



Spitzenverband

**Kriterien zur Förderung klinischer Krebsregister
des GKV–Spitzenverbandes
vom 20.12.2013**

gemäß § 65c SGB V (KFRG)

Hintergrund und methodisches Vorgehen

I. Hintergrund

Krebs ist eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Obwohl es durch den medizinischen Fortschritt viele erfolgversprechende Therapiemöglichkeiten gibt, besteht weiterer Entwicklungsbedarf. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahre 2008 der Nationale Krebsplan initiiert, der die Verbesserung der onkologischen Versorgung zum Ziel hat. Ein Ziel des Nationalen Krebsplans widmet sich der onkologischen Qualitätsberichterstattung, die durch den bundesweit flächendeckenden Ausbau klinischer Krebsregister sichergestellt werden soll (Bundesministerium für Gesundheit: Ziel 8 des Nationalen Krebsplans). Aufgrund der aktuell sehr heterogenen und länder-spezifisch unterschiedlich geregelten Landschaft klinischer Krebsregister soll durch die Umsetzung dieses Ziels eine bundesweit einheitliche Registerstruktur etabliert werden, die valide Aussagen über das Auftreten, die Behandlung und den Verlauf von Tumorerkrankungen erlaubt.

Zur Umsetzung des Ziels wurde das Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz (KFRG) verabschiedet, welches am 9. April 2013 in Kraft getreten ist und alle Länder zur Einrichtung von klinischen Krebsregistern verpflichtet (vgl. § 65c SGB V). Dieses Gesetz definiert das Aufgabenspektrum, welches die klinischen Krebsregister zu erfüllen haben und legt fest, dass die gesetzlichen Krankenkassen den Betrieb der klinischen Krebsregister fördern, indem sie für jede registrierte Neuerkrankung eine Pauschale von 119 Euro an das betreffende klinische Krebsregister zahlen. Die Zahlung dieser Förderpauschale ist an die Erfüllung von Kriterien gebunden, die seitens des GKV-Spitzenverbandes zu entwickeln sind. Dadurch soll ein Mindestmaß an Qualität der klinischen Krebsregister und deren Daten garantiert werden, sodass eine Nutzung der Daten im Sinne des KFRG bundesweit möglich ist. Die Förderkriterien sind bis zum 31. Dezember 2013 vom GKV-Spitzenverband zu beschließen.

Bei der Definition der Förderkriterien hat der Gesetzgeber sieben Aspekte vorgegeben, die in jedem Fall adressiert werden sollen. Darüber hinaus steht es dem GKV-Spitzenverband frei, weitere Kriterien zu definieren, die „...zur Vereinheitlichung der klinischen Krebsregistrierung in den Ländern und zu einem sinnvollen Einsatz von Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung beitragen.“ (Gesetzesbegründung zu § 65c Absatz 2 SGB V).

Ab Januar 2014 haben die klinischen Krebsregister, die von ihren Bundesländern benannt wurden, die Gelegenheit in Kenntnis der vorliegenden Förderkriterien ihre Registerstrukturen entsprechend auszurichten, bis die Förderkriterien nach einer Übergangsfrist ab 1. Januar 2018 Voraussetzung für die Zahlung der Registerpauschale durch die Krankenkassen sind. Für den vorherigen Zeitraum wird die Registerpauschale unabhängig von der Erfüllung der Förderkriterien gezahlt. Auf die Weise soll vor allem in Regionen, in denen bisher keine entsprechend ausgebauten Struk-

turen klinischer Krebsregistrierung bestehen, die Finanzierung für den entsprechenden Aufbau sichergestellt werden.

Bei der Entwicklung der Kriterien sind die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der Gemeinsame Bundesausschuss, die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe, die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, die Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland, die Bundesärztekammer, die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften sowie die für die Wahrung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen per Gesetz zu beteiligen. Zudem soll die Festlegung im Benehmen mit den Ländern erfolgen (vgl. § 65c Absätze 2 und 3 SGB V).

Die private Krankenversicherung (PKV) hat ihre Kostenbeteiligung bei der Registerpauschale für privat Versicherte erklärt, sodass der Verband der Privaten Krankenversicherung gemäß § 65c Absatz 3 Satz 2 SGB V ebenfalls an der Kriterienentwicklung beteiligt wurde. Eine offizielle Erklärung zur Kostenbeteiligung der Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften lag bis zum Berichtszeitpunkt nicht vor. Dennoch waren Vertreter eines Beihilfeträgers in die Abstimmungsprozesse eingebunden.

Vor diesem Hintergrund hat der GKV-Spitzenverband in mehreren Entwicklungsschritten unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Gemeinsamen Bundesausschusses, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe, der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren, der Gesellschaft epidemiologischer Krebsregister in Deutschland, der Bundesärztekammer, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, der Patientenvertretung, des Verbandes der Privaten Krankenversicherung, des Bundesministerium des Inneren sowie zwei von der Gesundheitsministerkonferenz benannter Ländervertreter fristgerecht einen Katalog mit 43 Förderkriterien entwickelt.

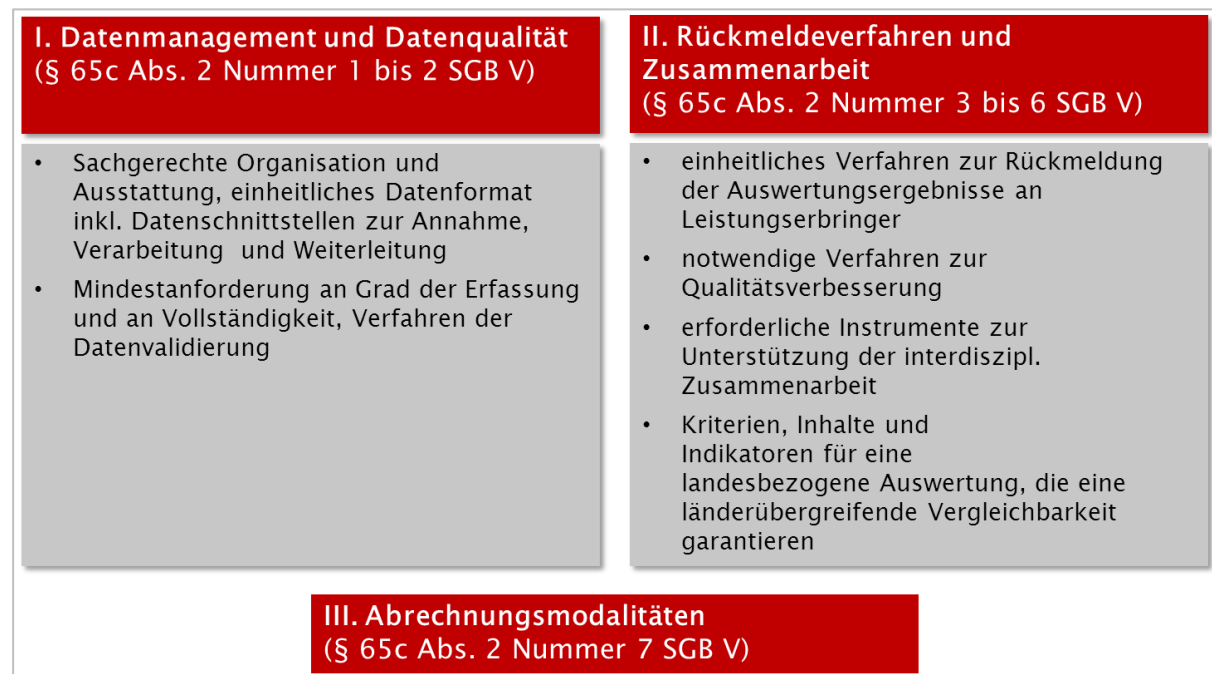
Die Entwicklung der Förderkriterien erfolgte mit starkem Bezug auf die sieben im Gesetz genannten Förderbereiche. Die Förderkriterien stellen Mindestanforderungen an die Qualität klinischer Krebsregister, ihrer Strukturen und Prozesse dar, die eine bundesweit einheitliche und valide Datenbasis schaffen sollen. Mit den Kriterien werden die Voraussetzungen zur Förderung klinischer Krebsregister festgelegt, nicht aber das komplette Aufgabenspektrum klinischer Krebsregister adressiert, wie es im KFRG aufgeführt ist (§ 65c Absatz 1 SGB V). Dies muss u. a. in den Landesgesetzen detailliert geregelt werden. Die Förderkriterien ersetzen keine Länderregelungen. Sie ergänzen diese im rechtlich vorgegebenen Rahmen.

II. Methodisches Vorgehen zur Definition der Förderkriterien

Das KFRG gibt dem GKV-Spitzenverband sieben Anforderungsbereiche vor, zu denen Fördervoraussetzungen festzulegen sind (§ 65c Absatz 1, Satz 1 Nummer 1 bis 7 SGB V).

Diese sieben Anforderungsbereiche wurden zunächst in drei Themenblöcke aufgeteilt. Demnach wurden die Anforderungen an die sachgerechte Organisation und Ausstattung, Datenschnittstellen und Datenformate sowie die Mindestanforderungen an den Erfassungsgrad, die Vollständigkeit und die Datenvalidierung unter der Rubrik „Datenmanagement und Datenqualität“ zusammengefasst. Der zweite Anforderungsbereich „Rückmeldeverfahren und Zusammenarbeit“ beinhaltet die Aspekte des einheitlichen Rückmeldeverfahrens der Auswertungsergebnisse an die Leistungserbringer, Verfahren zur Qualitätsverbesserung, Instrumente zur Unterstützung der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie Kriterien, Inhalte und Indikatoren für eine landesbezogene Auswertung, die eine länderübergreifende Vergleichbarkeit schaffen. Die Anforderungen im Rahmen des Abrechnungsverhältnisses zwischen klinischen Krebsregistern und Krankenkassen wurden im dritten Themenblock als „Abrechnungsmodalitäten“ bezeichnet.

Abbildung: Die drei Themenblöcke der Förderkriterien



Zu jedem der drei Themenblöcke wurden unter Beteiligung der o. g. Organisationen und Personen Kriterien vorgeschlagen, die in mehreren Abstimmungsprozessen iterativ entwickelt wurden. Die Vorschläge basierten primär auf den gesetzlich vorgegebenen Anforderungen, die durch Expertenwissen der Beteiligten, Literaturrecherchen und „Best-Practice-Beispiele“ untermauert wurden.

Nach der konstituierenden Sitzung am 22. Mai 2013 wurde eine Arbeitsebene eingerichtet, an der die o. g. Organisationen und Personen teilnehmen konnten. In mehreren Workshops und zum Teil im schriftlichen Abstimmungsverfahren wurden Vorschläge zu möglichen Förderkriterien erarbeitet. Der Zwischenstand der Kriterienentwicklung wurde den nach § 65c Absatz 2 und 3 SGB V zu beteiligenden Personen und Organisationen in einem Treffen am 22. August 2013 vorgelegt und gemeinsam diskutiert. Am 5. November 2013 wurde die fortentwickelte Entwurfsfassung der Förderkriterien mit der Möglichkeit für eine schriftliche Stellungnahme an den genannten Personenkreis verschickt. Die abschließende Diskussion der Förderkriterien und der eingegangenen Stellungnahmen erfolgte am 20. November 2013 in einer gemeinsamen Sitzung.

Die Endversion der Förderkriterien wurde mit Schreiben vom 5. Dezember 2013 zur Benehmensherstellung an die von der Gesundheitsministerkonferenz bestimmten Ländervertreter verschickt. Am 18. Dezember 2013 ging die entsprechende Erklärung ein, sodass die im Gesetz vorgesehene Benehmensherstellung mit den Ländern erfolgt ist.

Der vorliegende Katalog der Förderkriterien wurde auf Grundlage des beschriebenen Entwicklungsprozesses und Beteiligungsverfahrens vom GKV-Spitzenverband am 20. Dezember 2013 beschlossen.