

Diagnostica-Forum 2013

Berlin, 31. Januar 2013

***„Krebsfrüherkennungs- und
-registergesetz (Inhalt, Ziele)“***

Dr. Ulrich Orlowski

1. Versorgungssituation

- ↪ Die Zahl der Krebsneuerkrankungen betrug 2008 rd. 470.000 Fälle; das sind nach Zahlen des RKI rd. 70.000 mehr als noch 1999;
- ↪ Krebs ist nach Herz-Kreislauf mit über 218.000 Todesfällen pro Jahr die zweithäufigste Todesursache in Deutschland;
- ↪ die Behandlungskosten allein zwischen 2002 bis 2008 werden auf rd. 15,5 Mrd. Euro geschätzt;
- ↪ Diese Situation ist typisch für überalternde Gesellschaften und Folge sowohl der demografischen Entwicklung (das Risiko, an Krebs zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter) sowie des medizinisch-technischen Fortschrittes.

1. Versorgungssituation

- ↪ Dieser Prozess findet sich nicht nur in Deutschland sondern auch in allen vergleichbaren entwickelten Industriestaaten mit ähnlicher demografischer Struktur;
- ↪ Der nationale Krebsplan der Bundesregierung (ab 2008) greift diese Entwicklung mit seinen Handlungsfeldern und Empfehlungen auf;
- ↪ Hierauf beruhen zwei Aspekte aus dem Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz:
 - Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung;
 - Verbesserung der Versorgungsqualität durch Weiterentwicklung bzw. Aufbau von klinischen Krebsregistern.

2. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

- ↪ bisher: einmal jährlich Anspruch auf Untersuchung zur Krebsfrüherkennung, Frauen ab 25., Männer ab 45. Lebensjahr (§ 25 Abs. 2);

- ↪ künftig: Flexibilisierung von Inanspruchnahme und Altersgrenzen: Versicherte haben grundsätzlich ab Vollendung des 18. Lebensjahres Anspruch auf Untersuchung zur Krebsfrüherkennung;
 - G-BA bestimmt in seinen Richtlinien Inhalt, Art, Umfang der Untersuchungen sowie
 - G-BA bestimmt in seinen Richtlinien Zielgruppen, Altersgrenzen und Häufigkeit der Untersuchungen (§ 25 Abs. 4 Satz 3 neu);

2. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

- ↪ Untersuchungen, für die europäische Leitlinien zur Qualitätssicherung von Krebsfrüherkennungsprogrammen vorliegen, sollen als organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme angeboten werden (§ 25a);
- ↪ das sind: Gebärmutterhals- sowie Darmkrebs (Brustkrebs: DMP);
- ↪ Frist des G-BA zur Ausgestaltung: 3 Jahre ab Inkrafttreten;
- ↪ gesetzliche Mindestanforderungen der Programme für die G-BA-Richtlinien (§ 25a Abs. 1 Satz 2):
 - regelmäßige Einladung der Versicherten in Textform zur Teilnahme (auch maschinelle Texte, Emails, Telefax etc.),
Statusdaten der KV-Karte;

2. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

- ↪ Versicherte können weiterer Einladungen widersprechen (§ 25a Abs. 4 Satz 3);
- ↪ Information der Versicherten über Nutzen und Risiken der Untersuchen sowie
 - Information der Versicherten über Erhebungen, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten einschl. der bestehenden Widerspruchsrechte (§ 25a Abs. 4 Satz3);
- ↪ inhaltliche Bestimmung insbesondere der Zielgruppen, Untersuchungsintervalle sowie der Altersgrenzen;

2. Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung

- ↪ systematische Erfassung der Überwachung und Verbesserung von Struktur, Prozess und Ergebnisqualität (Qualitätsmonitoring);
- ↪ G-BA kann einzelne Bestandteile eines Früherkennungsprogramms (z.B. Einladungsprogramm) erproben (§25a Abs. 3 i.v.m § 137a);
- ↪ schließlich: Belastungsgrenze für Chroniker bleibt bei 1 %, auch wenn der/die Versicherte nicht am Krebsfrüherkennungsprogramm teilgenommen hat (d.h. § 62 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 entfällt).

3. Krebsregister?

↪ Bevölkerungsbezogen (epidemiologische) Register:

- Aufgabe:
Häufigkeit, Verteilung von Indikationen;
- Länderaufgabe (Landeskrebsregistergesetze);
- Bundesebene: Zentrum für Krebsregisterdaten beim RKI (ZfKDI), Datenzusammenführung und Auswertung;

↪ Klinische Krebsregister:

- nichts Neues: bereits heute 50 verschiedene Register verschiedenen Zuschnitts (insbesondere in neue BL; aktuell B-W);

3. Krebsregister?

- Aufgabe: Transparenz- und Qualitätssicherung;
- Wie: die onkologische Versorgung wird für jeden Patienten/innen in allen Behandlungsphasen und –schritten erfasst, bewertet, rückgemeldet;
- Ergebnis: Dialogprozess auf der Grundlage von Transparenz mit dem Ziel der Verbesserung der Versorgungsqualität;
- Problem: keine oder unterschiedliche regionale Strukturen; keine flächendeckende sowie einheitliche Struktur, daher keine hinreichende Transparenz und Vergleichbarkeit, daher keine effiziente Weiterentwicklung der Versorgungsqualität.

4. Ziele der klinischen Krebsregistrierung?

- ↪ Ausgangspunkt sind die unterschiedlich gewachsenen regionalen Strukturen;
- ↪ perspektivische Vereinheitlichung der Strukturen durch einen gezielten Förderprozess mit dem Ziel von Vergleichbarkeit und Transparenz und hierdurch;
- ↪ Verbesserung der onkologischen Versorgungsqualität.

5. Maßnahmen (Krebsfrüherkennungs- und registergesetz)

5.1 Länder richten klinische Krebsregister ein (auch länderübergreifend),

5.2 Aufgaben der Register insbesondere (§ 65c Abs. 1 SGB V neu):

- personenbezogene Erfassung der Daten aller (im Einzugsgebiet) stationär und ambulant versorgten Patienten/innen über Auftreten, Behandlung und Verlauf bösartiger Neubildungen;

↪ Auswertung der erfassten Daten und Rückmeldung der Auswertungsergebnisse an die Leistungserbringer;

↪ Datenaustausch mit anderen Registern;

5. Maßnahmen (Krebsfrüherkennungs- und registergesetz)

- ↪ Beteiligung der Register an der einrichtungs- und sektorübergreifenden Qualitätssicherung des G-BA (Konkurrenz zwischen Qualitätssicherung des G-BA einerseits und der Qualitätssicherung durch den Dialogprozess der Krebsregistrierung andererseits);
- ↪ Erfassung von Daten für die epidemiologischen Register;
- ↪ Bereitstellung notwendiger Daten für Versorgungstransparenz und Versorgungsforschung;

5. Maßnahmen (Krebsfrüherkennungs- und registergesetz)

- ↪ Grundlage der Datenerfassung: bundesweit einheitlicher Datensatz der AG Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft für epidemiologische Krebsregister in Deutschland (§ 65c Abs. 1 Satz 2 SGB V);
- ↪ datenschutzrechtliche Voraussetzungen (Einwilligungs-, Widerspruchslösung) erfolgen durch Landesgesetz.

5. Maßnahmen (Krebsfrüherkennungs- und registergesetz)

5.3 Krankenkassen (auf Landesebene) fördern den Betrieb der klinischen Register mit einer Pauschale pro registriertem Fall i.H.v. 119,00 Euro (das sind 90 % der Betriebskosten, § 65c Abs. 2 Satz 1);

✚ Investitionskosten: Länder (mit Beteiligung der Deutschen Krebshilfe).

5. Maßnahmen (Krebsfrüherkennungs- und registergesetz)

5.4 GKV-Spitzenverband: einheitliche Fördervoraussetzung bis zum 31.12.2013 (§ 65c Abs. 2 Satz 3), insbesondere

- fachgerechte Organisation und Ausstattung einschließlich einheitlicher Datenformate und entsprechender Schnittstellen;
- Mindestanforderungen an den Grad der Erfassung der Vollständigkeit;
- Einheitliches Verfahren zur Rückmeldung der Auswertungsergebnisse;
- Kriterien, Inhalte; Indikationen für eine landesbezogene Auswertung, die länderübergreifende Vergleichbarkeit gewährleistet;

5. Maßnahmen (Krebsfrüherkennungs- und registergesetz)

5.5 Kassen (Landesebene) stellen auf Antrag (gemeinsam und einheitlich) Einhaltung der Fördervoraussetzungen sowie Flächendeckung fest und zahlen fallbezogen die Pauschale (119,00 Euro), („einmalig für jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung“);

- Zahlung der Pauschale schließt anderweitige, Kassenfinanzierung aus;
- Abweichende Höhe der Pauschale kann vereinbart werden bei regionalen Besonderheiten;

5. Maßnahmen (Krebsfrüherkennungs- und registergesetz)

- ↪ Übergangsphase: bis 31.12.2017 kann die Pauschale auch gezahlt werden ohne vollständige Erfüllung der Förderbedingungen;
- ↪ Nachbesserungsfrist von einem Jahr nach Ablauf der Übergangsphase - anschließend laufen (bisherige) alternative Finanzierungen (z. B. Zentrumszuschlag nach KHG) aus;
- ↪ Überprüfung und Anpassung der Pauschale bis spätestens 31.12.2017, (falls die 90 % der Betriebskosten nicht mehr abgedeckt werden).

5. Maßnahmen (Krebsfrüherkennungs- und registergesetz)

5.6 G-BA: notwendige bundesweite Auswertung der klinischen Registerdaten (§ 65c Abs. 7 Satz 2);

- hierzu werden von den Landesauswertungsstellen der Register Daten an den G-BA übermittelt;
- Zusammenarbeit bei der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung (?);
- Anpassung der G-BA-Dokumentationserfordernisse für DMP-Brustkrebs an den einheitlichen Datensatz (Reduktion der unterschiedlichen Datensätze und Dokumentationsanforderungen);

6. Ausblick

- ↪ BT-Beschluss: Bundesrat? (01.03.2013);
- ↪ Inkrafttreten: nach Verkündung (4/2013);
- ↪ GKV-Spitzenverband: Fördervoraussetzungen sind bis spätestens bis zum 31.12.2013 festzulegen;
- ↪ „Quantensprung“ bei der Registrierung und Transparenz;
- ↪ Perspektivische Bedeutung für die Qualitätssicherung durch Vergleichbarkeit der Therapieergebnisse.

***Ich bedanke mich
für Ihre Aufmerksamkeit!***