

Stenografischer Bericht
(ohne Beschlussprotokoll)

– Öffentliche Anhörung –

13. Sitzung – Sozial- und Integrationspolitischer Ausschuss

17. Oktober 2019, 10:08 bis 11:30 Uhr

Anwesend:

Vorsitz: Moritz Promny (Freie Demokraten)

CDU

Sabine Bächle-Scholz
Dr. Ralf-Norbert Bartelt
Birgit Heitland
Petra Müller-Klepper
Claudia Ravensburg
Max Schad
Ismail Tipi

BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kathrin Anders
Marcus Bocklet
Silvia Brünnel
Taylan Burcu
Felix Martin

SPD

Ulrike Alex
Wolfgang Decker
Lisa Gnadl
Dr. Daniela Sommer

AfD

Arno Enners
Claudia Papst-Dippel
Volker Richter

Freie Demokraten

Yanki Pürsün

DIE LINKE

Christiane Böhm

Fraktionsassistentinnen/Fraktionsassistenten:

CDU: Dr. Carla Thiel
 BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN: Fiona Schultz
 SPD: Bettina Kaltenborn
 Freie Demokraten: Birgit Müller

Landesregierung, Rechnungshof, Datenschutz, Landtagskanzlei:

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Amtsbezeichnung	Ministerium, Behörde
Beuler, Martin	ROR	STK
Herb, Stef	RD	HMSI
WIRTZ, Dr. F.	PL i.V.	HMSI
Winter, Dr. C	RDin	HMSI
Kose, Kai	Min	HMSI
Stephan, Dr. J.	RDin	HMSI
Friedländer, Carolin	RDin	HTW/EVW

Anzuhörende:

Institution	Name
BKK Landesverband Hessen	Ulrike Weber-Wenzel
Frauenselbsthilfe nach Krebs Landesvertretung Hessen e. V.	Stellv. Vorsitzender Herbert Schneider
Hessische Krankenhausgesellschaft e. V.	Prof. Dr. med. Steffen Gramminger
Landesärztekammer Hessen	Martin Rapp
Landesverband der Privatkliniken Hessen e. V.	Landesgeschäftsführerin Aguedita Afemann
Verband der Ersatzkassen (vdek) e. V. Landesvertretung Hessen	Rainer Sand

Protokollführung: Henrik Dransmann, Maximilian Sadkowiak

Öffentliche mündliche Anhörung

Gesetzentwurf

Landesregierung

Gesetz zur Änderung des Hessischen Krebsregistergesetzes

– Drucks. [20/756](#) –

hierzu:

Unterlagen der Regierungsanhörung des HMSI

(verteilt am 30.07.2019)

Stellungnahmen der Anzuhörenden

– Ausschussvorlage SIA 20/10 –

(Teil 1 verteilt am 24.09.19, Teil 2 am 14.10.19)

Vorsitzender: Einen wunderschönen guten Morgen, meine lieben Kolleginnen und Kollegen. Ich heiße Sie herzlich zur 13. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses willkommen. Ich darf auch Staatsminister Klose ganz herzlich begrüßen. Bevor wir in die reguläre Anhörung einsteigen, möchte ich gerne zunächst Einvernehmen dahingehend herstellen, dass wir im Anschluss an die öffentliche Anhörung die 16. und, wenn der Zeitrahmen es zulässt, die 17. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses durchführen. – Einvernehmen hergestellt.

Das bringt mich zu einer sehr positiven Botschaft: Wir haben zwei Geburtstage zu verzeichnen. Zum einen ist Felix Martin ein Jahr älter geworden. Herzlichen Glückwunsch an dieser Stelle.

(Beifall)

Zum anderen hat auch Kollege Decker Geburtstag, herzlichen Glückwunsch.

(Beifall – Abg. Wolfgang Decker: Ich bin ein Jahr jünger geworden!)

– Man sieht's, man sieht's. – Jetzt beginnen wir mit der Anhörung.

Frau **Weber-Wenzel:** Wir haben als Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen eine gemeinsame Stellungnahme abgegeben und hatten es untereinander so vereinbart, dass Herr Sand vom Verband der Ersatzkassen zunächst eine Positionierung abgegeben wird.

Herr **Sand:** Vielen Dank für die Gelegenheit, hier ein Statement zum Hessischen Krebsregistergesetz abgeben zu können. Die Verbände der Krankenkassen in Hessen und der Ersatzkassen begrüßen ausdrücklich die vorgesehenen Änderungen im Krebsregistergesetz. Sie sind sinnvoll und tragen dazu bei, dass das Krebsregister substanziell ergänzt und verbessert wird. Ich möchte an dieser Stelle ausdrücklich betonen, dass wir Krankenkassen als wesentliche Finanziere des Krebsregisters schon vor einiger Zeit darauf hingewiesen haben, dass der Aufbau des Krebsregisters in Hessen im Vergleich zu ande-

ren Bundesländern sehr schleppend vorangeht. Wir stellen fest – das können wir dadurch, dass wir die von der Bundesebene vorgegebenen Förderkriterien, die relevant für die dauerhafte Finanzierung des Krebsregisters sind, jährlich prüfen müssen, ganz gut beurteilen –, dass die Förderkriterien für Hessen bisher nicht erfüllt sind und dass hier Nachbesserungsbedarf besteht.

In unserer Stellungnahme haben wir Bezug genommen auf Sanktionsmöglichkeiten für Nicht-Melder. Hierbei geht es darum, die Kriterien Vollzähligkeit und Vollständigkeit für das Krebsregister herzustellen. Das ist bisher bei Weitem noch nicht geschehen. Wir sehen hier auch im Vergleich zu anderen Bundesländern, dass zwar eine Meldeverpflichtung im Krebsregister besteht, es aber keine Sanktionsmaßnahme für diejenigen gibt, die dieser Meldeverpflichtung nicht nachkommen. Das betrifft sowohl den niedergelassenen Bereich als auch Kliniken. Wenn man das Ziel, die Versorgungsqualität durch die Erkenntnisse des Krebsregisters zu verbessern, ernst nehmen will und somit einen Dialog mit den einzelnen Kliniken, die tatsächlich an der Versorgung beteiligt sind, führt und wenn man langfristig Krebsforschung mit den Erkenntnissen und den regionalen Unterschieden, die es bestimmt in Hessen gibt, betreiben möchte, ist es erforderlich, dass wir dieses Förderkriterium erfüllen können.

Daher würden wir uns dafür aussprechen, dass diese gesetzliche Änderung vorgenommen wird. Ich sage das allerdings in der Hoffnung, dass man dieses Instrumentarium nie nutzen muss, sondern dass es die Beteiligten eher dafür sensibilisiert, ihrer Meldepflicht nachzukommen, und wir so zu einem aussagekräftigen Datenbestand kommen. Andere Bundesländer haben vergleichbare Regelungen vorgesehen, und insofern halten wir das für eine sinnvolle Ergänzung. An dieser Stelle möchte ich es gerne dabei bewenden lassen. Wir stehen im Anschluss natürlich gerne für Rückfragen zur Verfügung.

Frau **Weber-Wenzel**: Ich möchte den Punkt aufgreifen, dass es beim Hessischen Krebsregister durchaus noch Optimierungsbedarf gibt, und möchte deswegen ausdrücklich sagen, dass wir die Befristung für das Krebsregistergesetz auf vier Jahre bis zum 31.12.2023 ausdrücklich befürworten, weil sich das Krebsregister noch in der Aufbauphase befindet. Es wird noch sehr viele offene Fragen zur Organisation und zum Aufbau geben. Mit der Befristung ist somit die Chance eröffnet, das Krebsregistergesetz eventuell noch einmal anzupassen.

Vorsitzender: Vielen Dank. – Wir beginnen jetzt mit der ersten Fragerunde.

Abg. **Christiane Böhm**: Herr Sand, Sie haben gesagt, dass der Aufbau schleppend vorangeht. Ich habe das so verstanden, dass das Land die Förderkriterien deswegen nicht erfüllt, weil die Vollständigkeit nicht gewährleistet ist. Sie sagen, die entscheidende Maßnahme sei die Einführung von Sanktionen. Wenn Sanktionen in das Gesetz hineingeschrieben würden, würde die Motivation der Meldepflichtigen dadurch erhöht werden. Ich versuche, Ihre Aussagen nachzuvollziehen, und ich bitte Sie, zu sagen, ob ich Sie richtig verstanden habe.

Welchen Grund sehen Sie dafür, dass Sanktionen bisher im Gesetz nicht vorgesehen sind? Vielleicht kennen Sie dafür Gründe, die ich nicht kenne. Das wäre mir wichtig zu wissen. Ich habe gehört: In fast allen anderen Bundesländern sind Sanktionen im Gesetz festgeschrieben.

Das ist meine eine Frage, und die andere Frage lautet: Wie stehen Sie zu den Forderungen der Krankenhäuser, die Vergütung der Meldung an das Krebsregister mit Blick auf die damit verbundene Arbeit auskömmlich zu gestalten? Welche Position haben die Krankenkassen dazu?

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Ich habe ähnliche Fragen und würde das, was Frau Böhm gerade schon gesagt hat, gerne zusammenbinden. Herr Sand, Sie haben ausgeführt, dass die Förderkriterien nicht erfüllt und vielleicht Sanktionsmöglichkeiten richtig sind. – Aber im Moment haben wir das Problem, dass die Meldungen nicht auskömmlich finanziert sind. Für das Melden ist das eine Motivationshinderung. Onkologen und Ärzte haben mir ganz deutlich gesagt: Warum soll ich mir denn dann den Aufwand machen und melden? – Solange wir keine auskömmliche Finanzierung haben, frage ich mich, ob es tatsächlich sinnvoll ist, Sanktionen einzuführen. Wenn auskömmlich finanziert wird, können wir gerne darüber sprechen, ob wir Sanktionen brauchen. Solange nicht auskömmlich finanziert wird, gerade im Bereich zusätzlicher Personal- und Sachkosten, frage ich mich, wie dieser erhebliche Verwaltungsaufwand bei der Tumordokumentation abgebildet werden kann. Vielleicht können Sie dazu noch sagen, wie Sie das Verhältnis von Sanktionen und der auskömmlichen Finanzierung zueinander sehen.

Frau Weber-Wenzel, Sie sagten, es gibt Optimierungsbedarf. Welche offenen Fragen Sie sehen, haben Sie nicht konkret genannt. Vielleicht können Sie das noch nachholen. Wo sehen Sie konkret schon jetzt Anpassungs- und Optimierungsbedarf? Was sind Ihre offenen Fragen?

Abg. **Claudia Papst-Dippel:** Das meiste ist schon gefragt worden. Ich würde es gerne in Bezug auf die Sanktionen konkretisieren. Wenn man von einem solchen Vorschlag hört, ist das durchaus von Interesse. Gibt es Erfahrungswerte aus den Ländern, in denen Sanktionen erfolgen? Was sind die Erfahrungen? Müssen die Sanktionen häufig eingesetzt werden? Vielleicht gibt es da schon irgendetwas zu berichten.

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Ich möchte einen Schritt zurückgehen, damit wir eine entsprechende Vorstellung haben. Woran machen Sie fest, dass zu wenig gemeldet worden ist? Vergleichen Sie etwa den ICD-Schlüssel mit der Zahl der Meldungen, oder wie kommen Sie zu dieser Schlussfolgerung?

Vorsitzender: Wir kommen dann zu den Antworten.

Herr **Sand:** Ich versuche, das zusammenzubinden. Bevor ich auf die Frage der Motivation zu sprechen komme, möchte ich zunächst auf das Gesetz von 2014 und die Frage eingehen, warum in das Gesetz von 2014 keine Sanktionsmöglichkeit aufgenommen wurde. Obwohl wir als GKV seinerzeit natürlich ebenso am Prozess der Gesetzgebung beteiligt waren, muss ich zugeben, dass ich das so nicht beantworten kann. Ich glaube, dass wir seinerzeit der guten Hoffnung waren, dass der Aufbau des Krebsregisters zügiger vorangeht und dass alle Beteiligten ein großes Interesse daran haben. Wir sahen damals demzufolge keine Notwendigkeit für eine Sanktionsmöglichkeit, weil es nicht tatsächlich darum geht, jemanden zu sanktionieren, sondern konstruktiv an der Etablierung eines einheitlichen Krebsregisters im Land mitzuwirken. Andere Bundesländer waren teilweise in der Situation, dass sie entweder überhaupt kein oder aber sogar mehre-

re Krebsregister im Land hatten. Demzufolge war es im Jahr 2014 grundsätzlich eine gute Maßnahme, das Gesetz auch so zu machen, wie es seinerzeit dann erstellt wurde.

Jetzt sind wir ein paar Jahre weiter und haben neue Erkenntnisse. Wir machen unsere Auffassung, dass bisher nicht ausreichend gemeldet wird, an Folgendem fest: Einerseits hat es mit dem vorhandenen Personal bzw. mit dem Personal zu tun, das im Krebsregister nicht rekrutiert werden konnte. Die Verantwortlichen des Krebsregisters sind hierbei auf einem guten Weg. Es hat weiterhin etwas mit Verbesserungen zu tun. So können Meldungen nun elektronisch erfolgen. Viele Jahre lang mussten Meldungen in Papierform erfolgen. Für die Meldeverpflichteten ist das ein großes Hindernis. Inzwischen ist ein elektronisches Meldeportal etabliert. Gegebenenfalls muss man dieses stärker bewerben, und für den Fall, dass hierbei noch Probleme festgestellt werden, muss man diese schnellstens ausräumen. Das betrifft jedoch eher die IT.

Insgesamt glaube ich nicht, dass wir es durch Sanktionen schaffen, eine große Anzahl an Meldungen an das Krebsregister zu erreichen. Es ist aber eine Maßnahme, die sich an die richtet, die sich der Meldung strikt verweigern. Wenn das große Melder sind – ich komme deswegen auch gleich auf die Zahl zu sprechen, die Herr Dr. Bartelt an der Stelle einfordert –, müssen wir auch eine Maßnahme treffen. Wenn es große Kliniken sind, die über eine große Anzahl an Krebspatienten verfügen, wenn es onkologische Schwerpunktpraxen sind, die eine Vielzahl von Krebspatienten behandeln, müssen diese zwingend auch an das Krebsregister gemeldet werden. Wenn es nicht anders geht, muss das eben über den Weg der Sanktion geschehen. Wir sprechen hier insofern also nicht über wenige Kleinmelder, sondern über eine große Anzahl von Meldungen.

Nun zu der Frage nach der konkreten Zahl oder zur Nachfrage, wie wir zu der Erkenntnis kommen, dass nicht ausreichend gemeldet wird. In den Förderkriterien, die von der Bundesebene zusammengestellt wurden – 43 sind das insgesamt –, gibt es einen Punkt, der genau das betrifft. Das Robert Koch-Institut hat so etwas wie eine Sollzahl, wenn man das so bezeichnen will, für jedes Land vorgegeben. Von dieser Sollzahl sind 90 % der Meldungen zu erfüllen, damit das Förderkriterium als erfüllt gilt. In den letzten Auswertungen des Hessischen Krebsregisters waren wir bei ungefähr 81 %. Das war der Stand vom 31.12.2018. Wir hoffen natürlich, dass wir zum 31.12.2019 bei 90 % sind. Im Moment kann ich das nicht beurteilen. Wenn wir 90 % erreichen ist es gut, wenn wir das nicht tun, müssen wir uns das näher anschauen, weil die dauerhafte Finanzierung davon abhängt.

Um das mit der Frage nach der Angemessenheit der Vergütung zusammenzubinden: Hessen ist da nicht alleine. Die Vergütung ist bundesweit von der Bundesschiedsstelle festgesetzt worden. Nachdem sich die DKG, die KBV und der GKV-Spitzenverband nicht geeinigt haben, ist im Jahr 2014 die Meldevergütung von der Bundesschiedsstelle festgesetzt worden. Das hat bis heute Bestand und so natürlich auch in allen anderen Bundesländern. Es gibt derzeit mindestens ein Bundesland, nämlich Rheinland-Pfalz, dass alle Kriterien erfüllt, und es wird absehbar zum 31.12.2019 weitere vier, fünf Länder geben, die alle 43 Förderkriterien erfüllen. Die mangelnde Vergütung kann also kein Argument für das Nichterreichen der Förderkriterien sein. Das ist zumindest unsere Wahrnehmung.

Wir hatten im Jahr 2014, was die Forderungen und Angebote dieser Vergütungs- oder dieser Meldevergütungen angeht, schon sehr weit auseinandergehende Vorstellungen, aber man muss auch sehen, dass es beim epidemiologischen Krebsregister nur eine Vergütung von 4 € gab. Unserer Ansicht nach sind 18 € für die Dokumentation der Erst-erkrankung bei Weitem nicht zu niedrig. Es gibt auch keine gesicherten Erkenntnisse da-

zu, dass hierbei Handlungsbedarf besteht. Mir ist auch nicht bekannt – Herr Prof. Gramminger kann dazu aber gerne ein Statement abgeben –, dass vonseiten der DKG oder auf Bundesebene irgendwelche Aktivitäten initiiert worden sind, um die im Jahr 2014 von der Schiedsstelle vorgegebenen Meldevergütungen jetzt anzupassen. Zusammenfassend kann man sagen, dass das kein Thema für Hessen ist, weil es bundesweit vorgegeben ist.

Frau **Weber-Wenzel**: Es wurde noch die Frage formuliert, welche offenen Fragen sich in Bezug auf den Aufbau oder die Optimierung des weiteren Aufbaus des Krebsregisters ergeben könnten. Ich möchte das nicht noch einmal wiederholen, denn in den Ausführungen von Herrn Sand ist deutlich geworden: Es geht um die Vollzähligkeit des Krebsregisters. Das ist ein ganz wichtiger Aspekt. Unter dieser Prämisse – das wurde ja auch schon ausgeführt – sehen wir noch einen erheblichen Optimierungsbedarf. In diesem Zusammenhang wird sich das Krebsregister neu organisieren und organisatorisch aufstellen müssen. Es wird sich weiterentwickeln. Aus diesem Zusammenhang heraus werden sich Fragen ergeben, die man dann im Zuge einer schnelleren Evaluierung des geänderten Krebsregistergesetzes noch einmal beleuchten können wird.

Abg. **Christiane Böhm**: Sie sprachen von 43 Förderkriterien. Wie viele davon – das Kriterium der Vollständigkeit ausgenommen – erfüllt Hessen? Ihre Kollegin, Frau Weber-Wenzel, sprach davon, dass das Krebsregister neu organisiert und neu aufgestellt werden muss. Ist denn das vorliegende Gesetz ausreichend, oder sind es nicht auch eher Verfahrensmaßnahmen, deren Änderung notwendig wäre? Sie hatten vorhin die elektronische Datenverarbeitung angesprochen. Anders gefragt: An welchen Punkten hängt es denn weiterhin? Denn ich habe anhand Ihrer Ausführungen den Verdacht, dass es nicht alleine mit der Sanktionierung getan ist. Sie haben es vorhin auch angedeutet, dass es eigentlich andere Gründe gibt. Das würde ich schon gerne erfahren. Was müsste denn eigentlich auf der untergesetzlichen Ebene geschehen bzw. was ist dann auf der gesetzlichen Ebene wichtig, um wirklich eine Vollständigkeit zu erreichen und um das Gesetz in dem Sinn umzusetzen, dass es ein echtes Krebsregister in Hessen gibt?

Abg. **Dr. Daniela Sommer**: Ich habe eine Nachfrage an Herrn Sand. Wenn wir über die Vollständigkeit und Vollzähligkeit der Meldungen sprechen, ist denn Ihrer Ansicht nach im Gesetz gut geregelt, was eine Meldung ist und wann sie vollständig und vollzählig ist? Sind die Mindestanforderungen hier so deutlich, dass jeder weiß, was er zu melden hat?

Herr **Sand**: Ich gehe zunächst auf die Frage ein, wie viele Förderkriterien erfüllt sind. Zum Stand 31.12.2017 hatten wir festgestellt, dass 30 Förderkriterien erfüllt waren. Wir waren dann in einem sehr intensiven Dialog mit den Verantwortlichen des Krebsregisters. Die Beteiligten konnten dann erreichen, dass im Verlauf des Jahres 2018 wesentliche Verbesserungen vorgenommen wurden. Das führte letztlich dazu, dass zum 31.12.2018 40 der 43 Förderkriterien erfüllt wurden. Aber, wie gesagt, diese wesentlichen Kriterien der Vollzähligkeit und der Vollständigkeit waren noch nicht erfüllt. Wir hoffen, dass wir zum 31.12.2019 noch einen Schritt näher herankommen und dann zeitnah alle 43 Förderkriterien erfüllt haben. Die anderen zwei Förderkriterien sind eher aus dem medizinisch-spezifischen Bereich. Um sie einmal genannt zu haben: DCO-Rate und DCN-Rate sind

weitere Förderkriterien, die noch zu erfüllen sind. Das Krebsregister ist bemüht, diese Lücke zu schließen, die für die Erfüllung der Ansprüche auf Bundesebene erforderlich ist.

Die nächste Frage war, ob Datensätze oder Inhalte, die im Gesetz geregelt sind, dem entsprechen, was vom Krebsregister benötigt wird, um Auswertungen zu machen. Dazu ist zu sagen, dass es von der Bundesebene einen sogenannten ADT-Datensatz gibt, der fest vorgegeben ist, sodass alle Krebsregister möglichst einheitlich melden. Es gibt sicherlich im Detail Probleme, was das Ausfüllen und die Auswertung angeht. Das könnte der Vertreter des Krebsregisters – ich sehe Herrn Rapp hier sitzen – viel besser erläutern. Aus unserer Sicht sind die Daten, die dort gemeldet werden müssen, absolut ausreichend für die Meldung. Ich glaube sogar, dass auch in dem hessischen Gesetz oder auch in der Ausführungsverordnung noch weitere Merkmale an das Krebsregister zu melden sind, die eine zusätzliche Aussagekraft bieten. Insofern sehen wir an dieser Stelle keinen Handlungsbedarf.

Frau **Weber-Wenzel**: Es ist schwierig für mich zu sagen, welche konkreten Veränderungen es im Krebsregister geben müsste. Fakt ist, dass es bei der personellen Ausstattung, also qualifiziertes Personal zu finden, Probleme gab. Es gab viele Personalwechsel. Die Änderungen, die ich jetzt insbesondere angesprochen hatte, beziehen sich auf die innere Organisation und den Aufbau der Organisation. Inwieweit das Konsequenzen für eine mögliche Gesetzesänderung hat, muss man einfach sehen, es bleibt abzuwarten. Es kann zum Beispiel auch sein – da vertrete ich eine andere Auffassung –, dass, wenn diese Sanktionsregelung tatsächlich eingeführt wird, auch mehr Meldungen beim Krebsregister zu erwarten sind. Das ist durchaus vorstellbar. Auch hierbei bedarf es aufgrund dessen weiterer organisatorischer Anpassungen innerhalb des Krebsregisters.

Vorsitzender: Ich sehe keine Rückfragen. – Nächster Anzuhörender ist der stellvertretende Vorsitzende der Frauenselbsthilfe nach Krebs, Landesvertretung Hessen e. V., Herbert Schneider.

Herr **Schneider**: Meine Damen und Herren, es ist vielleicht erklärungsbedürftig, wieso ein Mann bei der „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ eine Funktion hat. Schlicht und einfach: Es gibt auch Männer mit Brustkrebs, und ich bin einer der Betroffenen. Da wir keinen eigenen Verband haben, haben wir uns der „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ angeschlossen. Da ich Sozialpolitiker war, hat man mich gefragt, ob ich mitarbeiten wolle.

Wir haben in Hessen die praktische Erfahrung gemacht – einschließlich meiner Person –, dass man oft gar nicht gefragt wird: „Wollen Sie ins Krebsregister?“, oder man bekommt gesagt: „Ach, Ihre Krankheit ist so einfach, die nehmen wir erst gar nicht als Meldung entgegen für das Krebsregister.“ Meine Kolleginnen und Kollegen sowie Patientinnen und Patienten werden auch oft nicht gefragt, ob sie eine Einwilligung zur Benutzung oder zur Speicherung ihrer Daten geben wollen. Hier in dieser wichtigen Frage – das ist eine sehr intime Krankheit –, ist der Datenschutz so gut wie überhaupt nicht vorhanden. Das Prognos-Gutachten ist vor inzwischen einem Jahr erschienen, und seitdem ist es etwas besser geworden. Trotzdem gibt es nach wie vor Behandler, die sich nicht an die Verpflichtung der Meldung halten. Unser Verband unterstützt deswegen auch den Vorschlag der Kassen, weil unter dieses bewährte Bußgeldverfahren nicht nur die Nichtmeldung, sondern auch die Nichtaufklärung fällt.

Meine Damen und Herren, wenn man den Datenschutz ernst meint, muss die Nichtaufklärung zumindest auf die gleiche Stufe gestellt werden wie die Nichtmeldung. Wir brauchen beides. Wir brauchen die Aufklärung, denn jede betroffene Frau und jeder betroffene Mann muss Herr seiner Daten sein. Man muss entscheiden können, ob man will oder ob man nicht will. Das muss der Behandler beachten. Wir brauchen die Daten, aber die Datennutzung ist nicht immer ideal. Wir brauchen die Daten für die Forschung. Bei uns Männern ist Brustkrebs eine seltene Krankheit. Jährlich erkranken daran 70.000 Frauen im Vergleich zu 500 Männern. Die Unterschiede sind so groß, dass wir kaum noch Informationen über neue Forschungsergebnisse bekommen. Das lohnt sich nicht. Das lohnt sich weder für die Pharmaindustrie, noch lohnt es sich fürs etwas anderes. Medikamente, die für Frauen entwickelt worden sind, wirken bei Männern nicht. Deswegen brauchen wir für ein Krebsregister eine Datenspeicherung, die auch an die Institutionen weitergegeben wird, die ein großes Interesse an diesen Daten haben.

Die Fachaufsicht und die Rechtsaufsicht sind in Hessen als einzigem Bundesland in einer einzigen Abteilung in einem Ministerium angesiedelt. Das geschieht in einem Rechtsstaat, wo dies eigentlich zu trennen ist. Meine Damen und Herren, dies ist nicht in Ordnung. Wer will denn die Menschlichkeit einer Fachaufsicht in Frage stellen, die sich, wenn sie einen Fehler macht, anschließend als Rechtsaufsicht selbst zur Rechenschaft ziehen müsste? Das wird wohl nicht funktionieren. Deswegen sind wir der Meinung, dass Rechtsaufsicht und Fachaufsicht in getrennten Abteilungen sein müssen. Leider sehen das die Krankenkassen nicht so, ich weiß nicht warum, aber wir von der „Frauenselbsthilfe nach Krebs“ sehen das so.

Die anderen Teile des Gesetzes, die uns jetzt vorliegen, wie die Verlängerung der Datenaufbewahrung, sind dringend notwendig. Es ist dringend notwendig, dass auch die Frage, wer Daten speichert und wer sie verwaltet, nicht unbedingt an einen medizinischen Doktorgrad gebunden wird. Es gibt ausreichend Fachfrauen und Fachmänner, die dies übernehmen können. Manchmal sind Organisationstalent oder Organisationswissen für eine solche Aufgabe wichtiger als medizinisches Wissen. Daher sind wir auch dafür.

Ob der genaue Wortlaut jetzt so oder anders lauten sollte, darüber kann man verschiedener Meinung sein. Aber richtig ist: Wir brauchen eine bessere Regionalität. Die Daten müssen in der Region auch so aufbewahrt werden, dass man Rückschlüsse auf bestimmte Ereignisse in der Region oder in der Behandlung der Region feststellen kann. Es reicht nicht, wenn wir in den Krankenhausplänen oder in den Krankenhausrichtlinien Schwerpunktkrankenhäuser ausweisen, wenn andere Krankenhäuser die Operationen durchführen, weil es eine gewisse Freiheit gibt, aber das nicht entsprechend dokumentiert wird. Daher müssen Dokumentation und Austausch stattfinden.

Noch einige Sätze bezüglich des Bußgelds: Wenn man in Wiesbaden an einer Parkuhr steht, man zehn Minuten über der gewählten Zeit ist und jemand zur Kontrolle kommt, bekommt man eine gebührenpflichtige Warnung. Beahlt man diese nicht, bekommt man ein Bußgeld. Jetzt frage ich Sie: Ist das vergleichbar mit einer Verpflichtung in einer so wichtigen Frage, wie eine Meldung bei der Erkrankung an Krebs abzugeben? Beim Autofahrer greifen wir zu, und bei den anderen lassen wir eine etwas längere Leine? Das halte ich nicht für in Ordnung.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Das eine oder andere war mir noch nicht bekannt, beispielsweise dass andere Bundesländer die Aufsichten getrennt regeln. Mit Blick auf die Widersprüche sind Sie nicht der einzige Verband, der das fordert. Meine Frage bezüglich des

Widerspruches beruht darauf, dass dem Patienten eine angemessene Bedenkzeit gegeben werden soll, und wenn wir einen solche Bedenkzeit ins Gesetz aufnehmen würden, müssten wir das auch berücksichtigen. Meine Frage an Sie lautet: Was halten Sie für eine angemessene Zeit?

Abg. **Christiane Böhm:** Mich haben Ihre praktischen Erfahrungen schockiert, dass Patientinnen und Patienten nicht gefragt werden, dass die Aufnahme ins Krebsregister als nicht wesentlich abgetan wird und sie auch nicht gefragt werden, ob die Daten gesichert werden sollen. Sie haben gesagt, es hätte sich etwas verbessert. Welche Möglichkeiten gäbe es, um zu einer Haltungsänderung oder einer Änderung der Verfahrensweise zu kommen? Meinen Sie, das wäre mit einer besseren Aufklärung für Ärztinnen und Ärzte ermöglicht, oder wäre auch eine bessere Patientenaufklärung erforderlich, sodass sich Patientinnen, die nicht aufgeklärt werden, für eine Sanktionierung selbst melden müssten? Sie müssten dann sagen: Das ist nicht ordentlich vorgenommen worden. – Sie würden sich an die Aufsichtsbehörde wenden und sagen: Ich wurde über diese Frage der Meldung nicht aufgeklärt.

Sie haben gesagt, dass eine stärkere Regionalität erforderlich wäre. Als dieses Krebsregister eingeführt worden ist, war meine Vorstellung auch, dass wir damit besser feststellen können: Gibt es konkrete Ereignisse vor Ort, sodass man auch feststellen kann, dass bestimmte Häufungen von Krebserkrankungen eine Rolle spielen? Bisher habe ich davon noch gar nichts gesehen. Ich habe die Hoffnung schon fast aufgegeben. Denken Sie, dass das einfach noch eine gewisse Zeit braucht? Ist das ein Entwicklungsschritt, den ich zu früh erwartet habe, oder sehen Sie die Voraussetzungen, so wie es sich jetzt darstellt, noch gar nicht als gegeben an?

Herr **Schneider:** Bei allen ärztlichen Fragen beträgt die normale bzw. übliche Bedenkzeit 24 Stunden. Der Patient sollte nicht an dem Tag, an dem er die Diagnose erhält, unmittelbar gesagt bekommen, was er machen wolle oder solle. Vielmehr gibt man der Patientin oder dem Patienten eine Bedenkzeit bis zum nächsten Tag. Bei schwerwiegenden Krankheiten kann man das natürlich weiterfassen. Die Krankenkassen gewähren schließlich die Zweitmeinung. Das heißt, hier ist die Bedenkzeit dann etwas länger, weil sie dann auch sachlich begründet ist. Ich habe ein Formular dabei, welches man nach einer solchen Information unterschreiben soll, dass man mit der Datenverwendung und Datenspeicherung einverstanden ist. Es ist ausreichend, wenn der Betroffene oder die Betroffene das Formular zunächst mit nach Hause nimmt. Er oder sie kann es dann in Ruhe durchlesen. Eine längere Bedenkzeit als 24 Stunden bzw. bis zum nächsten Tag ist nicht notwendig.

Die Aufklärung der Patientinnen und Patienten erfolgt von Arzt zu Arzt individuell. Es fällt jedoch auf, dass, je mehr junge Ärzte in Verantwortung kommen, umso besser die Aufklärung wird. Ich weiß nicht, woran das liegt, ob es an den Universitäten vielleicht besser vermittelt wird oder ob es sich aus der Erziehung der jungen Menschen erklären lässt, dass man mehr Informationen und mehr Verantwortung auf den Patienten oder die Patientin übertragen sollte. Jedenfalls hat es sich deswegen verbessert.

Aus meiner Abgeordnetenzeit erinnere ich mich daran, dass wir mit der Regionalität im Krebsregister das Ziel hatten, wissen zu können, ob bestimmte Industrie- oder Lebensbedingungen krebsverursachend sind. Die „Süddeutsche Zeitung“ hat vor drei Monaten in ihrer Beilage einen Bericht über Krebs bei Winzern in Bordeaux geschrieben. Dort gab es zwei Frauen, die das durchgekämpft haben, und inzwischen ist dort von Pflanzen-

schutzmitteln verursachter Krebs als Berufskrankheit anerkannt worden. Damit ist gemeint, dass bestimmte Umstände, Lebenserfahrungen und Lebenszustände in diesem Krebsregister mit eingebunden werden sollen. Es genügt nicht, nur die Versicherungsnummer der Krankenkasse, die Art der Erkrankung, wo man herkommt und wo man hinwill, aufzunehmen, sondern es wäre auch sinnvoll, weitere Angaben zu melden, wenn sich deren Aufnahme lohnt und es notwendig ist. Diese Meldung sollte dann aber auch weitergegeben werden und nicht irgendwo im Computer verschwinden.

Vorhin wurde gesagt, dass einige Länder mehrere Krebsregister haben wie zum Beispiel Sachsen. Eigentlich klar, dass das ein Tohuwabohu ist. Gottseidank haben wir das in Hessen nicht. Hessen war das dritte Bundesland, das damals auf die Bundesgesetzgebung reagiert hat, und ein solches Krebsregister mit den verbundenen Verpflichtungen beschlossen hat. Insoweit können wir in Hessen damit zufrieden sein.

Abg. **Volker Richter:** Ich habe eine Frage zum Datenschutz, die mich sehr interessiert. Wir kennen es aus der Vergangenheit, dass teilweise Patientendaten weitergegeben wurden. Der Datenschutzbeauftragte ist heute nicht da, aber vielleicht haben Sie, weil Sie es angesprochen haben, Kenntnisse, wie es sich bei einem Widerspruch verhält. Jeder hat die Möglichkeit, auch wenn er mit der Unterschrift schon zugestimmt hat, Widerspruch einzulegen und zu sagen: Ich ziehe mein Einverständnis wieder zurück. – Haben Sie darüber Kenntnisse, wie in einem solchen Fall mit den Daten umgegangen wird? Vielleicht wissen Sie das, obwohl es nicht ihr Job ist.

Herr **Schneider:** Es kommt ganz selten vor, dass eine Genehmigung wieder zurückgezogen wird. Das kommt meistens dann vor, wenn es weitere Erkrankungen gibt, oder wenn es eine Unzufriedenheit der Patientin mit den Behandlern gibt. Ansonsten ist das äußerst selten und somit eine zu vernachlässigende Größenordnung, sofern die Aufklärung ordnungsgemäß war. Das sage ich extra dazu, denn wenn jemand erfährt, dass er hätte aufgeklärt werden müssen, er aber nicht aufgeklärt worden ist, kommt es vor, dass er aus Trotz sein Einverständnis zurückzieht. Dann ist das aber nicht sachlich begründet, sondern eine Folge der Nichtaufklärung. Die Krankenkassen müssen hier noch Arbeit leisten, um die Patientinnen und Patienten darüber aufzuklären, dass sie die Einverständnisverklärung nicht unterschreiben müssen, aber dass es empfohlen wird und sie ihre Fragen an uns richten können.

Vorsitzender: Als nächste Institution haben wir die Hessische Krankenhausgesellschaft e. V., und für diese spricht Herr Prof. Gramminger.

Herr **Prof. Dr. Gramminger:** Zunächst möchte ich feststellen, dass wir uns, glaube ich, an einem Punkt alle einig sind: die Wichtigkeit und die außerordentliche Bedeutung des Krebsregisters für die Behandlungsqualität, für die Patientensicherheit und für die Entwicklung in unserer Medizin. Wir haben mit Sicherheit auch unterschiedliche Meinungen, und auch darauf werde ich eingehen.

Wir haben es heute schon gehört: Auf der einen Seite steht nach Meinung der Krankenhäuser eine nicht auskömmliche Finanzierung, und auf der anderen Seite die Antwort darauf von den Sozialleistungsleistungsträgern, dass man mit Sanktionen reagieren sollte. Herr Sand hat angesprochen, wie die Vergütung zustande gekommen ist. Es ist richtig, dass es eine Bundesschiedsstelle war, die damals die Vergütung festlegte, aber

sie hat im Februar 2015 entschieden, und mittlerweile haben wir das Jahr 2019. Die Beträge, die damals festgelegt worden sind, haben immer noch Bestand, obwohl schon damals von Krankenhausesseite moniert worden ist, dass sie zu niedrig sind. Vor vier Jahren hatten wir bereits eine Umfrage in unseren Krankenhäusern durchgeführt und haben die Rückmeldung bekommen, dass die Kosten nur zu einem Drittel gedeckt sind.

Wenn Herr Sand meint, dass 18 € ausreichend seien und er dies damit begründet, dass man bei der Erhebung von epidemiologischen Daten auch nur 4 € erhält, dann muss ich sagen: Epidemiologische Daten zu erheben ist das eine, klinische Daten zu erheben ist das andere. Der Aufwand bei Letzterem ist wesentlich höher. Wir haben eben zu Recht von der Beachtung des Datenschutzes gehört. Wir haben zu Recht gehört, dass wir es mit Patienten zu tun haben, die Bedenkzeit benötigen. Das heißt: Wenn ich einen Patienten im Krebsregister aufnehme, gehe ich nicht mit einer Checkbox vor und hake Kästchen ab, sondern ich muss sensibel mit den Patienten umgehen. Ich muss Gespräche führen. Sie brauchen Bedenkzeit. Eventuell muss ich auch mehrere Gespräche führen. Für 18 € bekommen Sie heute nicht einmal irgendeine Bestätigung von einem Amt. Hier muss also dringend nachgebessert werden. Wenn man von einer nicht lückenlosen Rückmeldequote ausgeht, ist vielleicht auch das einer der eigentlichen Gründe.

Wir haben unsere Daten von den Krankenhäusern, und bei diesen sind wir bereits bei einer Meldequote von über 90 %. Vielleicht kommen wir hier Ende des Jahres schon näher zusammen. Ich kann die Ausführungen von Herrn Sand in diesem Punkt auch deswegen nicht nachvollziehen, weil er von großen Kliniken, großen Schwerpunktpraxen und onkologischen Schwerpunktpraxen spricht. Das sind genau die Fachärzte, die sich genau auf diese Krankheit spezialisieren. Sie können sicher sein, dass es gerade von diesen Ärzten und auch von den Fachonkologen und von großen onkologischen Zentren ein ureigenes Interesse daran gibt, Daten zu erheben, Daten zu erfassen und diese strukturiert auszuwerten. Gerade in der Tumorbehandlung sind Forschung und Lehre ganz nah an der Behandlung angesiedelt, und nur mit diesen Daten können wir dies auch effizient umsetzen.

Ich darf zu beachten geben: Wenn wir über Sanktionen sprechen, müssen wir auch überlegen, wie wir das umsetzen. Eine Parkuhr abzulesen ist wesentlich einfacher, als nachzuweisen, wer wann und wo keine vollständige Meldung über eine Krebserkrankung gegeben hat. Wir müssen positiv an die Sache herangehen. Wir müssen die Rahmenbedingungen für eine auskömmliche Versorgung oder auskömmliche Finanzierung setzen.

Ein anderer Ansatz, der das Krebsregister fördern würde, wäre, die elektronische Meldung weiter zu etablieren. Der elektronische Datenaustausch ist notwendig, um den Aufwand in den Kliniken und auch in den Praxen zu reduzieren. Bei den Kliniken und Praxen haben wir unsere Sektorengrenzen, die wir überwinden müssen. Hier brechen die Kommunikationsstrukturen häufig ab. Sanktionen sind bei Weitem nicht der richtige Ansatz. Es muss für eine wirklich auskömmliche Finanzierung gesorgt werden.

Die weiteren Änderungen am Krebsregistergesetz begrüßen wir außerordentlich, denn sie gehen in die richtige Richtung. Bei der Leitungsfunktion gibt es eine höhere Flexibilität und bei gewissenhaftem Umgang auch mehr Professionalität. Die Förderung des Datenaustausches mit dem Deutschen Kinderkrebsregister ist eine logische Konsequenz, und auch die Fristverlängerung für die Löschung der Daten nach dem Tod von drei auf zehn Jahre ist dringend angezeigt. Auch das trüge dazu bei, dass wir mit den Daten dann entsprechende Forschung betreiben können und sie nicht nur auf Datenfriedhöfen vergammeln lassen.

Abg. **Christiane Böhm:** Ich gehe auch einmal auf die Finanzierung ein. Gibt es da – auch wenn das hier nicht Sache dieses Gesetzes ist – noch Vorstöße von Ihrer Seite, von der Krankenhausgesellschaft oder von den Krankenhäusern? Sehen Sie in der Landesregierung eine Unterstützung, um diese Vergütungen anzupassen? Wie sehen Sie in diesem Zusammenhang den Umstand, dass die Vergütung für die Meldung bei Minderjährigen geringer als bei Erwachsenen ausfällt?

Das Kommissariat der Katholischen Bischöfe im Lande Hessen hat eine schriftliche Stellungnahme abgegeben, ist heute jedoch nicht anwesend. Deswegen würde ich gerne Sie dazu fragen. Der Verwaltungsaufwand, den sie aufgelistet haben, ist schon sehr eindrücklich. Können Sie das nachvollziehen, und gilt das auch für die anderen Krankenhäuser? Aus welchen Mittel wird dieser Aufwand finanziert? Ich kann mir vorstellen, dass es nicht aus den Investitionskosten finanziert wird. Dann müssten es also die Mittel sein, die Sie für die gesundheitliche Versorgung der Patientinnen und Patienten haben. Ist das überhaupt in Ordnung?

Sie haben darüber gesprochen, dass die Krankenhäuser eigentlich die 90 % Sollzahl der Meldungen erbringen. An welcher Stelle vermuten Sie die Nichtmelderinnen und Nichtmelder? An welche Gruppe von Meldern und Melderinnen müsste man besonders herantreten, um das Kriterium der Vollständigkeit zu erreichen?

Abg. **Yanki Pürsün:** Ich würde gerne wissen, wen die Unterfinanzierung in erster Linie trifft. Das werden die größeren Einrichtungen sein, aber vielleicht können Sie aufzählen, wen es hauptsächlich trifft. Aus dem, was Sie zu den Sanktionen gesagt haben, konnte man heraushören, dass die Betroffenen der Unterfinanzierung nicht unbedingt die sind, die nicht melden, sondern es könnten auch andere sein. Nun steht die Forderung nach Sanktionen für Nichtmelder im Raum – wofür man große Sympathien haben kann –, aber ist das denn eigentlich richtig, etwas, was in unser aller Interesse als Gesellschaft, als Politik und Staat liegt, nicht ausreichend zu finanzieren? Da stellt sich die Frage, ob der erste Schritt nicht sein müsste, es auskömmlich zu finanzieren. Ich weiß nicht, ob Sie das rechtlich geprüft haben. In anderen Bereichen zwingt der Staat alle möglichen Personen und Unternehmen dazu, Daten rauszurücken, ohne Geld dafür zu geben. Daher bin ich nicht sehr zuversichtlich, aber vielleicht haben Sie das rechtlich geprüft.

Ich habe angedeutet, dass es zweifellos für uns alle eine ganz wichtige Aufgabe ist und wir selbstverständlich dazu verpflichtet sind, für eine ordnungsgemäße Finanzierung zu sorgen. Kollegin Böhm hat es angedeutet, und auch ich möchte in diese Richtung eine Frage stellen. Es ist nicht so, dass Ärzte einfach sagen: „Wenn ich den Aufwand, den ich objektiv habe, nicht erstattet bekomme, dann melde ich nicht.“ – So ist es nicht, denn es wird gemacht, und daher entsteht ein Defizit. Dieses Defizit muss dazu führen, dass an anderer Stelle Geld für etwas fehlt, das vielleicht nicht ganz so viel Aufmerksamkeit erhält. Da wäre natürlich die Frage: Wie geht das Land Hessen damit um? Wäre es rechtlich in der Lage und auch willens, eine hessische Lösung zu finden, damit wir diese Defizite nicht haben? – Denn es ist nicht so, dass wir so privilegiert sind, dass wir nur in diesem Bereich eine Unterfinanzierung haben. Auch bei Investitionskosten und bei anderen Finanzierungen reicht das Geld mit allergrößten Konsequenzen nicht. Ich weiß nicht, ob Sie es sagen wollen, aber von daher die Frage an die Landesregierung – und wenn sie sie hier nicht beantworten will, dann stelle ich sie auch nochmal unter vier Augen –: Da es ein hessisches Gesetz ist und die Unterfinanzierung schon seit Jahren thematisiert wird, würde mich interessieren, ob wir da nicht auch eine hessische Lösung finden können.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Sie haben gesagt, dass ungefähr ein Drittel kostendeckend ist. Das heißt, den größten Teil, die verbleibenden zwei Drittel, zahlen die Krankenhäuser selbst. Wie muss ich mir das vorstellen? Was decken die 18 € ab? Was können Sie damit bestreiten? Was ist on top? Was zahlen die Krankenhäuser selbst, auch hinsichtlich von zusätzlichem Personal und Sachaufwand? Eben, als die Krankenkassen geantwortet haben, ging es um den Basisdatensatz mit Diagnose, Therapie und Follow-up-Daten, was jetzt in dem neuen Gesetz hinzugekommen ist. Das bedeutet einen Mehraufwand. Was ist davon leistbar und was nicht? Was die 18 € für die Erstmeldung betrifft, so ist mir in einem bilateralen Gespräch zu Ohren gekommen, dass die Meldestelle das Gros bekommen würde und nicht die Krankenhäuser oder der meldende Arzt. Vielleicht könnten Sie das aufklären. Ist das so, oder stimmt das nicht?

Abg. **Dr. Ralf-Norbert Bartelt:** Ich hätte eine Frage hinsichtlich des Nutzens, den Sie, die Krankenhäuser, aus dem klinischen Krebsregister ziehen. Davon ist natürlich auch abhängig, wie wir uns hinsichtlich der Forderung nach einer stärkeren Finanzierung stellen. Dazu zwei Fragen: Können Sie uns freundlicherweise einen Einblick geben, wie Sie das Krebsregister nutzen? Vielleicht nennen Sie uns eine Zahl, wie häufig es Anfragen gibt und wie häufig es in Publikationen zitiert wird, damit wir einen Eindruck bekommen, wie relevant das klinische Krebsregister für Ihre Forschung ist.

Die zweite Frage: Das Hessische Onkologiekonzept ist glücklicherweise Praxis geworden. Kann man anhand des klinischen Krebsregisters bereits ablesen, dass das zu einer Standardisierung und Optimierung der Behandlung von Krebspatienten geführt hat? Gibt es da erste Erkenntnisse?

Herr **Prof. Dr. Gramminger:** Ich werde versuchen, die Vielzahl der Fragen strukturell abzarbeiten. Die erste Frage betraf die Finanzierung. Es geht darum, ob auf Bundesebene, also durch die Deutsche Krankenhausgesellschaft, Aktivitäten geplant sind. Es ist so, dass über die Landeskrankenhausgesellschaften und über die DKG Anträge eingebracht werden, die dann mit GKV Bund verhandelt werden. Im Rahmen der Verhandlungen muss man dann schauen, ob man sich auf der Ebene der Selbstverwaltungspartner einigen kann; wenn nicht, wird wieder die Schiedsstelle hinzugezogen. Ich vermute, dass Letzteres der Fall sein wird. Das ist auch der Grund, warum es vier Jahre gedauert hatte. Aktuell stehen noch viele andere große Themen an. Auf alle Fälle werden wir auch das berücksichtigen und mit Nachdruck daran arbeiten. Diesen Weg müssen wir über den Bund gehen, weil es primär ein Bundesgesetz ist.

Dann wurde eine Frage bezüglich der geringeren Vergütung für Meldungen von minderjährigen Krebspatienten gestellt. Als ich noch Medizin studierte, sagte einer meiner Professoren: „Medizin für kleine Menschen ist nicht einfach kleine Medizin oder das Halbieren einer Tablette.“ Es ist ein völliger Trugschluss, zu denken, bloß, weil es ein Minderjähriger ist, dass der Aufwand der Meldung geringer ist. Ich würde sogar sagen, dass die Arbeit, durch die Angehörigen und die großen Sorgen, die herrschen, eher größer ist. Insofern ist das Alter des Patienten nicht der richtige Ansatz für die Bemessung der Vergütung.

Ich wurde auch gefragt, woher die Nichtmelder kommen, wenn die Krankenhäuser über 90 % ihrer Daten melden. Dafür bin ich nicht der richtige Ansprechpartner. Es liegt natürlich auf der Hand: Wenn es nicht die Krankenhäuser sind, dann sind es die Niedergelassenen, welche die Patienten weiterbehandeln. Das ist der Vertragsarztbereich. Hierzu liegen mir keine Zahlen vor. Ich darf vielleicht darauf hinweisen: Herr Sand hat

von einer Sollzahl vom RKI gesprochen. Wir gehen hier aktuell davon aus, dass diese Sollzahl auf einer absoluten Wahrheit beruht. In diesem Zusammenhang möchte ich zu bedenken geben, dass die Grundbasis, auf der diese ermittelt wurde, vielleicht auch nicht ganz korrekt ist, vor allem, weil durch die Daten des RKI ein zeitlicher Verzug in die Berechnung miteingeflossen ist. Das wirft wiederum die Frage der tatsächlichen Überprüfbarkeit auf. Da wird es sicherlich eine gewisse Grauzone geben.

Herr Pürsün hat gefragt, wen die Unterfinanzierung hauptsächlich trifft. Wenn Sie pro Fall ein Defizit durch Unterfinanzierung haben, dann trifft es am meisten die, die auch am meisten melden. Diejenigen, die nicht melden, machen das aus der Motivation heraus, ihre Arbeitszeit anders zu nutzen. Die anderen vermehren ihre Arbeitszeit und machen das dann entsprechend on top. Das sind diejenigen, die darunter leiden. Ich kenne verschiedene Maximalversorger, die nicht nur für Arbeitsverdichtung sorgen, sondern auch zusätzliches Personal einstellen. Es werden häufig Dokumentare angestellt. Oftmals wird die Meldung in Kombination mit Zertifizierungen abgearbeitet, für welche eine Dokumentation ohnehin und sogar noch ausführlicher erfolgen muss. Als Nebenprodukt wird die Meldung für das Krebsregister dann mit erledigt. Das heißt: Die Praxis sucht sich Lösungen, um der Anforderung gerecht zu werden und die Dokumentation zu erfüllen, auch wenn sie nicht gegenfinanziert ist.

So ergibt sich dann auch die Rechnung der Umfrage, dass die Kosten der Meldung zu einem Drittel durch die Vergütung gedeckt sind. Die Kosten beziehen sich hauptsächlich auf die Arbeitszeit der Ärzte, der Dokumentare sowie des zusätzlichen Personals, welches angestellt wird. Diese Kosten werden dann durch die Vergütung reduziert, pro Meldebogen 18 €, und die Differenz, die dann übrigbleibt, entspricht zwei Dritteln. Die Gesamtkosten sind also dreimal so hoch wie die Vergütung. So kam dann diese Rechnung zustande. Das war bereits vor vier Jahren so, als wir die Studie erhoben haben. Vielleicht müsste man die Kliniken nochmals befragen, weil sich hier, auch mit der digitalen Erfassung, einiges getan hat. Das kann zur Rationalisierung beitragen, aber es ist bestimmt weiterhin ein großer Differenzbetrag offen. So viel zu der Frage der Unterfinanzierung und der Dokumentation, die auch das Kommissariat der Katholischen Bischöfe im Lande Hessen entsprechend aufgezählt hat. Wir sind von den zusätzlichen Arbeitsbereichen ausgegangen und haben ausgerechnet, wie viele Dokumentare, wie viele Stationsärzte und weitere Mitarbeiter wir zusätzlich brauchen, und haben damit zwar keine direkte Summe benannt, aber den Bedarf aufgezeigt.

Sie haben gefragt, inwieweit das Krebsregister relevant für die klinische Forschung ist. Ich habe vorhin schon angesprochen, wie wir mit den Daten umgehen. Das Krebsregister ist für die großen Onkologie-Zentren und für die Universitätskliniken wichtig, weil dort viel Forschung und Lehre betrieben wird. Wir haben auf der einen Seite natürlich einen Datenschutz. Auf der anderen Seite erleben wir aber auch häufig, dass man sich nicht so gerne von anderen in die Karten schauen lassen möchte. Das wird oft angeprangert und ist sehr traurig. Man müsste hier eine wesentlich höhere Transparenz haben. Ich habe hier eine gesetzliche Vorgabe, nach der eigentlich alle auch auf die Daten zugreifen können sollten, müssten und dürfen. Das würde die Arbeit im klinischen Bereich sehr gut unterstützen. Die Frage ist nur: Wie komme ich an die Daten heran? Man müsste hierfür in engen Kontakt mit der Landesauswertungsstelle treten. Ich weiß nicht, wie gut die Kooperation zwischen den Kliniken und der Landesauswertungsstelle tatsächlich läuft. In der Theorie funktioniert es so, dass jede Klinik ihre Daten anonymisiert zurückgespiegelt bekommt und die Möglichkeit hat, eine Benchmark zu den hessenweiten Daten, die da erhoben werden, zu bekommen. Die Klinik kann so Vergleiche ziehen und sehen, inwiefern ihre Daten gegebenenfalls im Positiven oder im Negativen von gewissen Benchmarkdaten abweichen; und das ist sehr wichtig. Gerade bei den klinischen

Daten, im Gegensatz zu den epidemiologischen Daten, ist ein guter Datenaustausch besonders wichtig, um Effizienz zu haben.

Das Hessische Onkologiekonzept ist sehr gut etabliert. Wir haben in Hessen sechs Koordinationsstellen, die im engen Austausch zum Hessischen Krebsregister stehen. Dort haben wir auch entsprechende Koordinationsstellen, die auch die Aufgabe wahrnehmen die Patienten in Informationsveranstaltungen zu informieren. Auch hier werden Daten des Krebsregisters genutzt.

Es ist die Frage gefallen, ob das Land Hessen etwas tun kann. Wir haben eine Bundesregelung, welche die pauschale Vergütung bei der Meldung festlegt. Insofern wird das Land Hessen die Zuständigkeit für die Regelung der Vergütung wohl beim Bund sehen. Allerdings wurde im Fall des Zuschusses bei den Kindern eine Regelung über das Land gefunden. Daher gibt es vielleicht auch Möglichkeiten, etwas zu tun. Bei einer Aktualisierung, Änderung oder Fortführung des hessischen Gesetzes wäre es auf jeden Fall hilfreich, wenn wir Unterstützung in der öffentlichen Meinung und in der Politik in Berlin bekommen würden, dass diese Pauschale dringend angehoben werden muss. Diese 18 € kommen über das Krebsregister. Das Krebsregister stößt die Abrechnung über die Krankenkasse an und gibt das Geld anschließend weiter.

Vorsitzender: Die nächste Institution ist der Landesverband der Privatkliniken Hessen e. V. Für diesen spricht die Landesgeschäftsführerin Frau Afemann.

Frau **Afemann:** Wir können die Änderungen mittragen und haben ein paar Vorschläge, wie man das Krebsregister weiterentwickeln könnte. Ich möchte zunächst noch auf die Aussagen der Kassenvertreter eingehen und damit Herrn Prof. Gramminger unterstützen. Wir sind Mitglied der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V., und auch wir denken, dass eine auskömmliche Finanzierung dafür sorgen wird, dass die Meldebereitschaft steigt. Im Krankenhaus liegt sie bei über 90 %. Hier wäre vielleicht ein Faktencheck angeraten. Es gibt das Prognos-Gutachten aus dem Jahr 2018. Da ist etwas differenzierter dargestellt, wie die Rückmeldung aus den einzelnen Sektoren ist. Man müsste vielleicht beim Hessischen Krebsregister nachfragen, wo denn bei der Meldebereitschaft Defizite sind. Im Krankenhausbereich gibt es definitiv keine, dort liegen wir bei über 90 %.

Auf Krankenseite besteht ein großes Interesse daran, Daten zu haben, damit man die Behandlung vor Ort verbessern und die Versorgung der onkologischen Patienten voranbringen kann. Im Übrigen, wir vergleichen uns gerne mit den skandinavischen Systemen. Ich habe recherchiert, wie dort mit Sanktionen bei der Meldung von Krebsregistern umgegangen wird. Die Finnen und die Norweger setzen beispielweise darauf, dass die Krebsregister nachfassen, und auch darauf, dass die Meldeverpflichtenden durch eine auskömmliche Finanzierung ihrer Meldepflicht nachkommen.

Im Hinblick auf das Streichen der Staatsangehörigkeit bei den epidemiologischen Daten war es ein Ansatz, zu überlegen, inwieweit man die Dokumentationsinhalte erweitern kann. Das hängt natürlich davon ab, was für ein Interesse daran besteht. Je differenzierter die Daten sind, die Sie haben, umso zielgenauere Maßnahmen zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung können Sie durchführen. Insofern wäre die Frage, ob man beispielsweise Menschen mit Migrationshintergrund etwas näher in den Blick nimmt und prüft, ob dort Verbesserungen möglich sind. Das ist ein breites Feld, denn Migranten sind eine sehr heterogene Gruppe. Wir und auch das Robert Koch-

Institut, welches vor Kurzem die Imira-Studie durchgeführt hat, um ein migrationssensibles Gesundheitsmonitoring aufzubauen, stellen jedoch fest, dass es nur wenig Daten dazu gibt, wie es um die gesundheitliche Versorgung der Migranten bestellt ist.

Es wäre Überlegenswert, in einer der Fachgruppen zu diskutieren, wie man diese Datenlage verbessern kann. Das heißt, dass man vielleicht erhebt: Wann ist jemand eingewandert? Was hat er für eine Sprachkompetenz? Ist er in der ersten oder in der zweiten Generation hier? – Die Staatsangehörigkeit alleine ist als Wert nicht besonders aussagekräftig. Es gilt kritisch zu hinterfragen, ob das nun Migrationsfaktoren oder sozioökonomische Faktoren sind, die vielleicht zu einer Benachteiligung in der Versorgung führen, und wie man das verbessern kann.

Beispielsweise war vor Kurzem zu lesen, dass onkologische Patienten mit Migrationshintergrund fast nie palliativmedizinische Angebote wahrnehmen. Das wirft die Frage auf, weshalb das so ist. Interessant wäre auch, zu erfahren, wann Personen mit Migrationshintergrund zum ersten Mal mit ihrer Krebserkrankung zum Arzt kommen. Gibt es dort Auffälligkeiten oder nicht? Wenn man Daten erhebt, muss man sich auch vor dem Hintergrund der Datensparsamkeit fragen: Wo könnte vielleicht ein Mehrwert liegen, um die Gesundheitsversorgung noch weiter voranzubringen? – Vor allem dort, wo man nicht unbedingt nur mit Schätzwerten arbeitet. Das RKI hat vor Kurzem einen Aufsatz zum Thema Eltern von minderjährigen Kindern herausgegeben. Es wurde die Frage gestellt, wie viele von ihnen an Krebs erkranken, und darauf hingewiesen, dass das Krebsregister hierzu keine Daten liefert und man daher von anderen Datensätzen ausgeht und den Bedarf schätzt.

Ein weiterer Punkt sind die „patient reported outcomes“. Man überlegt, inwieweit man diese Daten in eine der Datenbanken, wie das Hessische Krebsregister, überführen kann. Das würde bedeuten, dass man die Patientenperspektive zum allgemeinen Gesundheitszustand und auch zu den Symptomen, die der Patient während und vor der Behandlung spürt, mit einbezieht. Das ist ein sehr herausforderndes Feld, denn das setzt voraus, dass die Patienten mitarbeiten und kontinuierlich Daten liefern. Jeder, der in seinem Bekanntenkreis einen onkologisch erkrankten Angehörigen hatte, wird wissen, dass die Bereitschaft, kontinuierlich Daten zu liefern, abhängig davon ist, wie die Krankheit verläuft. Hierzu gibt es momentan eine bundesweit durchgeführte Studie: die Edium-Studie für Darmkrebspatienten. Möglicherweise lassen sich aus dieser ein paar Ansätze ziehen, wie man das Ganze in das Hessische Krebsregister oder die Krebsregister der Länder überführen könnte, um noch mal Analysen fahren zu können und um die Versorgung auch im Sinn der Patienten zu verbessern.

Abg. **Yanki Pürsün**: Wenn das Stichwort Digitalisierung fällt, dann können Sie sich der Aufmerksamkeit der FDP immer sicher sein. Digitalisierung ist immer sinnvoll, und dieser Bereich ist unterfinanziert. Durch Digitalisierung lassen sich vielleicht noch Kosten sparen. Deswegen wäre die Frage: Was können wir tun, um den Prozess zu digitalisieren? Können wir da verbindliche Vorgaben schaffen, die eingehalten werden müssen, um zu vermeiden, dass irgendjemand das auf den Tisch bekommt, aber nicht umsetzt?

Frau **Afemann**: Im Krankenhausbereich setzt das voraus, dass Sie ausreichend Investitionsmittel haben, um die Digitalisierung voranzubringen. Das Gleiche gilt sicherlich auch in anderen Sektoren. Je einfacher die Datenmeldung ist, umso höher ist die Bereitschaft dazu. Wenn Sie Daten einfach in andere Systeme importieren können, ist das natürlich viel einfacher, als wenn Sie Daten mehrfach anfassen und in andere Masken übertra-

gen müssen. Insofern ist es eine Grundvoraussetzung, dass Investitionsmittel zu Verfügung stehen und man die Chancen der Digitalisierung nutzt, damit wir unsere Krankenhäuser auf den Weg bringen und über Sektorengrenzen hinweg an den Schnittstellen Verbesserungen erzielen. Über das digitale Abbilden ist viel möglich, und das sollte zum Wohle der Bevölkerung auch genutzt werden. Die Landesregierung ist hier gefordert. Ich kann daher nur an Sie appellieren, uns in diesem Bereich zu unterstützen.

Abg. **Dr. Daniela Sommer:** Sie hatten die Idee, eine Studie zu initiieren, die diese „patient reported outcomes“ abbilden könnte. Was bräuchte man dafür, damit man das für Hessen umsetzen kann?

Frau **Afemann:** Man kann die Edium-Studie als Beispiel nehmen. Es gibt auch eine App, die momentan auf Bundesebene vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert wird, die es Patienten ermöglicht, zurückzuspiegeln, wie die Behandlung abläuft. Wenn diese Studien abgeschlossen sind, kann man evaluieren, inwieweit sich das bewährt hat oder wo man vielleicht nachbessern muss. Es könnte ein digitales Projekt sein, sich in Hessen eine Krebserkrankung vorzunehmen, von der vielleicht eine eher jüngere Klientel betroffen ist – wie z. B. Brustkrebs, da sind auch jüngere Patienten darunter –, und mit einer Hochschule ein Projekt aufzusetzen. Das könnte dazu dienen, zu erproben, wie die Rückmeldebereitschaft sein könnte, und wie man die Rückmeldung vereinfachen kann. Natürlich würde das über digitale Mittel stattfinden, sodass man nicht etwas auf einem Papierbogen ankreuzt, sondern kontinuierlich in einer Art Patiententagebuch rückmelden kann: Wie geht es mir im Verlauf der Krebserkrankung? Was ist mir gut bekommen und was nicht so gut? Welche Einschränkungen hatte ich? Das ist dann ein Mehrwert, sowohl für die Ärzte als auch für die Patienten.

Aus diesem Grund führen die Ärzte z. B. diese Edium-Studie durch, damit man auch schon während der Behandlung eingreifen und Verbesserungen erzielen kann. Auch im Nachgang einer Behandlung kann man sicherlich einen Nutzen daraus ziehen. Es ist das eine, wenn der Arzt eine Nebenwirkung dokumentiert. Es ist das andere, wenn der Patient sagen kann: Wie war ich in meinem Alltag eingeschränkt? Analog dazu ist es das eine, diese vom Patienten gelieferten Daten einem Fachpublikum zur Auswertung zur Verfügung zu stellen, und das andere wäre, zu überlegen: Inwieweit kann ich Patienten oder Bürger, die vielleicht irgendwann in die Lage kommen. Daten zu melden, eine gewisse Transparenz gewähren? Wir haben in Bezug auf den Datenschutz gehört, dass die Aufklärung scheinbar etwas schleppend verläuft. Es ist natürlich auch so, dass Sie, wenn Sie eine Krebsdiagnose bekommen, ganz andere Sorgen haben. Es wäre die Frage, ob man nicht im Vorfeld durch Aufklärung in den Praxen, durch Faltblätter – ich weiß, das Hessische Krebsregister hat auch Informationen auf der Website für Bürger hinterlegt – sensibilisieren und darauf hinweisen kann, wie die onkologische Versorgung in Hessen vonstatten geht. Wo erfährt der Bürger von dem Onkologiekonzept in Hessen? Erfährt er davon erst, wenn er im Krankenhaus ist, oder hat er auch eine Möglichkeit, es vorher zu bemerken und dann eine rationale Entscheidung zu treffen, wenn er in die Situation gerät?

Vorsitzender: Als nächste Institution ist dann die Vertrauensstelle Hessisches Krebsregister an der Reihe, und hier hat Herr Rapp das Wort.

Herr **Rapp**: Ich möchte auch kurz etwas zum Gesetz sagen. Vom Grundsatz her sind auch wir sehr zufrieden damit, dass die Anpassungen, die auch wir so größtenteils vorgesehen haben, vorgenommen wurden. Ich möchte aber vor allen Dingen auch auf den einen oder anderen Ansatz zu sprechen kommen, der hier besprochen wurde, und auch etwas in Sachen Datenschutz sagen. Ich kann vonseiten des Krebsregisters sagen, dass der Datenschutz einen hohen Stellenwert hat. Die Information der Patienten erfolgt nach besten Möglichkeiten. Wir haben unter hessischeskrebsregister.de für den Patienten, aber auch für die Meldenden, die Internetseite des Krebsregisters sehr anschaulich ausgebaut. Wir haben viele Informationen zur Verfügung gestellt und stellen den Patienten auch Informationsflyer zur Verfügung. Der Arzt soll diesen bestenfalls mit der Diagnose übergeben, damit der Patient etwas zur Hand hat und eine Möglichkeit hat, sich darüber zu informieren: Was bedeutet es für mich, wenn ich in das Krebsregister komme? Was hat das für Beweggründe?

Er hat ein ständiges Widerspruchsrecht. Vielleicht muss das hier auch noch einmal gesagt werden: Er kann jederzeit über seinen Hausarzt der Meldung widersprechen. Die Information geht dann an uns, und wir löschen den Patienten dann vollständig aus dem Krebsregister. Das steht natürlich im Widerspruch zur Vollzähligkeit, aber wir haben Gott sei Dank derzeit relativ wenige Widersprüche. Das stört uns natürlich nicht, aber es könnte auch jederzeit kippen. Nichtsdestotrotz muss man dem Datenschutz gerecht werden, und das tun wir auch. Der Patient hat jederzeit die Möglichkeit, zu widersprechen, und zwar sein Leben lang. Das ist ein wichtiger Punkt.

Ansonsten hatten Sie die Dokumentation in den Kliniken angesprochen. Nach meinem Wissenstand werden wir noch nicht vollständig von allen Kliniken bedient. Es gibt hier noch Probleme. Wir haben von vielen Stellen vonseiten der Kliniken die Information erhalten, dass die Förderung nicht ausreicht. Wir merken aber auch, dass dort, wo Strukturen vorhanden sind – z. B. für die Zertifizierung für die Organkrebszentren –, auch dokumentiert wird. Es ist nicht so, dass wir einen kompletten Bypass oder eine zusätzliche Dokumentation dort aufbauen. Die Dokumentation erfolgt in den Einrichtungen bereits zu 90 %.

Das fordern wir auch für die Zertifizierung der Organkrebszentren an. Immerhin gibt es derzeit 93 Zentren in Hessen, die sich zertifizieren lassen und die eigentlich mit ihren Erhebungsbögen, die sie an die Deutsche Krebsgesellschaft schicken, auch nachweisen sollen, dass sie mit dem Hessischen Krebsregister zusammenarbeiten. Das ist derzeit ein Punkt, bei dem wir feststellen, dass das noch nicht hundertprozentig gegeben ist. Wir haben von diesen Einrichtungen noch nicht alle Meldungen. Das betrifft noch den stationären Bereich und nicht etwa den niedergelassenen Sektor. Auch im niedergelassenen Sektor fehlt uns derzeit natürlich noch einiges. Da sind wir noch im Aufbau. Ansonsten nutzen wir die Strukturen des Hessischen Onkologiekonzepts mit. Es ist sehr wertvoll, in den Regionen mit diesen koordinierenden Krankenhäusern gute Partner zu haben. Dort ist die Dokumentation mit am besten. Das ist für uns ein wertvoller Aspekt. Dort wird sehr gut dokumentiert. Die Informationen für uns von dort sind von großer Qualität – was dann nachgelagert in den kooperierenden Kliniken bzw. im niedergelassenen Sektoren nicht unbedingt der Fall ist. Da ist auch die Datenqualität ein schwieriger Punkt, durch den wir im Krebsregister mehr Arbeit haben.

Zwischendurch wurde die Frage gestellt, ob es Mindestanforderungen gibt. Wir stellen Mindestanforderungen an die Kliniker und haben diese plakativ auf der Internetseite dargestellt, damit jeder Kliniker und jeder zugelassene Arzt weiß, was wir von ihm fordern. Wir sind noch damit hinterher, die Dokumentation komplett auf elektronische Verfahren umzustellen. Da haben wir noch Probleme. Teilweise muss noch auf Papier do-

kumentiert werden. Das ist im niedergelassenen Sektor ein Problem, wo der eine oder andere Arzt sagt: „Der Aufwand ist mir zu hoch“. Wir stoßen deutlich auf Widerstände, und da ist die Sanktionierung eventuell eine Maßnahme. Wenn wir informieren, dass wir von den Ärzten möchten, dass sie melden, wird häufig hinterfragt, ob sanktioniert wird, und dann ist für uns leider meistens schon die Tür zu.

Abg. **Marcus Bocklet:** Zunächst einmal habe ich die Zeit genutzt, um auf hessischeskrebsregister.de zu schauen. Das ist eine wunderbare Homepage. Herzlichen Dank an all diejenigen, die daran arbeiten. Einen Hinweis als Anregung möchte ich geben: Man könnte auch das Gesetz auf die Homepage verlinken, weil man danach ein bisschen umständlich suchen muss.

Mich umtreibt die Datenschutzfrage des Klarnamens. In § 4 steht, dass die Identitätsdaten von den epidemiologischen Daten, § 8, unterschieden werden. Wozu braucht man Klarnamen, Vornamen und Familiennamen, um ein gutes, qualitativ hochwertiges Krebsregister zu führen? Das ist die Frage, die der Vorredner einst ansprach. Es birgt das Risiko, dass diese Daten unter Umständen irgendwann mal in missbräuchliche Hände fallen. Man braucht den Klarnamen doch nicht, um ein gutes Krebsregister zu haben. Falls doch, nennen Sie mir doch bitte ein, zwei Gründe dafür.

Herr **Rapp:** Wir brauchen dringend die Klarnamen. Sie hatten schon gehört, dass die Daten zur Schätzung der Zahlen an das Robert Koch-Institut weitergegeben werden. Diese Schätzung und die Datenübermittlung erfolgen mit Pseudonymen. Eine Verwendung von Klartextdaten findet nicht statt, aber bei uns müssen wir die Daten zwingend im Klartext vorhalten. Wir bekommen aus den verschiedensten Quellen Informationen, ob das die verschiedenen Melder aus den Kliniken oder aus dem niedergelassenen Sektor sind, oder nachgelagert auch z. B. Totenscheine, die bei uns eingehen. Das sind zum Teil Informationen mit unterschiedlichen Nachnamen, wo Fehler im Geburtsdatum passieren, wo der Patient zwischendurch umzieht und diese Veränderungen im gesamten Zeitfenster, in dem wir die Daten erheben, nachvollzogen werden müssen. All das könnte dazu führen, dass wir den Patienten bei uns doppelt, dreifach oder noch häufiger im Register aufführen. Wir überschätzen die Daten bei uns.

Wir können keine vernünftige Krebsregistrierung, keine Auswertung fahren, wenn wir nicht hundertprozentig genau wissen, der Patient ist bei uns nur einmal im Register. Nur mit Klartextdaten können wir z. B. nachverfolgen, dass er nach einem Jahr den Wohnort gewechselt hat, wir aber aufgrund einer alten Krankenkassenkarte immer noch die falsche Adresse bekommen. Der Patient kommt also bei uns noch unter den alten Daten. Wir müssen die Daten zwingend zusammenführen, sonst können wir in der Landesauswertungsstelle keine validen Auswertungen fahren. Von daher müssen wir deutschlandweit – das ist nicht nur in Hessen so – die Daten im Klartext vorhalten. Daran kommen wir an der Stelle nicht vorbei, sonst haben wir ein maximales Problem. Ich weiß nicht, ob Sie das wissen, aber wir erhalten von den Meldebehörden die Information, wenn ein Patient umzieht. So können wir diese Information bekommen, auch wenn er z. B. den Namen ändert. Das sind wichtige Quellen für uns, um sicherzustellen, dass der Patient bei uns im Krebsregister nur einmal auftaucht.

Vorsitzender: Wir sind am Ende dieser mündlichen Anhörung. Ich danke den Anzuhörenden ganz herzlich dafür, dass sie hier heute erschienen sind und ihre Ausführungen gemacht haben. Somit komme ich zum Schluss der 13. Sitzung des Sozial- und Integrationspolitischen Ausschusses und wünsche Ihnen allen noch einen angenehmen Tag.

Beschluss:

SIA 20/13 – 17.10.2019

Der Sozial- und Integrationspolitische Ausschuss hat eine öffentliche mündliche Anhörung durchgeführt.