

Grundlagen und Umsetzung der Meldevergütung in Berlin und Brandenburg

Stand: 01.07.2020

Inhalt

1. Einleitung.....	2
2. Meldeanlässe.....	2
3. Voraussetzungen zur Bearbeitung einer Meldung.....	2
4. Voraussetzungen für die Vergütbarkeit	4
5. Mindestangaben und Regelungen je Meldeanlass für die Vergütbarkeit.....	5
5.1 histologische / labortechnische / zytologische Sicherung einer Diagnose	5
5.2 Diagnose	6
5.3 Therapie - allgemeine Regelungen.....	7
5.4 Operation	7
5.5 Bestrahlung	8
5.6 Systemische Therapie.....	8
5.7 Therapiekombination	9
5.8 Therapieablehnung	9
5.9 Abschlussmeldung (Tod)	9
5.10 Verlauf	10
6. Umgang mit mehrfachen Meldungen zu einem Meldeanlass	11
7. Umgang mit Meldungen ohne Meldeanlass oder unvollständigen Daten	12
Anhang A: Zu registrierende Diagnosen (Liste ICD-GM-Codes)	13

1. Einleitung

Das Krebsfrüherkennungs- und Registergesetz (KFRG) sowie der Staatsvertrag bilden die Grundlagen für die Krebsregistrierung in den Bundesländern Berlin und Brandenburg. In Bezug auf die Meldepflicht und die Registrierung der Daten im Krebsregister treten allerdings immer wieder Fragen auf. Wer genau soll wann was melden? Wer hat wofür einen Anspruch auf eine Meldevergütung? Hinzu kommt: Jede Tumorentität hat ihre Spezifika und nicht für jede Besonderheit gibt es eine klare Vergütungsregelung.

Nachfolgend sollen die häufigsten Fragen beschrieben und beantwortet werden. Damit soll ein besseres Verständnis dafür geschaffen werden, wie die Gesetzgebung rund um das Thema „Meldeanlass und Meldevergütung“ in Berlin und Brandenburg umgesetzt wird.

Vorab einige einleitende Bemerkungen:

- Das KFRG bildet zwar die bundesweiten Rahmenbedingungen,
- die Durchführungsbestimmungen werden aber auf Landesebene geregelt. Daher sind im föderativen System je nach Bundesland unterschiedliche Umsetzungen möglich.
- Bundesweite Arbeitsgruppen versuchen, einheitliche Regelungen zu finden. Dies gelingt aber nicht immer,
- da die Gesetzgebung viel Interpretationsspielraum zulässt.
- In Berlin und Brandenburg wurden in Abstimmung mit den dortigen Gesetzgebern nachfolgende Festlegungen geregelt bzw. konkretisiert.
- Bei neuen Entwicklungen wird dieses Dokument regelmäßig aktualisiert und erweitert.

2. Meldeanlässe

Meldeanlässe sind:

- die Diagnose einer Tumorerkrankung (18,00 €)
- die histologische, zytologische oder labortechnische Sicherung der Diagnose (4,00 €)
- der Beginn und der Abschluss einer therapeutischen Maßnahme (insbesondere Operation, Strahlentherapie, systemische Therapie) (5,00 €)
- jede Änderung im Verlauf einer Tumorerkrankung, wie beispielsweise das Auftreten von Rezidiven, Metastasen, das Voranschreiten der Tumorerkrankung, teilweise oder vollständige Tumorremission und Nebenwirkungen (8,00 €)
- der Tod der Patientin oder des Patienten (8,00 €)

3. Voraussetzungen zur Bearbeitung einer Meldung

Voraussetzung für die Bearbeitung einer Meldung sind:

- **Das Vorliegen einer meldepflichtigen Erkrankung (siehe Anhang A)**
Alle nicht meldepflichtigen Erkrankungen werden nicht dokumentiert.
- **Der Patient ist mindestens 18 Jahre alt**
Alle Meldungen vor dem 18. Lebensjahr sind an das Kinderkrebsregister zu richten.
Auch ein Rezidiv/Progress ab dem 18. Lebensjahr sind an das Kinderkrebsregister zu melden.

- **Patienten mit Wohnort in Berlin:** Die Dokumentation beginnt grundsätzlich erst mit **Erstdiagnose ab 01.07.16**
- **Patienten mit Wohnort in Brandenburg und in anderen Bundesländern:** Meldungen zu aktuellen Meldeanlässen (**Leistungsdatum ab 01.07.2016**) ohne Einschränkungen bezüglich des Datums der Erstdiagnose
- **Vollständige Patienten-Stammdaten**
(insbesondere die Krankenkasse (incl. IK der Krankenkasse) und bei gesetzlich Versicherten die eGK Versicherten-Nr.)

Sind die Voraussetzungen für die Bearbeitung einer Meldung nicht gegeben, werden diese bei:

- fehlenden Meldeanlass datenschutzkonform vernichtet
- bei unvollständigen Patientenstammdaten erst weiter bearbeitet, wenn diese vom Melder vervollständigt wurden

4. Voraussetzungen für die Vergütbarkeit

Voraussetzungen für die Vergütbarkeit sind:

- Die **Patientenstammdaten** müssen bei **jeder Meldung** vollständig sein.
- Die **Mindestangaben** je Meldeanlass liegen vor (siehe Punkt 5).
- Der **Tumorbezug** muss bei jedem Meldeanlass angegeben sein (Tumorbezug: Diagnosedatum, ICD10 oder Freitext + Seitenangabe bei paarigen Organen).
- Der **Melder ist der Leistungserbringer = Fremdmeldungen werden nicht vergütet!**
- Es liegt ein **Leistungsdatum ab 01.07.2016** vor.
- Das **Leistungsdatum** ist mindestens monatsgenau angegeben.
(in Einzelfällen kann eine tagesgenaue Angabe auch vergütungsrelevant sein)
- **Unvollständige Daten können mit einer neuen Meldung nachgeliefert werden.**
Erfüllt eine Meldung dann die Voraussetzungen für die Vergütung, wird die neue Meldung vergütet.
- Eine Vergütung unvollständiger Meldungen nach Vervollständigung der Daten durch andere Leistungserbringer ist ausgeschlossen!

5. Mindestangaben und Regelungen je Meldeanlass für die Vergütbarkeit

Grundsätzlich sind für jeden Meldeanlass immer der komplette ADT-Basisdatensatz und seine Zusatzmodule zu melden.

Die Inhalte der ADT-Basisdatensätze unterscheiden sich je Tumorentität erheblich.

Das Fehlen einzelner Informationen des ADT-Basisdatensatzes ist für einzelne Tumorentität medizinisch durchaus begründbar.

Wegen der hohen tumorspezifischen Variabilität mussten Regeln aufgestellt werden, die eine einheitliche und transparente Vergütungsentscheidung ermöglichen.

Da die grundsätzliche Vollständigkeit des ADT-Basisdatensatzes als Vergütungskriterium eher ungeeignet ist, wurden „Mindestangaben für jeden Meldeanlass“ definiert.

5.1 histologische / labortechnische / zytologische Sicherung einer Diagnose

Mindestangaben

- **Einsenderdaten**
- **Datum der Histologie**
- **histologische / labortechnische / zytologische Diagnose (Lokalisation und Morphologie)**
- Grading, TNM und andere Klassifikationen (nur soweit zutreffend oder anwendbar)

- **Jedes der nachfolgend genannten Ereignisse stellt einen Meldeanlass dar:**
 - Meldung histologische Sicherung der **Primärerkrankung**
 - Meldung histologische Sicherung des **ersten Rezidivs**
 - Meldung histologische Sicherung der **ersten Metastase im Verlauf** (\geq 3 Mo. nach ED)

- Weitere histologische Befunde im Rahmen der Diagnostik und Therapie stellen keinen „separaten“ Meldeanlass dar.
- Ein Referenzpathologiebefund stellt keinen separaten Meldeanlass dar. Er ist Bestandteil der primären Meldung der pathologischen Diagnosesicherung.

5.2 Diagnose

Mindestangaben

- **Diagnosedatum**
- **ICD-10 oder Diagnosebeschreibung und/oder ICD-O oder Beschreibung der Hauptlokalisation**
- **Seitenangabe bei paarigen Organen**
- **Histologieschlüssel oder Histologiebefund** (Zytologie/labortechnischer Befund) (sofern erfolgt)
- klinisches Tumorstadium

Anmerkung zur Mindestangabe des klinischen Tumorstadiums:

Grundsätzlich soll das klinische Tumorstadium immer gemeldet werden. Da aber bei einigen Tumorentitäten die Vergabe eines cTNM in der Praxis nicht zwingend erforderlich (oder üblich) ist, kann in solchen Fällen auch ohne cTNM eine Vergütung gezahlt werden.

Dies gilt nie vor einer neoadjuvanten Therapie und im Fall einer zweiten Diagnosemeldung mit einem weitergehenden Sachverhalt.

Reine Verdachtsdiagnosen sind nicht meldepflichtig und werden nicht vergütet!

Ist die histologische Sicherung (zeitnah) vorgesehen, beginnt die Meldepflicht erst mit der histologischen (labortechnischen, zytologischen) Sicherung der Diagnose.

Kann eine histologische Sicherung nicht erfolgen oder wird diese abgelehnt, liegt eine "hinreichende Sicherung" vor,

- wenn der behandelnde Arzt in der Zusammenschau der diagnostischen Befunde von einer Krebserkrankung ausgeht, und /oder
- wenn die Therapieplanung /-entscheidung auf Grundlage dieser Diagnosestellung erfolgt.

Beispiele:

1. Im CT dringender Verdacht auf Nierenkarzinom mit Metastasen in Leber und Hirn. Pat. lehnt jede weitere Diagnostik ab = **hinreichende Sicherung** = Meldeanlass
2. Die Blasenspiegelung ergibt den Verdacht auf einen Blasentumor. Der Pat. wird zur histologischen Sicherung und Therapie in die Klinik überwiesen = **keine hinreichende Sicherung/Diagnostik ist zeitnah geplant** = kein Meldeanlass

Bitte Punkt 6 „Umgang mit mehrfachen Meldungen zu einem Meldeanlass“ beachten!

5.3 Therapie - allgemeine Regelungen

- Vergütbar sind nur "**tumorspezifische Therapien**"!
- Wirkt eine Therapie gleichzeitig auf verschiedene Tumore, ist die **Therapiemeldung je Tumor** nötig und jede Meldung stellt einen vergütbaren Meldeanlass dar.
Beispiele: - gleichzeitige OP (rad. Zystektomie) des 1. Tumors der Harnblase + 2. Tumor der Prostata
- endokrine Therapie bei Mamma-Ca. re. und li.
- **Nicht-tumorspezifische Therapien** sind **nicht meldepflichtig und** werden nicht vergütet.
Beispiel: Therapien bei Folgeerkrankungen / Nebenwirkungen / best supportive care
- Die medizinische **Empfehlung/Planung oder der Verzicht auf eine Therapie** sind **nicht meldepflichtig** und werden nicht vergütet.
- Für die **Therapieablehnung des Patienten** besteht ein **Meldeanlass**, die Therapieablehnung ist meldepflichtig und wird vergütet.
- Neben den drei hauptsächlichen Therapiemodalitäten (Operation, Strahlentherapie und systemische Therapie) stellen auch **lokale ablative Verfahren** und **abwartende leitliniengerechte Therapiekonzepte** vergütungsfähige Meldeanlässe dar.

5.4 Operation

Mindestangaben

- **OP-Datum**
- **OP-Schlüssel und/oder eindeutiger/ausführlicher OP-Text**
- **R-Klassifikation und /oder Gesamtbeurteilung des Tumorstatus**
- **pTNM** (bzw. andere tumorspezifische Klassifikationen – sofern zutreffend)
- Intention (die Angabe wird empfohlen, da diese Angabe ggf. vergütungsrelevant ist)

Welche Operationen sind meldepflichtig und werden vergütet?

- Alle Operationen, die als "**tumortherapeutisch**" anzusehen sind, werden vergütet. (auch palliative Intention, z.B. Bougierung, biliodigestive Anastomose, A. praeter-Anlage als alleinige palliative Maßnahme, etc.)
- Eine eigentlich diagnostische OP kann eine „tumortherapeutische“ vergütbare OP werden (bei Vor- und Frühstadien die mit einer Gewebeentnahme als Ergebnis R0 haben und nicht weiter therapiert werden müssen - z. B. bei Konisation, Polypektomie)
- geplante zeitlich getrennte Operationen (z. B. TUR-B + sec. TUR-B)

Für welche Operationen besteht kein oder kein separater Meldeanlass?

- diagnostische Operationen (z. B. diagnostische Laparoskopie – entweder Bestandteil der Diagnose oder Änderung des Erkrankungsstaus)
- Portanlage, protektive Anlage und Rückverlegung eines Anus praeter, Stenteinlagen und Stentwechsel u. vergleichbare Maßnahmen
- Nachresektionen, Komplikations-OP, etc. sind Bestandteil der Meldung der primären OP, sie stellen keinen separaten Meldeanlass dar.

- Eine OP wegen Spätkomplikationen stellt keinen separaten Meldeanlass dar, sie ist Bestandteil einer Verlaufsmeldung wegen Nebenwirkungen ab Grad III.

Als allg. Leitfaden gilt, dass rein diagnostischen Operationen, Nachresektionen, tumorferne Eingriffe, Revisionsoperationen oder OP bei Komplikationen nicht zusätzlich vergütet werden. Sie sind in der Regel Bestandteil eines anderen Meldeanlasses.

5.5 Bestrahlung

Mindestangaben Beginn der Bestrahlung:

- **Beginn der Bestrahlung**
- **Applikationsart**
- **Zielgebiet**

Mindestangaben Ende der Bestrahlung:

- **Ende der Bestrahlung**
- **Applikationsart**
- **Zielgebiet**
- **Gesamtdosis pro Zielgebiet**

Der Beginn und das Ende der Radiatio stellen jeweils einen eigenen vergütbaren Meldeanlass dar.

- Strahlentherapeutische Behandlungen, die im zeitlichen Verlauf getrennt sind und in sich einen neuen Behandlungsansatz haben, stellen einen separaten Meldeanlass dar.
- Strahlentherapeutische Behandlungen im gleichen Zeitraum mit unterschiedlichen Zielgebieten (Teilbestrahlung) sind in einer Meldung zusammenzufassen.
- Eine **Gynäkomastieprophylaxe** ist keine „tumorspezifische Therapie“. Dies ist eine Behandlung der Nebenwirkung und hat somit keinen Meldeanlass.

5.6 Systemische Therapie

Mindestangaben Beginn der Behandlung:

- **Beginn der Behandlung**
- **Art der systemischen oder abwartenden Therapie**
- **Substanz oder Protokoll**

Mindestangaben Abschluss der Behandlung:

- **Ende der Behandlung**
- **Substanz oder Protokoll**

Der Beginn und das Ende einer Systemtherapie stellen jeweils einen eigenen vergütbaren Meldeanlass dar.

- Nur die Meldung über den Beginn und die Meldung über den Abschluss einer systemischen Therapie stellen einen vergütungsfähigen Meldeanlass dar. **Nicht jeder Zyklus!**

- Bei wechselnden Leistungserbringern wird auch nur der Beginn und das Ende der Therapie vergütet. (z. B. Leistungserbringer vom ersten Zyklus bekommt den Beginn vergütet, Leistungserbringer des letzten Zyklus bekommt das Ende der Therapie vergütet.)
- Eine neue Therapie (z. B. Protokollwechsel, Second line) stellt einen neuen vergütungsfähigen Meldeanlass dar. Die Meldung über den Wechsel der Dosis innerhalb eines Therapieprotokolls (z. B. bei Unverträglichkeit) stellt keinen separaten Meldeanlass dar. Auch der Wechsel einer „einzelnen vergleichbaren Substanz“ ist Bestandteil der Ende-Meldungen und wird nicht zusätzlich vergütet.
- Eine neoadjuvante und eine adjuvante Therapie haben jeweils einen Meldeanlass Beginn und Ende, auch wenn es sich um die gleiche Therapie handelt.

5.7 Therapiekombination

In der Regel stellen **alle** parallellaufenden **Therapien (Therapiekombinationen) vom gleichen Leistungserbringer** im gleichen Zeitraum **nur einen Meldeanlass** dar.

Beispiel:

- kombinierte Immunchemotherapie
- TUR-B + Frühinstillation innerhalb von 24 h (auch am Folgetag)
- kombinierte Radiochemotherapie

Bei **Therapiekombinationen von verschiedenen Leistungserbringern** hat jeder Arzt einen Meldeanlass und auch einen Vergütungsanspruch.

Liegen zwei getrennte Meldungen von verschiedenen Leistungserbringern mit gleichem Leistungsdatum vor, werden beide Meldungen vergütet.

Beispiel: Systemtherapie im KH + Radiatio von MVZ Strahlenth.

Bitte Punkt 6 „Umgang mit mehrfachen Meldungen zu einem Meldeanlass“ beachten!

5.8 Therapieablehnung

- Die **separate Meldung** über die Entscheidung des Patienten gegen eine tumorspezifische Therapie ist meldepflichtig und wird vergütet.

Für elektronische Meldungen: Bitte melden Sie eine Therapieablehnung in einem „Verlauf“.

5.9 Abschlussmeldung (Tod)

Mindestangaben

- **Sterbedatum** (tagesgenaue Angabe)

5.10 Verlauf

Mindestangaben

- Ereignisdatum
- Angabe zu Art und "Lokalisation" des Ereignisses

Vergütet werden:

- **jede Änderung im Verlauf einer Tumorerkrankung, wie beispielsweise das Auftreten von Rezidiven, Metastasen, das Voranschreiten der Tumorerkrankung, teilweise oder vollständige Tumorremission und Nebenwirkungen**
- **„Therapieergebnis“ Wochen nach Abschluss einer Therapie**
Grundsätzlich ist das Therapieergebnis Bestandteil der Therapiemeldung. Hier wird von einem Zeitfenster von ca. 14 Tagen ausgegangen.
Die **später** eingehende separate Statusänderungsmeldung (z. B. Stagingergebnis nach kurativer Radiatio oder Chemotherapie) wird als Verlauf vergütet.
Beispiel: Ende Radiatio – Staging nach 2 Monaten – Verlaufsmeldung zum Therapieergebnis = separater Meldeanlass
- **Das Auftreten von Nebenwirkungen ab Grad III**
Nebenwirkungen ab Grad III nach Abschluss der Therapie stellen einen Meldeanlass dar und werden vergütet. (Meldeanlass „Änderung im Verlauf“)
(Nebenwirkungen die während bzw. bis zum Ende einer Therapie auftreten sind Bestandteil der Therapiemeldung und stellen keinen separaten Meldeanlass dar!)

Nicht vergütet werden:

- **Angaben zum Tumorstatus nach Therapie (Bestandteil der Therapiemeldung)**
Es liegt kein separater Meldeanlass zur Änderung im Verlauf der Erkrankung vor. (Ausnahme sh. oben)
- **Jährliche / einfache Verlaufsmeldung:**
Verlaufsmeldungen (Nachsorgeergebnisse) ohne Änderung im Tumorstatus stellen keinen vergütbaren Meldeanlass dar.
- **Lebensqualitätsdaten**
(auch beim Prostatakarzinom) sind derzeit nicht im ADT-Basisdatensatz und auch in keinem organspezifischen Zusatzmodul enthalten.
Diese können aber bei Vorhandensein eines Kooperationsvertrages zur Betreuung von Organzentren gemeldet und verarbeitet werden.

Hinweis:

- Mehrere gleichzeitig diagnostizierte Ereignisse sollen in einer Meldung zusammengefasst werden (z. B. Diagnostik von Rezidiv und Metastase/n).
Zeitlich getrennte Ereignisse stellen unabhängig vom Zeitfenster jeweils einen eigenen Meldeanlass dar (z.B. 1. Metastase und 3 Monaten später 2. Metastase, Progress der Metastase)

6. Umgang mit mehrfachen Meldungen zu einem Meldeanlass

- Grundsätzlich muss jeder Arzt oder jedes Krankenhaus die Informationen zu den **von ihm selbst durchgeführten** Beiträgen an Diagnose, Therapie und Verlauf melden.
- Meldet ein Arzt dennoch einen Meldeanlass, den er nicht selbst durchgeführt hat, muss er dies deutlich kenntlich machen. **Fremdmeldungen werden nicht vergütet!**
- Das KKRBB kann in der Regel nicht beurteilen ob der Melder tatsächlich der Leistungserbringer ist, so dass die 1. vollständige Meldung vergütet werden muss.
Die Verantwortung liegt hier bei den Meldern! Bei Zahlung einer Meldevergütung an den vermeintlich falschen Melder kann eine Korrektur nur auf Ebene der Melder erfolgen.
- **Eine Doppelmeldung mit einem Vergütungsanspruch für eine Therapie kann es also nicht geben! Doppelmeldungen können aber bei der Diagnosemeldung auftreten!**

Doppelmeldungen bei der Diagnosemeldung

An der Diagnose sind nicht selten mehrere Leistungserbringer beteiligt und jeder ist verpflichtet „seine Information“ zu melden. Die histologische Sicherung und das anschließende Staging erfolgen nicht selten getrennt. Am häufigsten kann ein solcher Sachverhalt bei Tumoren auftreten, die im Screening oder ambulant diagnostiziert und histologisch gesichert werden (z. B. bei Mammakarzinom, kolorektalem Karzinom, Prostatakarzinom).

Liegen von zwei verschiedenen an der Diagnose beteiligten Leistungserbringern Meldungen vor, können beide vergütet werden, aber nur dann, wenn **die zweite** eingehende Meldung die im Krebsregister bereits gespeicherten Daten erweitert = **Meldung mit einem weitergehenden Sachgehalt.**

Grundsatz für die Vergütung mehrerer Diagnosemeldungen

Die 1. eingehende Meldung wird, wenn diese die Mindestangaben enthält, vergütet.

Eine weitere Meldung vom gleichen Leistungserbringer vervollständigt die 1. Meldung und wird nicht erneut vergütet.

Eine weitere Diagnosemeldung von einem anderen Leistungserbringer wird nur dann vergütet, wenn diese den im KKRBB bereits bekannten Datensatz relevant erweitert.

Begriffsbestimmung

gleiche Leistungserbringer sind:

- Alle Ärzte eines KH = gleiche IK
- Alle Ärzte einer Betriebsstätte = gleiche BSNR

Beispiel:

Erste Diagnosemeldung

- Histologische Sicherung eines Mammakarzinoms im Rahmen des Mammographie-Screenings = Meldung mit Angaben zur Histologie und cT

Zweite Diagnosemeldung

- Staging im Krankenhaus = Meldung mit Angaben zu cN und cM

7. Umgang mit Meldungen ohne Meldeanlass oder unvollständigen Daten

Hat ein Arzt eine **Meldung zu seiner eigenen Leistung** mit einem gültigen Meldeanlass vorgenommen, steht ihm eine Meldevergütung zu.

Die Zahlung der Meldevergütung ist aber an Voraussetzungen gebunden.

Besteht kein Meldeanlass oder erfüllt die Meldung nicht die Voraussetzung für die Vergütbarkeit, wird die Meldung entweder „verworfen“ oder die Meldung wird nicht vergütet.

Für Meldungen die nicht vergütet wurden (falls nicht schon primär verworfen), wird der jeweilige Stornierungsgrund erfasst und kann auf Anforderung an den Leistungserbringer rückgemeldet werden.

Stornogründe:

Stornogrund	Erklärung
eigene Doppelmeldung	wenn vom gleichen Melder eine Meldung mehrfach erfolgt
Fremdmeldung / Leistungserbringer unklar	Die Leistung wurde nicht vom Melder erbracht, oder es lag bereits eine identische Meldung von einem anderen Melder vor.
kein Meldeanlass (kein separater Meldeanlass)	Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> - Erstdiagnose vor dem 01.07.2016 (bei Wohnort Berlin) - Pat. hat keinen Hauptwohnsitz in Deutschland - ICD-10 nicht meldepflichtig - diag. OP, Nach- u. Revisions-OP (Teildatensatz einer OP) - nicht tumorspezifische Therapien
Meldezeitraum überschritten	Leistungsdatum vor dem 01.07.16 (bei Wohnort Brandenburg)
Therapiekombination	komb. Th. im gleichen Zeitraum vom gleichen Melder z. B. Chemo-Immuntherapie, TUR-B + Frühinstillation
Pat.-Stammdaten unvollständig	Bei <u>jeder</u> Meldung mit unvollständigen Patientenstammdaten Bei der Verwendung dieses Grundes erfolgt bei elektronischem Import ein Eintrag in den „Telefonhörer“ .
unvollständige Daten	Medizinischen Daten je Meldeanlass sind unvollständig Bei der Verwendung dieses Grundes erfolgt bei elektronischem Import ein Eintrag in den „Telefonhörer“ .
sonstige Gründe	Beispiele: <ul style="list-style-type: none"> - Widerspruch - unplausible Daten oder bei Klärungsbedarf Bei der Verwendung dieses Grundes erfolgt bei elektronischem Import ein Eintrag in den „Telefonhörer“ .
Importproblem	Wenn Einträge durch den Import erzeugt werden, die durch Programmierprobleme/Entwicklung entstehen

Anhang A: Zu registrierende Diagnosen (Liste ICD-GM-Codes)

Die laut § 65c SGB V zu erfassenden Erkrankungen, die eine fallbezogene Krebsregisterpauschale und eine entsprechende Meldevergütung auslösen, sind folgendermaßen definiert:

- Bösartige Neubildungen („C“ Diagnosen in der ICD-10)
- Frühstadien bösartiger Neubildungen
- gutartige Tumore des zentralen Nervensystems (ZNS)

Ausgenommen von der Meldepflicht an das klinische Krebsregister sind laut § 65c Abs. 4 SGB V die nicht-melanotischen Hautkrebsarten (C44.-, D04.-). Diese Tumoren werden für die epidemiologische Krebsregistrierung direkt an das GKR¹ in Berlin gemeldet.

ICD-10-GM-Code	Bezeichnung
C00.0-C96.9	Bösartige Neubildung
D00.0-D09.9	In-situ-Neubildungen
D32.0	Gutartige Neubildung der Hirnhäute
D32.1	Gutartige Neubildung der Rückenmarkshäute
D32.9	Gutartige Neubildung der Meningen, nicht näher bezeichnet
D33.0	Gutartige Neubildung des Gehirns, supratentoriell
D33.1	Gutartige Neubildung des Gehirns, infratentoriell
D33.2	Gutartige Neubildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet
D33.3	Gutartige Neubildung der Hirnnerven
D33.4	Gutartige Neubildung des Rückenmarks
D33.7	Gutartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Teile des Zentralnervensystems
D33.9	Gutartige Neubildung des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
D35.2	Gutartige Neubildung der Hypophyse
D35.3	Gutartige Neubildung des Ductus craniopharyngealis
D35.4	Gutartige Neubildung der Epiphyse
D39.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten des Ovars
D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten der Harnblase
D42.-	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten der Meningen
D43.	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten des Gehirns und des Zentralnervensystems
D44.3	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten der endokrinen Drüsen: Hypophyse
D44.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten der endokrinen Drüsen: Ductus craniopharyngealis
D44.5	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhalten der endokrinen Drüsen: Epiphyse
D45	Polycythaemia vera
D46.-	Myelodysplastische Syndrome
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit
D47.3	Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie
D47.4	Osteomyelofibrose
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles-Syndrom]

¹ Gemeinsame Krebsregister der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen

