlen und von der Krankenkasse des Versicherten, zu dem eine vollständige Meldung erfolgte, den Betrag erstattet bekommen. Dieses verwaltungstechnisch aufwendige Verfahren wird abgelehnt. Vielmehr sollte mit der Pauschale, die bei der Erstmeldung eines Patienten anfällt, auch die Meldevergütung pauschal vergütet werden. Dies setzt eine transparente Kalkulation der Pauschale voraus, die in der Erläuterung zum Gesetzesentwurf bislang fehlt. In regelmäßigen Abständen ist zu überprüfen, ob durch die pauschalierte Vergütung eine Über- oder Unterfinanzierung der Register geschieht und eine Anpassung erforderlich ist.

C) Änderungsvorschlag zu § 65c Abs. 6

In Absatz 6 wird Satz 3 ersatzlos gestrichen. Die Begründung ist entsprechend anzupassen.



B) Stellungnahme zu § 65c Abs. 7

Es muss klargestellt werden, dass keine Auswertungen seitens des G-BA pauschal beauftragt werden. Vielmehr muss der G-BA über die Notwendigkeit einer Beauftragung zur bundesweiten Auswertung klinischer Krebsregisterdaten entscheiden können. Der G-BA sollte nicht nur per Beschluss über die zu übermittelnden Daten, den Empfänger sowie Auswertungsinhalte bestimmen, sondern auch darüber, ob überhaupt eine Auswertung beauftragt wird.

C) Änderungsvorschlag zu § 65c Abs. 7

Absatz 7 Satz 2 wird wie folgt geändert:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss lässt Auswertungen der klinischen Krebsregisterdaten durchführen, die er für eine bundesweite oder ländervergleichende Berichterstattung als notwendig erachtet.“



B) Stellungnahme zu § 65c Abs. 9

Zur Vermeidung eines unnötigen Dokumentationsaufwandes für die Leistungserbringer wird eine Harmonisierung der zu erhebenden Dokumentationsdaten für unterschiedliche Bereiche (klinische Krebsregister, externe stationäre Qualitätssicherung, DMP) begrüßt.

Mit Inkrafttreten des GKV-VStG zum 01.01.2012 wurde dem Gemeinsamen Bundesausschuss die Richtlinienkompetenz für die Disease-Management-Programme (DMP) übertragen, nach der die Anforderungen an die Ausgestaltung von Behandlungsprogrammen in Richtlinien festzulegen sind. Verbunden damit ist auch die Festlegung, welche Daten zur Erfüllung der mit DMP verbundenen Aufgaben (Qualitätssicherung, Grundlagen der Evaluation, Versichertenbetreuung und -steuerung) notwendigerweise zu erheben sind.

Durch die Erläuterungen im Begründungstext wird verdeutlicht, dass eine textliche Anpassung im Detail der im Rahmen von DMP erhobenen Daten an den Registerdatensatz intendiert ist. Gemäß dem Begründungstext bleiben die für die Einschreibung und die regelmäßige Teilnahme der Versicherten am DMP erforderlichen Daten von der Angleichung unberührt. Dies ist grundsätzlich zu begrüßen. Eine Anpassung könnte nur insoweit erfolgen, als sie mit der Erfüllung der durch den G-BA festzulegenden Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme und den daraus resultierenden Dokumentationserfordernissen in Einklang zu bringen ist. Darüber hinaus wird im Begründungstext verdeutlicht, dass der DMP-Datensatz einen geringeren Umfang haben kann als der Registerdatensatz, sofern für DMP-Zwecke weniger medizinische Daten erforderlich sind als im Rahmen der klinischen Krebsregister erhoben werden.

Diese beiden vorgenannten Aspekte sollten über den Begründungstext hinaus im Gesetzentwurf klargestellt werden. Der G-BA sollte demzufolge beauftragt werden, im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung des DMP-Brustkrebs zu prüfen, welche Möglichkeiten zur Angleichung der inhaltsgleichen medizinischen Daten bestehen. Diese Anpassung ist nicht, wie in der geplanten Neuregelung vorgesehen, mit einer bestimmten Frist zu versehen, sondern sollte im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung des DMP-Brustkrebs vorgenommen werden, da bei dieser auch die Dokumentationen auf die aktualisierten Inhalte des DMP-Brustkrebs abgestimmt werden. Insbesondere erscheint die in der geplanten Neuregelung vorgesehene Frist nicht angemessen, da zum einen die Richtlinie zum DMP-Brustkrebs erst zum 18.07.2012 überarbeitet worden ist und derzeit binnen Jahresfrist in den Regionen zur Umsetzung kommt.

Kritisch bleibt die geplante Neuregelung zur möglichen Beauftragung der im DMP bereits beauftragten Datenstellen durch den Leistungserbringer und die weiteren damit verbundenen Regelungen.

Mehrheitlich sind die Datenstellenverträge zwischen der Datenstelle und den regionalen DMP-Arbeitsgemeinschaften (ArGe) geschlossen. Für die ambulanten Leistungserbringer ist die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung Mitglied der ArGe und damit Auftraggeber für die DMP-Datenstelle. Es kann nicht sichergestellt werden, dass die bereits existierenden DMP-Datenstellen den neuen Auftrag annehmen werden. Die Beauftragung der DMP-Datenstellen zur Übermittlung von Krebsregisterdaten hat durch den einzelnen niedergelassenen Arzt bzw. das Krankenhaus zu erfolgen. Öffentliche Auftraggeber sind zur Ausschreibung von Verträgen verpflichtet. Dies beträfe



in erster Linie alle am DMP teilnehmenden und dokumentierenden Krankenhäuser sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen, sofern sie im Auftrag ihrer Mitglieder die Datenstellen beauftragen wollen. So bleibt offen, ob die für das DMP regional zuständige Datenstelle den Zuschlag erhalten würde.

Da aufgrund der zuvor beschriebenen Anforderungen an die Dokumentationsdaten für DMP-Brustkrebs nicht von deckungsgleichen Dokumentationen für das Krebsregister einerseits und dem DMP-Dokumentationsdatensatz andererseits auszugehen ist, käme es bei einer Beauftragung der DMP-Datenstellen durch Leistungserbringer zu einer Auftrennung der an das Krebsregister zu übermittelnden Daten.

Die mit den DMP-Daten übereinstimmenden Items würden durch die DMP-Datenstelle an das Krebsregister weitergeleitet. Die übrigen Angaben der Tumorregisterdokumentation wären ergänzend zu liefern. Die Daten müssten dort zusammengeführt werden.

Zudem erfolgt die Registerdokumentation zum Teil noch papiergebunden, wodurch eine Zusammenführung von elektronisch übermittelten und papiergebundenen Daten nicht auszuschließen wäre. Die mutmaßlich intendierte Vereinfachung des Verfahrens durch einen Rückgriff auf bereits bestehende Strukturen wäre in der praktischen Umsetzung nicht erreicht.

Die Datenverarbeitung und -übermittlung der über die DMP-Dokumentationsdatensätze hinausgehenden Daten innerhalb der strukturierten Behandlungsprogramme wäre nicht mit deren gesetzlichem Auftrag in Einklang zu bringen. Durch die Programmierkosten für die Implementierung des zusätzlichen Datenweges und die Vergütung der Datenaufspaltung und Datenweiterleitung an das Krebsregister fielen zusätzliche Kosten an. Es ist anzunehmen, dass diese höher sein würden als bei der direkten Datenmeldung aller Daten an das Krebsregister.

Sofern der Gesetzgeber beabsichtigt, dass der vollständige Krebsregisterdatensatz parallel zum DMP-Datensatz an die Datenstellen geliefert und von dort an das Krebsregister weitergeleitet wird, würde mit dieser Einbindung der DMP-Datenstelle zudem lediglich ein zusätzlicher Zwischenschritt in der Datenübermittlung des Krebsregisterdatensatzes an das Krebsregister eingebracht. Da jede Datenannahme und -weiterleitung die Gefahr eines Datenverlustes birgt und Kosten erzeugt, erscheint diese Vorgehensweise verfahrenerschwerend und unwirtschaftlich und damit nicht zielführend. Hinzu kommt, dass bei alleiniger Datenannahme und -weiterleitung eine Einschränkung auf die DMP-Datenstellen weder erforderlich noch sachgerecht erscheint.

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass eine Weiterleitung von in einem DMP erhobenen Daten aufgrund der in § 28f Abs. 1 Nummer 1 auferlegten Zweckbindung zur Zeit nicht möglich ist. Diese Zweckbindung kann auch nicht über eine bloße Formulierung im Begründungstext zu der geplanten Neuregelung des § 65c Abs. 9 einseitig für den zusätzlichen Zweck der Datenweiterleitung an das Krebsregister ausgeweitet werden. Zur Ermöglichung der Nutzung der im DMP erhobenen Daten für eine Meldung an das Krebsregister wäre eine Änderung der RSA-Verordnung notwendig. Darüber hinaus wäre auch zu prüfen, inwieweit die im DMP erhobenen und an das Krebsregister weitergeleiteten Daten, den Aufbewahrungsfristen der entsprechenden DMP-Richtlinie unterlägen.



C) Änderungsvorschlag zu § 65c Abs. 9

In § 65c wird Absatz 9 wie folgt gefasst:

„Der Gemeinsame Bundesausschuss prüft im Rahmen der regelmäßigen Aktualisierung des strukturierten Behandlungsprogramms für Brustkrebs nach § 137f Abs. 2 Satz 2 Nummer 5, inwieweit die diesbezüglichen Dokumentationsanforderungen an den bundesweit einheitlichen Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzende Module angepasst werden können.“



B) Stellungnahme zu § 65c Abs. 10

Der Gesetzentwurf sieht eine Berichterstattung seitens des GKV-Spitzenverbandes im Abstand von 5 Jahren vor, der die bundesweiten Ergebnisse darstellt. In Anbetracht des hohen Mittelaufwandes ist jedoch eine zusätzliche Berichterstattung im Sinne eines Tätigkeitsberichtes seitens der klinischen Krebsregister als Mittelempfänger an die GKV als Förderer notwendig. Neben Angaben zu den (Auswertungs-)Aktivitäten und Kosten für Meldevergütungen und dem Betrieb des jeweiligen Registers sind Aussagen zur Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität der Datensätze von Bedeutung und müssen berichtet werden. Nur so kann nachvollzogen werden, ob sich die klinischen Krebsregister im Sinne eines bundesweit einheitlichen Ausbaus entwickeln, wie nutzbar die Daten sind und wie die kassenseitige Förderung verwendet wird.

C) Änderungsvorschlag zu § 65c Abs. 10

§ 65c Absatz 10 wird wie folgt erweitert:

„Die klinischen Krebsregister, die nach Absatz 4 Satz 1 gefördert werden, erstellen jährlich für den GKV-Spitzenverband einen Bericht, in dem insbesondere Angaben über die Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Plausibilität der im jeweiligen Einzugsbereich erfassten Daten sowie Kosten des Registers enthalten sind.“



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 5

§ 92 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses

A) Beabsichtigte Neuregelung

Gemäß den Änderungen in § 25a SGB V hat der Gemeinsame Bundesausschuss künftig die Aufgabe, Näheres zur Qualitätssicherung von Früherkennungsuntersuchungen und zur Durchführung von organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen in Richtlinien nach § 92 SGB V zu regeln.

B) Stellungnahme

Die Änderungen in § 92 SGB V sind Folgeregelungen zu den Neuregelungen des § 25a SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 1 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Nr. 6

§ 137 Richtlinien und Beschlüsse zur Qualitätssicherung

A) Beabsichtigte Neuregelung

Mit der Neuformulierung von § 65c SGB V wird der flächendeckende Ausbau klinischer Krebsregister hinsichtlich der Anforderungen, Aufgabenbeschreibung und Finanzierung geregelt.

B) Stellungnahme

Die Änderungen in § 137 Absatz 3 Satz 9 SGB V sind Folgeregelungen zu den Neuregelungen in § 65c SGB V.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes)

§ 17b Einführung eines pauschalierenden Entgeltsystems für DRG-Krankenhäuser

A) Beabsichtigte Neuregelung

Die Ergänzung stellt sicher, dass aufgrund der neuen Finanzierungsregelungen für klinische Krebsregister nach § 65c SGB V, die Krebsregister als Ausnahme in § 17b KHG formuliert werden, Krebsregister also nicht mehr über Zuschläge für besondere Aufgaben von Zentren und Schwerpunkten nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 des Krankenhausentgeltgesetzes finanziert werden können.

B) Stellungnahme

Die Änderung ist folgerichtig.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 3 (Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes)

§ 2 Krankenhausleistungen

A) Beabsichtigte Neuregelung

Zur Vermeidung einer doppelten Inanspruchnahme der gesetzlichen Krankenkassen sind klinische Krebsregister in der Definition der Krankenhausleistungen als Ausnahmetatbestand aufzunehmen.

B) Stellungnahme

Die Änderung ergänzt die Regelung in Artikel 2 und ist sachgerecht.

C) Änderungsvorschlag

Keiner.



Artikel 4 (Inkrafttreten)

A) Beabsichtigte Neuregelung

Das Gesetz soll am Tag nach der Verkündung in Kraft treten. Artikel 2 und 3 treten am 1. Januar 2016 in Kraft.

B) Stellungnahme

Absatz 2)

Die Förderkriterien sollen am 31.12.2013 vorliegen, sodass ein klinisches Krebsregister ab dem Jahr 2014 gefördert werden kann. Durch die in der Stellungnahme zu § 65c Absatz 5 vorgeschlagene Streichung der Sätze 1 und 2 müssen zur Vermeidung einer Doppelfinanzierung die Folgeänderungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz und im Krankenhausentgeltgesetz ab dem 1. Januar 2014 in Kraft treten. Andernfalls wird eine Doppelfinanzierung durch die GKV für bis zu zwei Jahre ermöglicht.

C) Änderungsvorschlag

Absatz 2 wird wie folgt geändert:

„Artikel 2 und 3 treten am 1. Januar 2014 in Kraft.“



III. Ergänzender Änderungsbedarf aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes zu weiteren Themen

Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch

§ 135 Abs. 2 SGB V Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

A) Regelungsbedarf

Nach § 135 Abs. 2 SGB V in der geltenden Fassung können die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung bestimmter Leistungen vereinbaren. Die Regelung soll dahingehend erweitert werden, dass den Vertragspartnern die Möglichkeit eröffnet wird, zusätzlich Kriterien zur Qualitätsprüfung der betreffenden ärztlichen oder zahnärztlichen Leistung zu vereinbaren. Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen sollen einer Auswertung durch die Vertragspartner zugänglich gemacht werden und für Patienten arztbezogen einsehbar sein.

B) Gesetzesänderung

In Artikel 1 wird in § 135 SGB V Abs. 2 im Satz 1 nach den Wörtern „dieser Leistungen“ die Wörter „und Kriterien zur Qualitätsprüfung“ eingefügt.

In Artikel 1 werden in § 135 SGB V Abs. 2 nach Satz 4 folgende Sätze eingefügt: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der Leistungserbringung nach den in den Vereinbarungen nach Satz 1 definierten Kriterien durch Stichproben. In begründeten Fällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen den Vertragspartnern nach Satz 1 kalenderjährlich Anzahl und Ergebnisse der Überprüfung mit. Je Arzt sind die Anzahl aller erbrachten Leistungen und die Ergebnisse durchgeführter Prüfungen jährlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen.“

§ 135 SGB V Abs. 2 lautet neu wie folgt:

Für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis), einer besonderen Praxisausstattung oder anderer Anforderungen an die Versorgungsqualität bedürfen, können die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen *und Kriterien zur Qualitätsprüfung* vereinbaren. Soweit für die notwendigen Kenntnisse und Erfahrungen, welche als Qualifikation vorausgesetzt werden müssen, in landesrechtlichen Regelungen zur ärztlichen Berufsausübung, insbesondere solchen des Facharztrechts, bundesweit inhaltsgleich und hinsichtlich der Qualitätsvoraussetzungen nach Satz 1 gleichwertige Qualifikationen eingeführt sind, sind diese notwendige und ausreichende Voraussetzung. Wird die Erbringung ärztlicher Leistungen erstmalig von einer Qualifikation abhängig gemacht, so können die Vertragspartner für Ärzte,



welche entsprechende Qualifikationen nicht während einer Weiterbildung erworben haben, Übergangsweise Qualifikationen einführen, welche dem Kenntnis- und Erfahrungsstand der fachärztlichen Regelungen entsprechen müssen. Abweichend von Satz 2 können die Vertragspartner nach Satz 1 zur Sicherung der Qualität und der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung Regelungen treffen, nach denen die Erbringung bestimmter medizinisch-technischer Leistungen den Fachärzten vorbehalten ist, für die diese Leistungen zum Kern ihres Fachgebietes gehören. *Die Kassenärztlichen Vereinigungen prüfen die Qualität der Leistungserbringung nach den in den Vereinbarungen nach Satz 1 definierten Kriterien durch Stichproben. In begründeten Fällen sind auch Vollerhebungen zulässig. Die Kassenärztlichen Vereinigungen teilen den Vertragspartnern nach Satz 1 kalenderjährlich Anzahl und Ergebnisse der Überprüfung mit. Je Arzt sind die Anzahl aller erbrachten Leistungen und die Ergebnisse durchgeführter Prüfungen jährlich durch die Kassenärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen.* Die nach der Rechtsverordnung nach § 140g anerkannten Organisationen sind vor dem Abschluss von Vereinbarungen nach Satz 1 in die Beratungen der Vertragspartner einzubeziehen; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. § 140f Absatz 5 gilt entsprechend. Das Nähere zum Verfahren vereinbaren die Vertragspartner nach Satz 1. Für die Vereinbarungen nach diesem Absatz gilt § 87 Absatz 6 Satz 9 entsprechend.

C) Begründung

Es besteht ein berechtigtes Interesse der Partner der Bundesmantelverträge, dass die Qualität der Leistungen, die entsprechend der Regelung des bestehenden § 135 Abs. 2 SGB V qualitätsgesichert sind, durch die Kassenärztlichen Vereinigungen überprüft wird. Entsprechende, der Genehmigungserteilung an den Arzt zur Ausführung und Abrechnung der betreffenden Leistung nachgelagerte Prüfungen ermöglichen es, die Aufrechterhaltung der Genehmigungsvoraussetzungen im Verlauf der ärztlichen Tätigkeit zu kontrollieren. Darüber hinaus kann die Umsetzung von in den Vereinbarungen nach § 135 Abs. 2 SGB V niedergelegten Regelungen der Prozessqualität überprüft werden.

Die Ergebnisse der Überprüfungen können für eine Rückmeldung an den Arzt und für die Anwendung qualitätsverbessernder Maßnahmen genutzt werden. Darüber hinaus können sie auch Grundlage für den Entzug der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der betreffenden Leistung sein.

Um Transparenz über das Prüfgeschehen und die gewonnenen Ergebnisse zu erzielen, sollen entsprechende Daten den Partnern der Bundesmantelverträge zur Verfügung gestellt werden. Dieses Datenmaterial ermöglicht die Anpassung bzw. Weiterentwicklung von Regelungen zur Qualitätssicherung auf Bundesebene.

Der berechtigten Forderung nach Transparenz über die Qualität der ärztlichen Leistung im ambulanten Bereich auch für Patienten entspricht die Pflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen, die Prüfergebnisse arztbezogen zu veröffentlichen. Diese Regelung führt die durch die Veröffentlichung von Qualitätsdaten durch Krankenhäuser begonnene Schaffung einer Entscheidungsgrundlage für die Auswahl einer Versorgungseinrichtung fort.



Änderung des Krankenhausentgeltgesetzes

§ 10 Abs. 8 KHEntgG Vereinbarung auf Landesebene

A) Regelungsbedarf

Gravitationseffekt und Vermeidung von Phantomverhandlungen

Gegenwärtig kommt es jährlich zu einer systematisch falsch hohen Festsetzung des Bundesbasisfallwertes und -korridors. Diese entsteht dadurch, dass die Vereinbarung der Landesbasisfallwerte häufig unterhalb des Veränderungswertes liegt, der Bundesbasisfallwert aber immer prospektiv um den vollen Veränderungswert angehoben wird. Über die Konvergenzvorschrift profitieren damit auch jene Bundesländer von dem vollen Veränderungswert, die zuvor unterhalb des Veränderungswertes abgeschlossen haben. Die Bundesbasisfallwertkonvergenz zieht diese Länder unberechtigt auf den Pfad des vollen Veränderungswertes (sogenannter „Gravitationseffekt“). Die auf dieser gesetzlichen Grundlage vereinbarten Landesbasisfallwerte sind wiederum Basis der Kalkulation des folgenden Bundesbasisfallwertes. Damit wirkt dieser ausgabenrelevante Effekt kumulativ basiserhöhend.

Darüber hinaus findet im Rahmen der Bundesbasisfallwertkonvergenz ab 2014 eine Abkehr von der Verhandlungslösung auf Landesebene (für Landesbasisfallwerte, die sich an der unteren Korridorgrenze oder unterhalb befinden) statt. Das Verhandlungsergebnis wird ab diesem Zeitpunkt irrelevant, da über die Bundesbasisfallwertkonvergenz immer der volle Veränderungswert fließt. Es würden in diesen Bundesländern lediglich noch „Phantomverhandlungen“ geführt.

Um in Zukunft den Gravitationseffekt und fehlende Verhandlungsanreize zu vermeiden, bedarf es einer gesetzlichen Anpassung.

Asymmetrischer Korridor und Kappungsregelung

Neben dem oben genannten Regelungsbedarf stellen auch die asymmetrische Ausgestaltung des Korridors und die Kappungsregelung weitere Probleme der Konvergenz dar. So ist die Obergrenze des Korridors um den Bundesbasisfallwert auf + 2,5 Prozent festgesetzt. Die Untergrenze des Korridors liegt bei -1,25 Prozent. Die asymmetrische Ausgestaltung des Korridors führt zu einer einseitigen Belastung der Kostenträger. Der Korridor muss vor diesem Hintergrund symmetrisch ausgestaltet werden und die Untergrenze auf -2,5 Prozent festgesetzt werden.

Im Rahmen der Konvergenz an den Bundesbasisfallwertkorridor gilt eine Grenze des jährlichen Angleichungsbetrages in Höhe von 0,3 Prozent des Basisfallwertes zwecks Begrenzung des Budgetverlusts für Bundesländer, die im Rahmen der Bundesbasisfallwertkonvergenz Budgetanteile abgeben müssen. Diese einseitige Begrenzung muss gestrichen werden.



B) Gesetzesänderung

Gravitationseffekt und Vermeidung von Phantomverhandlungen

In Artikel 3 wird nach § 10 Abs. 8 Satz 4 KHEntgG folgender neuer Satz 5 eingefügt:

„Vor Ermittlung des Angleichungsbetrages nach Satz 3 ist der Grenzwert nach Satz 3 Nr. 1 oder Nr. 2 um den Betrag abzusenken, der sich aus der Differenz zwischen dem Veränderungswert nach Absatz 6 und der Steigerung des nach den Absätzen 1 bis 7, 11 und 12 verhandelten Landesbasisfallwertes ohne Ausgleich zu dem im Vorjahr vereinbarten Landesbasisfallwert ohne Ausgleich und inklusive Angleichungsbetrag ergibt; hierbei sind Anpassungen nach Satz 4 zu berücksichtigen.“

Asymmetrischer Korridor und Kappingsregelung

§ 10 Abs. 8 Satz 1 KHEntgG wird wie folgt angepasst:

„Zur schrittweisen Angleichung der unterschiedlichen Basisfallwerte der Länder wird ein einheitlicher Basisfallwertkorridor in Höhe von +2,5 Prozent bis -2,5 Prozent um den einheitlichen Basisfallwert nach Absatz 9 eingeführt.“

Streichung des § 10 Abs. 8 Satz 5 KHEntgG:

„Abweichend von Satz 3 wird in Ländern, in denen der verhandelte Basisfallwert über dem oberen Grenzwert liegt, der jährliche Angleichungsbetrag auf höchstens 0,3 Prozent des Basisfallwerts, der für das laufende Kalenderjahr gilt, begrenzt und der Angleichungszeitraum verlängert, bis der obere Grenzwert erreicht ist.“

C) Begründung

Gravitationseffekt und Vermeidung von Phantomverhandlungen

Bisher sind im § 10 Abs. 8 Satz 4 KHEntgG lediglich erhöhende Ausnahmetatbestände (Arbeitszeit, Pflegesonderprogramm) vorgesehen. Dies entspricht de facto einer fiktiven Anhebung der Korridor Grenzen auf Landesebene. Analog der Regelung im Satz 4 sollen nun vor Berechnung des Konvergenz- bzw. Angleichungsbetrages die Korridor Grenzen gemäß Satz 5 (neu) um die Differenz von Verhandlungsergebnis und Veränderungswert abgesenkt werden. Bei der Berechnung der Differenz sind die notwendigen Anpassungen aufgrund von Ausnahmetatbeständen nach Satz 4 zu berücksichtigen, um eine sachgerechte Absenkung der Korridor Grenzen nach Satz 5 auch in diesen Fällen durchführen zu können. Die Korridor Grenzen sind damit wie bisher um einen landesspezifischen Steigerungssatz anzupassen (erhöhend nach Satz 4 sowie nunmehr auch absenkend nach Satz 5 (neu)). Mit der Berechnung und Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes des Folgejahres kann auf Bundesebene unverändert verfahren werden (Kalkulation aus Vorjahreswerten und Erhöhung um den vollen Veränderungswert). Mithin geht nunmehr jedoch nur noch die korrekte Höhe der Steigerung der Landesbasisfallwerte in die Basis ein. Im jeweiligen Jahr unterbleibt dadurch ein Gravitationseffekt.



Darüber hinaus bleibt durch diese gesetzliche Anpassung auch der Verhandlungsanreiz für die Bundesländer, die sich an der unteren Korridorgrenze (bzw. unterhalb) befinden, bestehen. Durch die landesspezifische Anpassung des Korridors besteht auch nach 2014 für diese Länder ein Verhandlungsspielraum. Ein Anhebungsautomatismus um den vollen Veränderungswert unterbleibt. Auch wenn ein Land auf der unteren Korridorgrenze liegt, macht eine Verhandlung weiter Sinn. Die Konvergenz auf den einheitlichen Bundesbasisfallwertkorridor bleibt davon grundsätzlich unberührt. Wie bereits betont bleibt in dieser Systematik die Vereinbarung des Bundesbasisfallwertes auf Bundesebene wie bisher weiter bestehen.

Durch die vorgeschlagene Schaffung eines Ausnahmetatbestandes nach unten wird sowohl das Problem des Gravitationseffektes sowie der „Phantomverhandlungen“ korrigiert.

Asymmetrischer Korridor und Kappungsregelung

Der mit asymmetrischen Korridorgrenzen ausgestaltete Bundesbasisfallwertkorridor führt aktuell zu einer unberechtigten und einseitigen Mehrbelastung der GKV. Vor diesem Hintergrund fordert der GKV-Spitzenverband, den Korridor symmetrisch zu gestalten und die untere Korridorgrenze von bisher -1,25 Prozent auf -2,5 Prozent festzusetzen.

Die Bundesbasisfallwertkonvergenz wird ebenfalls durch die aktuell geltende Begrenzung des jährlichen Angleichungsbetrages in Höhe von 0,3 Prozent des Landesbasisfallwertes (Kappung) asymmetrisch gestaltet. Lediglich Landesbasisfallwerte, die von „oben“ nach „unten“ konvergieren, werden geschont. Eine „Schonung“ der GKV-Ausgaben durch Begrenzung der von „unten“ nach „oben“ konvergierenden Basisfallwerten existiert nicht. Die Begrenzung kann darüber hinaus zu einer einseitigen Verlängerung des Angleichungszeitraumes nach 2014 führen. Vor dem Hintergrund einer sachgerechten Ausgestaltung der Konvergenz ist diese einseitige Schonung als Ausnahmeregelung für diese Bundesländer aufzuheben und die Regelung ersatzlos zu streichen.



Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch

§ 23c Absatz 2 SGB IV Sonstige nicht beitragspflichtige Einnahmen

A) Regelungsbedarf

Mit dem Gesetz zur Änderung des Transplantationsgesetzes vom 21.07.2012 wurde ein Anspruch von Organ- und Gewebespendern auf Krankengeld gegenüber der Krankenkasse des Organ- bzw. Gewebeempfängers gesetzlich festgeschrieben (§ 44a SGB V).

Grundsätzlich erfolgt für alle Entgeltersatzleistungen, so auch das Krankengeld, ein maschineller Austausch der für die Berechnung notwendigen Daten zwischen Arbeitgeber und zuständigem Leistungsträger nach § 23c Abs. 2 SGB IV. Im vergleichsweise seltenen Fall der Leistungsgewährung nach § 44a SGB V müsste der Arbeitgeber die Daten nicht an die Krankenkasse seines Arbeitnehmers, sondern an die Krankenkasse des Organempfängers übermitteln. Diese Krankenkasse ist aber im Abrechnungsprogramm des Arbeitgebers des Spenders nicht hinterlegt. Der maschinelle Datenaustausch würde somit Änderungen des Datensatzes erforderlich machen und erheblichen Programmier- und Umsetzungsaufwand nach sich ziehen, der mit Blick auf die zu erwartende Anzahl der Anwendungsfälle nicht gerechtfertigt ist.

Um das Verwaltungsverfahren an dieser Stelle zu vereinfachen, wird daher vorgeschlagen, die neu eingeführte Leistungsart „Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben“ aus dem maschinellen Datenaustauschverfahren über die „Erstattung der Mitteilungen im Rahmen des Datenaustausches Entgeltersatzleistungen“ nach § 23c Abs. 2 SGB IV auszunehmen.

B) Gesetzesänderung

Der Gesetzentwurf wird ergänzt um einen Artikel „Änderung des Vierten Buches Sozialgesetzbuch“. Das Vierte Buch Sozialgesetzbuch wird wie folgt geändert:

§ 23c Absatz 2 wird um folgenden Satz ergänzt:

„Die Sätze 2 - 4 gelten nicht für die Gewährung von Krankengeld bei Spende von Organen oder Geweben nach § 44a des Fünften Buches.“

C) Begründung

Die Erweiterung des Anwendungsbereichs des maschinellen Datenaustauschverfahrens nach § 23c Abs. 2 SGB IV auf Krankengeldleistungen nach § 44a SGB V ist mit erheblichem Programmier- und Umsetzungsaufwand verbunden, der angesichts der zu erwartenden Anzahl der Anwendungsfälle nicht gerechtfertigt ist. Zur Verwaltungsvereinfachung wird deshalb klargestellt, dass die Übermittlung der für die Berechnung des Krankengeldes nach § 44a SGB V erforderlichen Daten zwischen dem Arbeitgeber des Organspenders und der Krankenkasse des Organempfän-



gers nicht in das maschinelle Datenaustauschverfahren nach § 23c Abs. 2 Sätze 2 - 4 SGB IV einbezogen wird. Der Arbeitgeber ist nach § 23c Abs. 2 Satz 1 SGB IV verpflichtet, die erforderlichen Angaben durch eine Bescheinigung nachzuweisen. Damit wird sichergestellt, dass der Komplexitätsgrad eines der umfangreichsten Datenaustauschverfahren zwischen Arbeitgebern und Sozialversicherungsträgern nicht unnötig erhöht werden muss.

