

Grundlagen und Umsetzung der Meldevergütung in Berlin und Brandenburg

Stand: 01.04.2024

Inhalt

1.	Einleitung.....	2
2.	Meldeanlässe.....	2
3.	Voraussetzungen zur Bearbeitung einer Meldung	2
4.	Voraussetzungen für die Vergütbarkeit	3
5.	Mindestangaben und Regelungen je Meldeanlass für die Vergütbarkeit.....	4
5.1	histologische / labortechnische / zytologische Sicherung einer Diagnose	4
5.2	Diagnose	5
5.3	Therapie - allgemeine Regelungen	6
5.4	Operation	6
5.5	Bestrahlung	7
5.6	Systemische Therapie	7
5.7	Therapiekombination	8
5.8	Therapieablehnung.....	8
5.9	Abschlussmeldung (Tod).....	8
5.10	Verlauf	9
5.10.1	Statusmeldung Therapieergebnis.....	9
5.10.2	Statusänderung.....	9
5.10.3	Statusmeldung kalenderjährliche Kontrolluntersuchung	10
5.10.4	Statusänderung Nebenwirkung ab Grad III (Spätfolgen)	10
6.	Umgang mit mehrfachen Meldungen zu einem Meldeanlass.....	11
7.	Umgang mit Meldungen ohne Meldeanlass oder unvollständigen Daten.....	12
	Anhang A: Zu meldende Diagnosen (Liste ICD-GM-Codes).....	13
	Anhang B: Zu meldende Diagnosen nicht-melanotische Hautkrebs mit ungünstiger Prognose.....	15

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 €, ab 01.02.2024 19,50 €)
- die histologische, zytologische oder labortechnische Sicherung der Diagnose (4,00 €, ab 01.02.2024 4,50 €)
- die Durchführung einer Operation, Beginn und Abschluss einer therapeutischen Maßnahme (insbesondere Strahlentherapie, systemische Therapie) (5,00 €, ab 01.02.2024 9,00 €)
- 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 €, ab 01.02.2024 9,00 €)
- neu ab 2023: die kalenderjährliche Kontrolluntersuchung (8,00 €, ab 01.02.2024 9,00 €)
- der Tod der Patientin oder des Patienten (8,00 €, ab 01.02.2024 9,00 €)

3. Voraussetzungen zur Bearbeitung einer Meldung

Voraussetzung für die Bearbeitung einer Meldung sind:

- **Das Vorliegen einer meldepflichtigen Erkrankung** (siehe Anhang A und B)
Alle nicht meldepflichtigen Erkrankungen oder nicht meldepflichtigen Meldeanlässe 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.

- **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:

- Der **Melder** hat seinen **Sitz im Land Brandenburg oder Berlin**.
- Der **Melder** ist im KKRBB **vollständig registriert**.
- Die **Patientenstammdaten** müssen bei **jeder Meldung** vollständig sein.
Die Angabe „unbekannte KK“ und „Selbstzahler“ gelten als Meldungen mit unvollständigen Stammdaten!
- 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 und keine Verjährung nach §45 SGB I.
- 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** (≥ 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)
- bei nicht erfolgter histologischer Sicherung mind. die Tumorausbreitung und/oder im Freitext der Grund für die nicht erfolgte histologische Sicherung
- 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
- Die medizinische **Empfehlung/Planung oder der Verzicht auf eine Therapie** sind nicht meldepflichtig und werden nicht vergütet.
- Neben den drei hauptsächlichen Therapiemodalitäten (Operation, Strahlentherapie und systemische Therapie) stellen auch **lokale ablativ 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 (sofern anwendbar)
- 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.)
- operative Eingriffe bei Vor- und Frühstadien die als Ergebnis R0 haben und/oder nicht weiter therapiert werden müssen - z. B. bei Konisation, Polypektomie)
- geplante zeitlich getrennte Operationen (z. B. TUR-B + sec. TUR-B)
- OP mit fehlendem R-Status, wenn die Beurteilung des R-Status nicht möglich/nicht üblich ist (z. B. bei TUR-B, Tm-Resektion bei Hirntumoren, pall. OP)

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 sind meldepflichtig, stellen aber 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 (die alleinige Angabe „sonstige“ gilt als unvollständig)

Mindestangaben Ende der Bestrahlung:

- Ende der Bestrahlung
- Applikationsart
- Zielgebiet (die alleinige Angabe „sonstige“ gilt als unvollständig)
- 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 (wenn zutreffend)

Mindestangaben Abschluss der Behandlung:

- Ende der Behandlung
- Substanz oder Protokoll (wenn zutreffend)

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.
- Der 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

- Statusmeldung Therapieergebnis
- Statusänderung
- Statusmeldung kalenderjährliche Kontrolluntersuchung
- Statusänderung Nebenwirkungen ab Grad III (Spätfolgen)

5.10.1 Statusmeldung Therapieergebnis

Grundsätzlich ist das Therapieergebnis Bestandteil der Therapiemeldung und wird nicht separat vergütet. Dies betrifft alle Verlaufsmeldungen **innerhalb von 4 Wochen nach Therapieende**.

Beispiel: Statusmeldung nach OP, nach adjuvanter Radiatio oder adjuvanter systemischer Therapie

5.10.2 Statusänderung

Mindestangaben

- Ereignisdatum
- **Angabe zu Art und "Lokalisation" des Ereignisses** (Gesamtbeurteilung und Detailbeurteilung des Tumorstatus)

Vergütet werden:

- **jede Änderung im Verlauf** (Statusänderung) wie beispielweise das Auftreten von Rezidiven, Metastasen, das Voranschreiten der Tumorerkrankung, teilweise oder vollständige Tumorremission und Nebenwirkungen
- **das „Therapieergebnis“ mit einer Statusänderung Wochen nach Abschluss einer Therapie** (>4 Wochen)

Bei primären kurativen oder palliativen Strahlen- oder Systemischen Therapien erfolgt die Beurteilung des Therapieergebnisses (wie z. B. die teilweise oder vollständige Tumorremission) erst Wochen oder Monate nach Abschluss der Therapie (Staging). Das Therapieergebnis ist dann als Statusänderung meldepflichtig und wird vergütet.

Beispiel: Ende Radiatio – Staging nach 2 Monaten – Statusänderung nach Therapie

Nicht vergütet werden:

- **eine Statusänderung während einer laufenden Therapie**

Statusänderungen, die während bzw. bis zum Ende der Therapie auftreten, sind Bestandteil der Therapiemeldung und stellen keinen separaten Meldeanlass dar.

- **Lebensqualitätsdaten**

(auch beim Prostatakarzinom) sind derzeit nicht im ADT-Basisdatensatz und auch in keinem organspezifischen Zusatzmodul enthalten. Diese können für Organzentren dokumentiert werden, werden aber nicht separat vergütet.

Hinweis:

Mehrere diagnostizierte Ereignisse (innerhalb von 4 Wochen) sollen in einer Meldung zusammengefasst werden (z. B. Diagnostik von Rezidiv und Metastase/n).

Zeitlich getrennte Ereignisse (> 4 Wochen) stellen jeweils einen eigenen Meldeanlass dar.

5.10.3 Statusmeldung kalenderjährliche Kontrolluntersuchung

In den **ersten 5 Jahren** nach Diagnosestellung (wenn keine Therapie erfolgte) oder nach Abschluss der Primär- oder Rezidivbehandlung, ist **einmal im Jahr** das Ergebnis der kalenderjährlichen Kontrolluntersuchung meldepflichtig und wird vergütet.

Die Meldung zur kalenderjährliche Kontrolluntersuchung sollte **auch bei einer laufenden Langzeittherapie** wie z. B. einer Hormontherapie oder jeder anderen Form der Langzeiterhaltungs-therapie erfolgen.

Die Meldepflicht für die kalenderjährliche Kontrolluntersuchung liegt bei dem **für die Nachsorge verantwortlichen Arzt**. Er führt alle, im Umfang der Leitlinien, vorgesehenen Untersuchungen durch oder veranlasst diese und bespricht das Ergebnis mit dem Patienten. (z. B. Gynäkologe, Urologe, Onkologe, Dermatologe usw. – ggf. auch der Hausarzt).

Grundsätzlich nicht meldepflichtig sind Radiologen, Labormediziner und Strahlentherapeuten (sh. 4.).

Kann nicht sicher beurteilt werden, ob der Melder auch der Meldepflichtige ist, wird die 1. eingehende Meldung vergütet (sofern die Vergütungskriterien erfüllt sind).

Mindestangaben:

- Datum der Kontrolluntersuchung
- Gesamtbeurteilung und/oder Detailbeurteilung des Tumorstatus

Vergütet werden:

- die kalenderjährliche Meldung zur Tumorfreiheit oder unverändertem Tumorstatus bei allen meldepflichtigen Tumoren
- der **erste** Meldeanlass entsteht im **Folgejahr** (mind. >3 Monate) nach Diagnosestellung oder Ende der Primär- oder Rezidivtherapie.
- die Kalenderjährliche Kontrolluntersuchung unter laufender Langzeittherapie/Erhaltungstherapie

Nicht vergütet werden:

- eine 2. oder weitere Meldungen zum unveränderten Tumorstatus im selben Kalenderjahr
- die Meldung zur Tumorfreiheit, wenn bereits eine Status**änderung** im selben Kalenderjahr gemeldet wurde

5.10.4 Statusänderung Nebenwirkung ab Grad III (Spätfolgen)

Das Auftreten von Nebenwirkungen ab Grad III nach Abschluss der Therapie (> 4-8 Wochen) stellen einen eigenen Meldeanlass dar und werden vergütet.

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: - 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 oder Verjährung nach §45 SGB I
Therapiekombination	komb. Th. im gleichen Zeitraum vom gleichen Melder z. B. Chemo-Immuntherapie, TUR-B + Frühinstillation
Pat.-Stammdaten unvollständig	Bei jeder 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: - 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 meldende Diagnosen (Liste ICD-GM-Codes)

Empfehlungen des Paritätischen Gremiums GKV-Spitzenverband – Klinische Krebsregister nach SGB V § 65 c – Liste der zu meldenden Diagnosen (Auflistung ICD-10-GM-Codes) (Stand: 3.03.2022)

Gültig ab 01.01.2023

Ergänzende Erläuterung:

Der ICD-Code ist grundsätzlich als Viersteller zu kodieren, das heißt mit einer Stelle nach dem Punkt (z. B. „C50.2“). Ist keine entsprechende Subkategorie im ICD-Code laut DIMDI-Katalog vorhanden, so ist die Kodierung als Dreisteller (d.h. ohne Punkt) vorzunehmen (z. B. „C20“). Eine Kodierung als Fünfsteller, das heißt mit zwei Stellen nach dem Punkt, ist nicht vorgesehen.

Tabelle: Nach §65c SGB V für die klinische Registrierung zu erfassende Erkrankungen.

ICD-10-GM-Code	Bezeichnung	Bemerkung
C00.0-C96.9	Bösartige Neubildung	außer C77.- bis C79.-; C44.- ist zulässig, wenn es sich um einen Fall entsprechend den Festlegungen zum nichtmelanozytären Hautkrebs handelt. ¹
D00.0-D09.9	In-situ-Neubildungen	außer D04.-
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./	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	

¹ https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/qualitaetssicherung_2/klinisches_krebsregister.jsp

D35.4	Gutartige Neubildung der Epiphyse	
D39.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Ovars	
D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnblase	
D42.-	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Meningen	
D43.-	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems	
D44.3	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der endokrinen Drüsen: Hypophyse	
D44.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der endokrinen Drüsen: Ductus craniopharyngealis	
D44.5	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens 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]	

Ergänzende Hinweise:

1. Sekundäre bösartige Neubildungen (C77-C79) werden nicht als gesonderte Diagnose, sondern als Metastase des jeweiligen Primärtumors (ICD-10 C00.0 – C96.9) dokumentiert.
2. Neubildungen mit Metastasen und unbekanntem Primärsitz (CUP) sollen als C80.0 kodiert werden.
3. Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen (C97) sind separat zu kodieren.
4. Neubildungen unsicheren und unbekanntem Verhaltens (D37-48) sollten nur in den definierten Ausnahmefällen (s. Tabelle) einbezogen werden. Die Ausnahmen betreffen das ZNS, bestimmte lymphatische, blutbildende oder verwandte Gewebe sowie die Borderline-Tumoren des Ovars (D39.1) und die Neubildungen unsicheren und unbekannten Verhaltens der Harnblasentumore (D41.4).

Anhang B: Zu meldende Diagnosen nicht-melanotische Hautkrebs mit ungünstiger Prognose

Festlegung gemäß § 65c Absatz 4 Satz 3 und 4 SGB V: Diagnoseliste nicht-melanozytärer Hautkrebs mit ungünstiger Prognose

Gültig ab: 01.01.2023

ICD-10-Code: C44

Nr.	Morphologiecode ICD-O3 (2. Rev.)	Bezeichnung
Plattenepithelkarzinome: mit T3-4 oder N1-3 oder M1		
1	8050/3	Papilläres Karzinom o.n.A.
2	8051/3	Verruköses Plattenepithelkarzinom
3	8052/3	Papilläres Plattenepithelkarzinom
4	8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
5	8071/3	Verhornendes Plattenepithelkarzinom o.n.A./Keratoakanthom
6	8072/3	Großzelliges nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom o.n.A.
7	8073/3	Kleinzelliges nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom
8	8074/3	Spindelzelliges Plattenepithelkarzinom/sarkomatöses Plattenepithelkarzinom
9	8075/3	Adenoides Plattenepithelkarzinom/Akantholytisches Plattenepithelkarzinom
10	8076/3	Mikroinvasives Plattenepithelkarzinom
11	8078/3	Plattenepithelkarzinom mit Hornbildung
12	8082/3	Lymphoepitheliales Karzinom
13	8083/3	Basaloides Plattenepithelkarzinom
14	8084/3	Klarzelliges Plattenepithelkarzinom
Weitere Histologien		
15	8030/3	Riesenzell- und Spindelzellkarzinom
16	8031/3	Riesenzellkarzinom
17	8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.
18	8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
19	8140/3	Adenokarzinom o.n.A.
20	8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
21	8230/3	Solides Karzinom o.n.A.
22	8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.

23	8247/3	Merkel-Zell-Karzinom
24	8390/3	Adnexales Adenokarzinom NOS, Schweißdrüsenkarzinom, Ekkrines Karzinom
25	8400/3	Schweißdrüsenadenokarzinom
26	8402/3	Hidradenokarzinom
27	8403/3	Spiradenokarzinom
28	8407/3	Mikrozystisches adnexales Karzinom, sklerosierendes Schweißdrüsenkarzinom
29	8409/3	Porokarzinom
30	8410/3	Talgdrüsenkarzinom
31	8480/3	Muzinöses Karzinom der Haut
32	8542/3	extramammärer Morbus Paget
33	8560/3	Adenosquamöses Karzinom der Haut, squamoid eccrines ductales Carcinoma
34	8800/3	Sarkom o.n.A.
35	8801/3	Spindelzellsarkom
36	8802/3	Pleomorphes dermales Sarkom
37	8804/3	Epitheloidsarkom
38	8810/3	Fibrosarkom o.n.A.
39	8811/3	Myofibrosarkom
40	8814/3	Infantiles Fibrosarkom
41	8825/3	Myofibroblastisches Sarkom
42	8830/3	Fibröses Histiozytom
43	8832/3	Fibrosarkomatöses Dermatofibrosarcoma protuberans
44	8854/3	Pleomorphes Liposarkom
45	8858/3	Entdifferenziertes Liposarkom
46	8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.
47	8940/3	maligner gemischter Tumor
48	9044/3	Klarzellsarkom
49	9120/3	Hämangiosarkom
50	9133/3	Epitheloides Hämangioendotheliom
51	9364/3	Ewing-Sarkom, Peripherer Neuroektodermaler Tumor
52	9540/3	Maligner peripherer Nervenscheidentumor, MPNST
53	9561/3	Maligner peripherer Nervenscheidentumor mit rhabdomyoblastischer Differenzierung, maligner Tritontumor, MPNST
54	9580/3	Maligner Granularzelltumor