

Jörg Niemann

Diplom-Volkswirt, Diplom-Ökonom

Leiter der Landesvertretung Niedersachsen  
des Verbandes der Ersatzkassen e. V.

## **Kosten und Nutzen: Die Erwartungen der Krankenkassen**

Niedersächsisches Krebsregistersymposium am 27.06.2018

Sehr geehrte Frau Ministerin Dr. Reimann - liebe Carola -, sehr  
geehrter Herr Hartz, meine Damen und Herren,

ich freue mich über einen sehr positiven Anlass, heute zu Ihnen  
zu sprechen – nämlich den Auftakt zum Echtbetrieb des  
Klinischen Krebsregisters Niedersachsen.

Auch und besonders für unsere Ministerin dürfte das heute ein  
guter und besonderer Termin sein.

Schließlich hat sie an dem Krebsfrüherkennungs- und -  
registergesetzes von 2013, das die Länder mit der Errichtung der  
Klinischen Krebsregister beauftragt hat, als Vorsitzende des  
Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag maßgeblich  
mitgewirkt.

Nun wird dieses Gesetz auf Landesebene mit Leben gefüllt und du bist wiederum in erster Reihe mit dabei, in einer anderen exponierten Funktion.

Es hat sich gezeigt, dass die Umsetzung eines Gesetzes auch ein langer und bisweilen schwieriger Prozess ist.

Es gab in Niedersachsen zunächst die Idee einer externen Beauftragung.

Als diese nicht realisierbar war, wurde der Weg einer selbstständigen Landeseinrichtung eingeschlagen.

Dann drohte im Herbst 2017 der Start des KKN der Auflösung des Landtags und der vorgezogenen Neuwahl zum Opfer zu fallen.

Es ist gut und richtig, dass das Gesetz zur Errichtung des KKN dann gleichsam in letzter Minute als letztes Gesetz der vergangenen Wahlperiode doch noch vom Landtag verabschiedet worden ist.

Vielleicht konnten wir dabei im Zuge unserer Gespräche dabei sogar etwas behilflich sein.

(Anrede),

rund 500.000 Menschen erkranken in Deutschland jedes Jahr neu an Krebs.

Krebserkrankungen sind die zweithäufigste Todesursache, im subjektiven Empfinden der Menschen sind sie die größte Gesundheitsbedrohung, vielleicht sogar die größte Bedrohung überhaupt.

Für uns und unseren Erwartungen ist deshalb maßgeblich: Was erwarten diese Menschen von einem Krebsregister, was sind ihre Ansprüche an ein Krebsregister?

Abstrakt geht das gut hervor aus der Gesetzesbegründung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes.

Darin heißt es, „Patientinnen und Patienten, Leistungserbringer, Kostenträger, Forschungseinrichtungen sowie politische Entscheidungsträger sind auf zuverlässige Informationen über die Qualität der onkologischen Versorgung angewiesen.

Sie benötigen diese Informationen unter anderem, um die Umsetzung einer leitliniengerechten Versorgung zu prüfen, durch Leistungsvergleiche die Qualität der onkologischen Versorgung zu optimieren, um Erkenntnisse zum Nutzen und zur

Wirtschaftlichkeit innovativer Krebstherapien zu gewinnen sowie als Grundlage für die Versorgungsforschung und- steuerung.

Als Instrumentarium, das zur Darstellung onkologischer Versorgungsqualität und damit zur Schaffung von

Qualitätstransparenz geeignet ist, haben sich nach Auffassung der Beteiligten des Nationalen Krebsplans die klinischen Krebsregister in Kooperation mit den epidemiologischen Krebsregistern erwiesen.“

Kurz: Es soll eine Beurteilung der Qualität der verschiedenen Krebstherapien ermöglichen.

Qualitätstransparenz und Versorgungssteuerung, das sind für mich die zentralen Begriffe.

Damit ist auch klar, worum es nicht geht: eine Beschäftigung mit Daten als Selbstzweck und ein privilegiertes, abgeschottetes Wissen Einzelner.

So wichtig Datenschutz, Datenmanagement und alle Organisationsfragen sind – Sie sind Mittel zum Zwecke, der sektorübergreifenden systematischen Behandlung von Krebserkrankungen.

Es geht um Qualitätstransparenz für die Patientinnen und Patienten und Versorgungssteuerung als politischen Auftrag, um datengestütztes Wissen, aus dem sich konkretes Handeln ableitet.

Der AOK-Bundesverband hat im vergangenen Jahr darauf aufmerksam gemacht, dass viele Patienten in Deutschland zu früh

sterben, weil sie in Kliniken operiert werden, die zu wenig Erfahrung mit komplizierten Krebs-Operationen haben.

So könnte, ich zitiere, „allein die Zahl der Todesfälle infolge von Lungenkrebs-Operationen durch die Einführung einer rein rechnerisch ermittelten Mindestmenge von 108 Eingriffen pro Jahr um etwa ein Fünftel sinken.“

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei anderen Krebs-Indikationen wie Speiseröhren-Krebs, Bauchspeicheldrüsen-Krebs sowie Blasen- und Darmkrebs.

Es gibt in Deutschland immer noch zu viele Kliniken, die – ich zitiere weiter „nur hin und wieder mal eine komplizierte Krebs-Operation durchführen“.

Ein Fünftel der Patienten wird den Untersuchungen zufolge in insgesamt 260 Kliniken behandelt, die im Durchschnitt nur fünf dieser Operationen pro Jahr durchführen.

Es ist naheliegend, dass in diesen Kliniken die nötige Operationsroutine und die erforderliche Spezialisierung nicht vorhanden sein können.

(Anrede),

Gelegenheitschirurgie bei komplexen Krebsoperationen!

Und das in einem Land wie Deutschland, in dem die gesetzliche Krankenversicherung 73 Milliarden Euro pro Jahr für Krankenhausbehandlungen ausgibt.

Und das in Zeiten, in denen wir einerseits über die Gleichheit von Gesundheitschancen reden, andererseits aber wissen, dass die Behandlung häufig von Bildung und Sozialstatus abhängt:

Die Besserinformierte begeben sich bei schweren Erkrankungen in spezialisierte Zentren, die anderen schlichtweg in das nächstgelegene Krankenhaus.

Für die Patienten muss das Krebsregister Antworten auf die Fragen liefern:

- Sind große Krankenhäuser besser als kleinere?
- Sollten Patienten sich bei einer bestimmten Indikation besser in diesem oder in jenem Krankenhaus behandeln lassen?
- Sind neue, besonders teure Chemotherapien in Bezug auf Erfolgchancen und Lebensqualität das beste Mittel der Wahl?
- Welchen Nutzen hat die Strahlentherapie?

Um nur einige Beispiele zu nennen.

Für uns bemisst sich der Erfolg des KKN an seinem Beitrag daran, ob alle Menschen die Chance auf diese Informationen bekommen und diese Fragen klar für sich bewerten können.

Das Krebsregister soll beitragen zu mehr Patientenorientierung und -partizipation, indem Ärzte und Patienten auf Basis der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz gemeinsam über die Behandlung entscheiden.

Es soll beitragen zu einer Orientierung an wissenschaftlichen Erkenntnissen, einem verstärkten Austausch und einer Abstimmung zwischen den Sektoren.

Diese sektorübergreifende Zusammenarbeit ist unabdingbar, weil es bei Krebserkrankungen häufig um das Überleben innerhalb längerer Fristen geht, weil Verläufe zu analysieren sind.

Es geht auch um den gesamten Verlauf der Krankheitsgeschichte, die sich außerhalb des Krankenhauses und in der Zeit nach einer Operation abspielt.

Es ist deshalb immens wichtig, dass sich alle Akteure beteiligen, also die Krankenhäuser und besonders auch die niedergelassenen Ärzte, mit Datenlieferungen nach standardisierten Grundsätzen.

Es soll die bisherige Zersplitterung der Erhebung und Auswertung von Daten mit eigenen Registern an Hochschulen, der OnkeyLine

in der ambulanten Versorgung und auch dem epidemiologischen Krebsregister beenden.

Es ist nachvollziehbar, dass das epidemiologische und das klinische Krebsregister erst einmal auf den Weg gebracht worden sind.

In einem zweiten Schritt wäre jedoch die organisatorische Zusammenführung konsequent.

Ich begrüße es sehr, dass diese laut Koalitionsvertrag der Landesregierung auch geprüft werden soll.

Wir haben, wie Sie merken, sehr genaue Vorstellungen von dem Nutzen.

Kommen wir zu den Kosten.

Die Krankenkassen zahlen mit Beginn des Echtbetriebs und bei Nachweis der Erfüllung der Kriterien die Krebsregisterpauschale in Höhe von gut 131 Euro je Fall einer gemeldeten Neuerkrankung an das KKN.

Bei kalkulierten 50.000 Neuerkrankungen landesweit sind das rund sechs Millionen Euro jährlich.

Die GKV trägt damit 90 Prozent der Kosten, also den deutlichen Hauptanteil an den Kosten des Krebsregisters.

Die übrigen zehn Prozent trägt das Land.

Es ist zu begrüßen, dass das Land auch als Kostenträger mit am Tisch sitzt.

Generell möchte ich die gute Zusammenarbeit im Verwaltungsrat und das sehr gute Management des Landes herausstellen.

Zurück zu den Kosten.

Für die Krankenkassen kommen Zahlungen für die Meldevergütungen hinzu, die die Leistungserbringer bekommen, hier liegt der geschätzte Aufwand bei rund 3,1 Millionen Euro im Jahr.

Im Ergebnis tragen die Kassen mehr als neun Millionen Euro im Jahr für das KKN.

Keineswegs akzeptabel ist, dass sich die PKV, wie immer bei derartigen Aufgaben nicht beteiligt.

Anders ausgedrückt: Rechnerisch 4.500 Niedersachsen zahlen ihren Krankenversicherungsbeitrag nur für das Klinische Krebsregister!

Das bedeutet ein hohes Maß an Verantwortung und die Verpflichtung, dass der Beitrag des KKN den Versicherten auch tatsächlich zugute kommt.

Wir reden über lange Zeiträume, ich bin aber schon der Meinung, dass etwa nach drei, fünf und zehn Jahren genau nach den Ergebnissen gesehen werden sollte.

Wie ich eingangs erwähnte, hatten wir – um unsere Rolle als Kostenträger durchaus wissend – uns dafür ausgesprochen, die Errichtung des KKN nicht zu verzögern.

Hier geht es ausdrücklich nicht ums Sparen, sondern um gute Ergebnisse.

Wir begrüßen deshalb auch die jetzt verabredete Verlängerung der Übergangsfrist zur Erfüllung der GKV-Förderkriterien für klinische Krebsregister.

Werten Sie bitte diese Einschätzung und unsere damalige Empfehlung an die Politik als Vertrauensvorschuss, dass mit dem Betrieb des KKN etwas Gutes entsteht.

Lieber Herr Hartz, Sie sehen, dass unsere Erwartungen erheblich sind.

Ich glaube aber auch, dass es eine tolle Aufgabe ist, einen solchen Betrieb vom ersten Tag an aufzubauen.

Dafür wünsche ich Ihnen und Ihrem Team, vor allem aber für die Versicherten, dass das KKN mit seiner Arbeit viel Erfolg hat und hohen Nutzen stiftet.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie uns in drei Jahre wieder einladen würden, um über erste Ergebnisse zu berichten.

Vielen Dank.