

# **Meldeanlässe und Meldevergütung in der Krebsregistrierung in Bayern**

02. März 2023

## **Vorwort**

Das vorliegende Dokument richtet sich an meldende medizinische Einheiten in Bayern und erläutert, in welchen Situationen Meldungen an das Bayerische Krebsregister abzugeben sind und unter welchen Bedingungen eine Vergütung für diese Meldungen zu erwarten ist. Das Dokument erklärt somit die Entscheidung, die im Bayerischen Krebsregister über die „Vergütungsfähigkeit“ getroffen wird. Da aber nur solche Meldevergütungen an meldende Einheiten ausgezahlt werden, die von den Krankenkassen erstattet werden, kann es in Einzelfällen zu Abweichungen kommen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Bedingungen für eine Meldevergütung .....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Was ist unter einer selbst erbrachten Leistung zu verstehen? .....</b>	<b>4</b>
<b>3</b>	<b>Zu welchen Erkrankungen sind Meldungen abzugeben und werden vergütet? .....</b>	<b>4</b>
3.1	Zu meldende Erkrankungen.....	4
3.2	Wenn eine Patientin / ein Patient mehrere Tumoren hat, welche werden zu einem Primärtumor zusammengefasst und welche sollen getrennt gemeldet werden? .....	5
<b>4</b>	<b>Definition der vergütungsfähigen Meldeanlässe .....</b>	<b>9</b>
4.1	Diagnosemeldung .....	9
4.2	Pathologiemeldung .....	10
4.3	Therapie-Meldung.....	10
4.3.1	Operations-Meldung .....	11
4.3.2	Strahlentherapie-Meldung.....	11
4.3.3	Systemische Therapie .....	11
4.4	Verlaufsmeldungen .....	12
4.5	Meldung des Todes .....	12
<b>5</b>	<b>Mindestanforderungen an die Vollständigkeit .....</b>	<b>13</b>
<b>6</b>	<b>Vergütung von Mehrfachmeldungen bei Meldeanlass Diagnose .....</b>	<b>15</b>

## 1 Bedingungen für eine Meldevergütung

Allgemein gelten als Bedingungen für eine Meldevergütung:

- Es handelt sich um eine selbst erbrachte Leistung (Kapitel 2).
- Es handelt sich um eine vergütungsfähige Erkrankung (Kapitel 3).
- Es handelt sich um einen vergütungsfähigen Meldeanlass (Kapitel 4).
- Die Meldung ist als vollständig zu betrachten (Kapitel 5).
- Vergütung von Mehrfachmeldungen bei Meldeanlass Diagnose (Kapitel 6).

Diese Bedingungen werden in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

Eine separate Vergütung von Meldeanlässen ist in der Regel nur möglich, wenn diese in getrennten Meldungen eingehen. Beispielsweise kann mit einer OP-Meldung keine Diagnosemeldung vergütet werden, obwohl einige Merkmale durchaus in beiden Meldungen vorkommen.

## 2 Was ist unter einer selbst erbrachten Leistung zu verstehen?

Nur die medizinische Einheit, die die „Leistung“ erbringt, also z.B. die Diagnose stellt, ist für diesen Meldeanlass meldepflichtig und hat Anspruch auf eine Meldevergütung. Stammen mehrere Melder aus derselben medizinischen Einheit, besteht nur einmal für diese medizinische Einheit ein Vergütungsanspruch. Wenn z.B. mehrere Abteilungen aus einer Klinik oder mehrere Ärztinnen bzw. Ärzte aus einer Praxis Informationen zu demselben Meldeanlass einreichen, ist nur eine Meldevergütung möglich. Eine medizinische Einheit ist gekennzeichnet durch das Institutionskennzeichen (IK) bzw. die Betriebsstättennummer (BSNR). Durch die BSNR gekennzeichneten medizinischen Einheiten müssen für Abrechnungszwecke zusätzlich die LANR (lebenslange Arztnummer) eines in der Betriebsstätte niedergelassenen Arztes bzw. einer Ärztin nennen.

Medizinische Einheiten, die Meldungen an das Bayerische Krebsregister abgeben, werden im Folgenden als meldende Einrichtungen bezeichnet.

## 3 Zu welchen Erkrankungen sind Meldungen abzugeben und werden vergütet?

### 3.1 Zu meldende Erkrankungen

Welche Erkrankungen in den Krebsregistern erfasst werden sollen, wurde von dem sogenannten Paritätischen Gremium des GKV-Spitzenverbandes und der Klinischen Krebsregister nach SGB V §65 c bundesweit festgelegt. Eine Auflistung der ICD-Codes finden Sie auf der [Homepage des Bayerischen Krebsregisters](#). Es handelt sich dabei um

- Bösartige Neubildungen („C“ Diagnosen in der ICD-10)

- Frühstadien bösartiger Neubildungen (dazu gehören auch bestimmte Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhalten)
- Gutartige Tumoren des zentralen Nervensystems (ZNS)

Ausgenommen von der Vergütung sind:

- nicht-melanotische Hauttumoren (C44, D04). Diese Tumoren werden bis 2022 ausschließlich am Regionalzentrum Regensburg erfasst. Ab 1.1.2023 werden laut des Gesetzes zur Zusammenführung von Krebsregisterdaten flächendeckend prognostisch ungünstige nicht-melanotische Hauttumoren erfasst und vergütet. Eine Auflistung dieser Tumoren finden Sie dann auf der [Homepage des Bayerischen Krebsregisters](#).
- Krebserkrankungen bei Personen, die in kideronkologischen Einrichtungen behandelt und an das Deutsche Kinderkrebsregister gemeldet wurden. Meldeanlässe, die ab dem Alter von 18 Jahren auftreten, werden immer vergütet (z.B. eine Änderung im Krankheitsverlauf).

### **3.2 Wenn eine Patientin / ein Patient mehrere Tumoren hat, welche werden zu einem Primärtumor zusammengefasst und welche sollen getrennt gemeldet werden?**

Mehrere Tumoren bei einem Patienten gelten als vergütungsfähige Neuerkrankungen, wenn

- verschiedene Organe betroffen sind. Ein Organ wird in der Regel durch die ersten drei Stellen der ICD-O-3-Lokalisation definiert (z.B. C50). Ausnahmen, bei denen Code-Gruppen als ein Organ angesehen werden, sind in Tabelle 1 aufgeführt.
- es sich – auch bei gleicher Lokalisation - um unterschiedliche Tumorgewebe handelt (z. B. Sarkom und Adenokarzinom) (siehe Tabelle 2)
- es sich um Tumoren des Kolons (C18) oder der Haut (C44) handelt; jede Sublokalisierung auf der 4. Ebene (also z.B. C18.2 und C18.3) ist separat als Neuerkrankung zu erfassen.

**Tabelle 1: Gruppen von Topographie-Codes der ICD-O-3, die bei der Definition von multiplen Primärtumoren als ein Organ angesehen werden. (Quelle: International Rules For Multiple Primary Cancers der IARC, 2004)**

ICD-O-3 Code	Klartext	Erste Diagnose benutzen, falls zu verschiedenen Zeiten diagnostiziert. Untenstehenden Code benutzen, falls zeitgleich diagnostiziert.*
<b>C01</b>	Zungengrund	C02.9
<b>C02</b>	Sonst. u. n. n. bez. Teile der Zunge	
<b>C00</b>	Lippe	C06.9
<b>C03</b>	Mundschleimhaut/Zahnfleisch	
<b>C04</b>	Mundboden	
<b>C05</b>	Gaumen	
<b>C06</b>	Sonst. u. n. n. bez. Teile des Mundes	
<b>C09</b>	Tonsille	
<b>C10</b>	Oropharynx	
<b>C12</b>	Recessus piriformis	
<b>C13</b>	Hypopharynx	
<b>C14</b>	Sonst. u. n. n. bez. Teile von Lippe, Mundhöhle und Pharynx	
<b>C19</b>	Rektosigmoid. Übergang	C20.9
<b>C20</b>	Rektum	
<b>C23</b>	Gallenblase	C24.9
<b>C24</b>	Sonst. u. n. n. bez. Teile der Gallenwege	
<b>C33</b>	Trachea	C34.9
<b>C34</b>	Bronchien und Lunge	
<b>C40</b>	Knochen u. Gelenkknorpel der Extremitäten	C41.9
<b>C41</b>	Knochen u. Gelenkknorpel sonst. u. n. n. bez. Lokalisationen	
<b>C65</b>	Nierenbecken	C68.9
<b>C66</b>	Ureter	
<b>C67</b>	Harnblase	
<b>C68</b>	Sonst. u. n. n. bez. Harnorgane	

\* „Zeitgleich diagnostiziert“ bedeutet, dass die Diagnosezeitpunkte höchstens drei Monate auseinanderliegen.

Tabelle 2: Gruppen von Malignomen nach Morphologien der ICD-O-3, 1. Revision, die bei der Definition von multiplen Primärtumoren als histologisch „unterschiedlich“ angesehen werden (Quelle: International Rules For Multiple Primary Cancers der IARC, 2004), NCT2017)

Gruppe	Morphologiecode (ICD-O-3, 1. Revision)
<b>Karzinome</b>	
<b>1. Plattenepithel- und Übergangsepithelkarzinome</b>	8051-8084, 8120-8131
<b>2. Basaliome</b>	8090-8110
<b>3. Adenokarzinome</b>	8140-8149, 8160-8163, 8190-8221, 8260-8337, 8350-8552, 8570-8576, 8940-8941
<b>4. Andere spezifische Karzinome</b>	8030-8046, 8150-8156, 8158, 8170-8180, 8230-8255, 8340-8347, 8560-8562, 8580-8671
<b>(5.) Nicht näher bezeichnete Karzinome</b>	8010-8015, 8020-8022, 8050
<b>6. Sarkome und Weichteiltumoren</b>	8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373, 9540-9582
<b>7. Mesotheliome</b>	9050-9055
<b>Tumoren des hämatopoetischen und lymphatischen Gewebes</b>	
<b>8. Myeloisch</b>	9806-9809, 9840, 9861-9931, 9945-9946, 9950, 9961-9967, 9980-9987
<b>9. B-Zell-Neoplasien</b>	9597, 9670-9699, 9712, 9728, 9731-9735, 9737-9738, 9761-9767, 9769, 9811-9818, 9823-9826, 9833, 9836, 9940
<b>10. T-Zell und NK-Zell-Neoplasien</b>	9700-9709, 9714-9719, 9724-9726, 9729, 9768, 9827-9831, 9834, 9837, 9948
<b>11. Hodgkin-Lymphome</b>	9650-9667
<b>12. Mastzelltumoren</b>	9740-9742
<b>13. Histiozytome und akzessorische lymphatische Zellen</b>	9750-9759
<b>(14.) Nicht näher bezeichnete Arten</b>	9590-9591, 9596, 9727, 9760, 9800-9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970, 9971, 9975, 9989-9992
<b>15. Kaposi-Sarkome</b>	9140
<b>16. Andere näher bezeichnete Krebsarten-</b>	8720-8790, 8930-8936, 8950-8983, 9000-9030, 9060-9110, 9260-9365, 9380-9539
<b>(17.) Nicht näher bezeichnete Krebserkrankungen</b>	8000-8005

Gruppen mit in Klammern stehender Nummer sind unspezifisch und gelten daher nicht als unterschiedlich zu anderen spezifischen Gruppen:

- Karzinome der Gruppe 5 unterscheiden sich nicht von den Gruppen 1 bis 4.
- Hämatopoetische und lymphatische Tumoren der Gruppe 14 unterscheiden sich nicht von den Gruppen 8 bis 13.
- Ungenau bezeichnete Tumoren der Gruppe 17 unterscheiden sich nicht von allen anderen Gruppen.

Stellt ein Tumor eine direkte Ausbreitung oder Metastasierung eines anderen dar, so wird er nicht als Neuerkrankung berücksichtigt.

In Bezug auf paarige Organe ist weiterhin geregelt, dass immer eine Seitenangabe erforderlich ist. Bei einem beidseitigen Befall, auch bei gleicher Histologie, sollen beide Tumoren separat als Neuerkrankung gemeldet und registriert werden. Eine separate Meldung und Vergütung bei beidseitigem Befall ist in folgenden Situationen nicht vorgesehen:

- wenn beide Tumoren demselben Primarius entstammen (anhand klinisch-pathologischer Befundung),
- für beidseitige Tumorerkrankungen des Ovars oder der Eileiter/Adnexe bei übereinstimmendem Tumorgewebe,
- für Wilms-Tumoren der Niere,
- für das Retinoblastom.

Paarige Organe sind in Tabelle 3 gelistet.

**Tabelle 3: Paarige Organe laut European Network of Cancer Registries (ENCR), ergänzt durch die Plattform §65c-Register**

ICD-O-3 Lokalisation	Bezeichnung
<b>C07</b>	Parotis
<b>C09</b>	Tonsillen
<b>C30.0</b>	Nasenhöhle
<b>C34 außer C34.2</b>	Lunge
<b>C38.4</b>	Pleura
<b>C40.0-3</b>	Knochen der Extremitäten
<b>C41.3 ohne Sternum</b>	Rippen und Klavikula
<b>C41.4 ohne Kreuzbein, Steißbein und Schambein</b>	Beckenknochen
<b>C44.1</b>	Haut des Augenlides, einschl. Kanthus
<b>C44.2</b>	Haut des Ohres und des äußeren Gehörganges
<b>C44.6-7</b>	Haut der Extremitäten einschließlich Schulter und Hüfte
<b>C50</b>	Brust
<b>C56</b>	Ovar
<b>C57.0</b>	Eileiter
<b>C57.4</b>	Weibliche Adnexe
<b>C62</b>	Hoden
<b>C63.0</b>	Nebenhoden
<b>C63.1</b>	Samenstrang
<b>C64</b>	Nieren
<b>C65</b>	Nierenbecken
<b>C66</b>	Harnleiter
<b>C69</b>	Augen
<b>C74</b>	Nebennieren

## 4 Definition der vergütungsfähigen Meldeanlässe

Die Meldevergütungen sind an definierte Meldeanlässe gebunden und sind in der Höhe durch einen Schiedsspruch vom 24.02.2015 gemäß der Krebsregister-Meldevergütung-Vereinbarung festgelegt. Die in Bayern vergütungsfähigen Meldeanlässe sind in dem Bayerischen Krebsregistriergesetz benannt (Art. 4 (1)).

**Tabelle 4: Meldeanlässe und Meldevergütungen**

Meldeanlass	Vergütung
Erstmalige gesicherte Diagnose einer Krebserkrankung	18,00 €
Vergütungsabschlag für zahnärztliche Diagnosemeldung ohne Angabe des ICD-Codes	3,00 €
Histologischer, labortechnischer oder zytologischer Befund	4,00 €
Art sowie Zeitpunkt des Beginns und des Abschlusses einer therapeutischen Maßnahme	5,00 €
Diagnose von Rezidiven, Metastasen und Zweittumoren und anderen Änderungen im Krankheitsverlauf ( <i>Ergänzung: inklusive des Therapieergebnisses nach Abschluss einer Therapie</i> )	8,00 €
Tod einer Person, die eine Krebserkrankung hatte	8,00 €

Erläuterung zur Tabelle:

- Die in der Tabelle bezeichneten Meldeanlässe sind – bis auf die *Ergänzung* – im Wortlaut dem BayKRegG entnommen.
- Das „und“ zwischen dem Zeitpunkt des Beginns und des Abschlusses einer therapeutischen Maßnahme ist als „und/oder“ zu verstehen.
- Die Einordnung von Zweittumoren als Änderung im Krankheitsverlauf ist irreführend. Jeder Primärtumor ist separat als solcher zu melden, auch wenn er chronologisch gesehen nach einem anderen Tumor aufgetreten ist und somit als „Zweittumor“ verstanden werden kann.
- Wird eine Diagnosemeldung von einer zahnärztlichen Einheit eingereicht und enthält diese keinen ICD-Code beträgt die Vergütung nach Abschlag 15,00€.

### 4.1 Diagnosemeldung

- Die Diagnose wird von dem / der behandelnden Arzt / Ärztin in der Zusammenschau der Befunde einer Krebserkrankung gestellt, ist durch ihn / sie zu melden und auch vergütungsfähig. Auch wenn Befunde anderer Einrichtungen mit in die Diagnoseentscheidung einfließen (z.B. auch pathologische Befunde, d.h. histologische, zytologische oder labortechnische Befunde), ist die Diagnostik eine eigene Leistung des behandelnden Arztes / der behandelnden

Ärztin und somit meldepflichtig. Der Datenumfang beinhaltet hier dann ggfs. auch Informationen, die durch Dritte (z.B. Pathologie) bekannt wurden.

- Als hinreichend gesichert gilt neben einer histologisch / zytologisch gesicherten Diagnose auch eine ausschließlich klinisch gesicherte Tumordiagnose.
- Verdachtsdiagnosen sind nicht zu melden und werden auch nicht vergütet.

## 4.2 Pathologiemeldung

Klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte haben für die Meldung der histologischen Sicherung der Diagnose keinen Vergütungsanspruch, da sie diese Untersuchung nicht selbst durchführen. Sollte eine Klinikabteilung selbst die Diagnose durch eine hämatologisch/zytologische Untersuchung befunden, z.B. anhand eines Blutausstriches, besteht ein Vergütungsanspruch.

Die Vergütung der Pathologiemeldung zu der Diagnose des Primärtumors (z.B. durch eine Stanzbiopsie) ist vorgesehen. Wird neben der zur Diagnosemeldung gehörenden Pathologiemeldung zusätzlich eine Pathologiemeldung eingereicht, die sich auf die Operation des Primärtumors bezieht, ist auch in diesem Fall eine Meldevergütung vorgesehen. Pathologische Befunde bezogen auf Nachresektionen, die am selben Tag stattfinden wie die eigentliche OP, können nicht separat vergütet werden. Fand die Nachresektion an einem anderen Tag statt, wird die dazugehörige Pathologiemeldung zusätzlich vergütet, wenn sie neue meldepflichtige Informationen enthält. Im Falle der Diagnose von Rezidiven und Metastasen wird ebenfalls eine Pathologiemeldung vergütet. Bei Eingang mehrerer Pathologiemeldungen zu demselben Ereignis (Rezidiv, Metastase) gelten dieselben Regeln wie bei einem Primärtumor.

Pathologische Befunde, die sich auf separat zu dokumentierende Tumoren beziehen, werden separat vergütet, auch wenn sie in derselben Meldung übermittelt werden. Eine separate Meldung ist jedoch bei elektronischer Meldung anzustreben.

Werden zu einem Entnahmedatum durch eine zweite Pathologie (z.B. Referenzpathologie) zusätzliche meldepflichtige Informationen gemeldet, ist eine separate Vergütung vorgesehen.

## 4.3 Therapie-Meldung

- Es werden nur tumortherapeutische Therapien erfasst und vergütet.
- Die Empfehlung / Planung einer Therapie wird nicht vergütet. Tumorkonferenzen sind in Bayern kein eigener Meldeanlass.
- Für Therapiemeldungen wird auch dann eine Meldevergütung angelegt, wenn sie sich nicht auf den Primärtumor selbst, sondern auf Rezidive oder Metastasen dieses Tumors beziehen.
- Wirkt eine Therapie gleichzeitig auf verschiedene synchron vorhandene Primärtumoren und/oder Rezidive/Metastasen, die zu verschiedenen Primärtumoren gehören, ist die Therapiemeldung je Primärtumor zu vergüten (z. B. gleichzeitige OP des 1. Tumors der Lunge = Plattenepithel-Ca. + 2. Tumor der

Lunge = kleinzelliges Karzinom, oder systemische Therapie bei Mammakarzinom rechts und links). Die Therapie soll für jeden Tumor separat übermittelt werden.

#### 4.3.1 Operations-Meldung

Jede Meldung zu einer tumorspezifischen OP wird erfasst, auch Eingriffe mit palliativer Intention wie z.B. Bougierung. Komplikationsbedingte Eingriffe sowie ausschließlich diagnostische Operationen sind nicht als tumortherapeutisch zu werten und damit auch weder meldepflichtig noch vergütungsfähig. Ebenso sind Portanlagen, Wiederherstellungs- und plastische Rekonstruktionen (z.B. Brust-Rekonstruktion oder Anus-*praeter*-Rückverlagerung) nicht meldepflichtig und somit nicht vergütungsfähig. Laut dem aktuellen Hinweis zum einheitlichen onkologischen-Basisdatensatz 2021 sind OPS (5-\*)-Codes und in begründeten Ausnahmefällen auch andere Codes zugelassen, die andere tumortherapeutische Operationen beschreiben.

#### 4.3.2 Strahlentherapie-Meldung

Beginn und Ende der Strahlentherapie entsprechen zwei Meldeanlässen und werden separat vergütet. Bei elektronischen Meldungen sind dazu aus technischen Gründen zwei separate Meldungen erforderlich.

Strahlentherapien, die im zeitlichen Verlauf getrennt sind und ein anderes Behandlungsziel haben, werden als separate Meldeanlässe erfasst und vergütet, z.B. Bestrahlung Primärtumor + Lymphabflussgebiet, Bestrahlung einer Metastase nach Behandlungspause, Bestrahlung eines Rezidivs, oder prophylaktische Bestrahlung des Gehirns bei z.B. Bronchial-Karzinom. Dies gilt auch, wenn der Leistungserbringer derselbe ist.

Strahlentherapeutische Behandlungen, bei denen nach Änderung des Tumorstatus ein anderes Zielgebiet bestrahlt wird, stellen einen neuen Behandlungsansatz dar. Diese sind separat zu melden und zu vergüten.

Erbringen unterschiedliche Leistungserbringer unterschiedliche Applikationsarten (z.B. der eine Leistungserbringer eine perkutane Bestrahlung, der andere eine interstitielle Therapie), sollen beide Leistungserbringer Beginn und Ende ihres Therapieanteiles melden. Jede dieser separaten Meldungen werden separat vergütet.

Hinweis zum Prostatakarzinom: Da die prophylaktische Bestrahlung beider Brustdrüsen zur Vorbeugung von durch die Antihormonbehandlung bedingten Brustschmerzen/Gynäkomastie keine tumorspezifische Behandlung ist, ist sie weder meldepflichtig noch vergütungsfähig.

#### 4.3.3 Systemische Therapie

Beginn und Ende einer Therapie werden separat vergütet. Bei elektronischen Meldungen sind dazu aus technischen Gründen zwei separate Meldungen erforderlich.

Alle Therapiearten und Substanzen, die zu einem Protokoll gehören, sollen gemeinsam gemeldet werden. Eine Liste der Protokolle mit dazugehörigen Substanzen finden Sie [hier](#).

Kommt zu einem Protokollwechsel, ist dieser zu melden und zu vergüten (Ende des vorherigen Protokolls, Beginn des neuen Protokolls).

Wird im Anschluss an eine neoadjuvante Therapie nach der Operation eine adjuvante Therapie durchgeführt und werden neoadjuvante und adjuvante Therapie separat gemeldet, werden auch separate Meldevergütungen angelegt, da es sich um unterschiedliche Behandlungsziele handelt. Entsprechend der §65c Plattform werden die im Rahmen z.B. einer Knochenmarktransplantation (KMT) durchgeführten verschiedenen Chemotherapie-Abschnitte (Induktion, Konditionierung inklusive KMT, Erhaltungstherapie) getrennt dokumentiert und vergütet.

#### 4.4 Verlaufsmeldungen

Meldeanlässe können sein:

- „Therapieergebnis“ bei zeitlichem Abstand zwischen Therapieende und anschließendem Staging. Dies ist die Regel bei systemischer Therapie und Strahlentherapie. Vereinzelt trifft dies auch bei Therapien zu, die als Operationen dokumentiert werden (z.B. HIFU-Therapie = Hoch intensiver fokussierter Ultraschall). Bei operativer Therapie wird allerdings in der Regel das Therapieergebnis im Rahmen der OP-Meldung als Residualstatus gemeldet.
- „Änderung des Erkrankungsstatus“ (Vollremission, lokoregionäres Rezidiv – auch PSA-Rezidiv, neue Fernmetastase(n), Fernmetastasen, Progression, Teilremission, divergentes Geschehen, z.B. einige Lymphknotenmetastasen verschwinden, andere kommen neu dazu).

Ob eine Änderung des Erkrankungsstatus vorliegt, muss im Einzelfall im Vergleich zu den bereits vorliegenden Informationen im Krebsregister entschieden werden.

„No change“-Meldungen stellen keinen Meldeanlass dar und sollen daher nicht gemeldet werden. Sie werden am Bayerischen Krebsregister nicht erfasst und auch nicht vergütet.

Eine Änderung im Leistungszustand (ECOG bzw. Karnofsky-Index) alleine ist nicht meldepflichtig und auch nicht vergütungsfähig.

Mehrere gleichzeitig diagnostizierte Ereignisse sollen in einer Meldung zusammengefasst werden.

Meldungen, in denen bei Gesamtbeurteilung „Beurteilung unmöglich“ angegeben ist, und bei den Aspekten Primärtumor, Lymphknoten und Metastasen nur „fraglicher Befund“ oder „unbekannt“ angegeben ist, gelten nicht als neue Information, sind damit nicht meldevergütungsrelevant und werden auch nicht dokumentiert.

#### 4.5 Meldung des Todes

Der Tod einer Patientin/eines Patienten ist ebenso wie das Auftreten eines Progresses/eines Lokalrezidivs oder von Fernmetastasen im Kontext des weiteren Verlaufs

der Erkrankung zu sehen. Er ist für die Bewertung der Prognose von Krebspatienten und der Ergebnisqualität der Versorgung extrem wichtig. Deshalb ist eine Sterbemeldung einer Patientin/eines Patienten eine Verlaufsmeldung und als solche zu vergüten.

Die Übermittlung eines Autopsieergebnisses durch ein pathohistologisches Institut ist auch als vergütungsfähige Abschlussmeldung zu werten. Enthält **ein** pathologischer Befund sowohl Informationen zur Tumorphistologie als auch das Autopsieergebnis, sind **zwei** Vergütungen anzusetzen (Meldeanlässe Pathologie-Befund und Abschluss), soweit die übrigen Kriterien zutreffen. Das Leistungsdatum (Abschlussdatum) ist das Sterbedatum, da nach dem Sterbedatum keine Meldevergütung ausbezahlt wird.

## 5 Mindestanforderungen an die Vollständigkeit

Grundsätzlich besteht eine Meldepflicht bezüglich des gesamten ADT/GEKID-Basisdatensatzes und auch seiner Module soweit die Merkmale für den Meldeanlass und die Entität relevant sind.

Zur Entscheidung über die Vergütungsfähigkeit werden im Folgenden Mindestanforderungen definiert, die erfüllt sein müssen, damit eine Meldung vergütet werden kann. Die nicht in den Mindestanforderungen genannten Daten sind damit nicht von der Meldepflicht befreit (z.B. die Module).

Vollständigkeitskriterium für **jede Meldung** (unabhängig vom Meldeanlass):

- Patientin bzw. Patient:
  - Name, Vorname,
  - Adresse (Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort),
  - Geschlecht,
  - Geburtsdatum,
  - Versicherungsstatus
    - GKV: Krankenkasse/Kostenträger, Institutionskennzeichen (IK), Versicherten-Nr.
    - PKV: Krankenkasse/Kostenträger und/oder IK erforderlich oder „privatversichert, Kasse unbekannt“ (Ersatzcode 970000022); für letzteres kann eine Vergütung aufgrund der Kappungsgrenze nicht sichergestellt werden
    - Sonstige: Krankenkasse/Kostenträger und/oder IK
- Meldende Einrichtung: IK oder Betriebsstättennummer und lebenslange Arztnummer
- Meldeanlass
- Primärtumordiagnose:
  - ICD-10-Code (oder bei Diagnosemeldung durch Zahnärztinnen bzw. Zahnärzte nur die Klartext-Diagnose => Vergütungsabschlag 3,00 EUR)
  - Seitenangabe bei paarigen Organen
  - Diagnosedatum bzw. bei Pathologiemeldungen Entnahmedatum/Histologiedatum

Pathologiemeldungen werden auch dann als vollständig angesehen, wenn die Versichertendaten fehlen. Für eine Vergütung ist es in diesen Fällen erforderlich, dass die fehlenden Versichertendaten aus anderen Meldungen vorliegen, da sonst unklar ist, bei welchem Kostenträgern die Forderung eingereicht werden soll.

Zusätzlich bei **Diagnosemeldung** erforderlich:

- Hauptlokalisierung (kodiert nach ICD-O)
- Klinische TNM-Klassifikation (= die prätherapeutisch diagnostizierte Tumorausbreitung), insofern anwendbar (siehe [Tabelle Anwendbarkeit der TNM-Klassifikation](#)). Das TNM muss mindestens durch eine gültige Ausprägung des T-Stadiums (gültig auch TX bei Nicht-Beurteilbarkeit) oder durch das Stadium M1 gekennzeichnet sein.
- Histologiebefund (Zytologie/labortechnischer Befund) (wenn erfolgt) (kodiert nach ICD-O)

Zusätzlich bei **Operationen** erforderlich:

- OP-Datum
- OPS-Code oder textliche Beschreibung, aus der sich der OPS-Code ableiten lässt
- Intention
- R-Klassifikation / Gesamtbeurteilung des Tumorstatus soweit anwendbar (siehe [Informationen zu OPS-Code, Lokalisation und R-Klassifikation](#))
- Postoperative pathologische TNM-Klassifikation (bzw. [andere tumorspezifische Klassifikationen](#)), soweit anwendbar (siehe [Tabelle Anwendbarkeit der TNM-Klassifikation](#))

Zusätzlich bei **histologischem/labortechnischem / zytologischem Befund** erforderlich:

- Datum der Untersuchung (= Probenentnahme)
- histologisch, zytologisch oder labortechnische gesicherte Diagnose
- Grading, sofern anwendbar (siehe [Tabelle Anwendbarkeit der TNM-Klassifikation](#))
- Tumorstadium (pathologische TNM-Klassifikation bzw. [andere tumorspezifische Klassifikationen](#) wie z. B. Ann Arbor, Binet), wenn anwendbar (siehe [Tabelle Anwendbarkeit der TNM-Klassifikation](#)); das TNM muss mindestens durch eine gültige Ausprägung des T-Stadiums (TX wird in diesem Fall als gültig eingestuft) oder durch das Stadium M1 gekennzeichnet sein; bei Stanzbiopsie nicht erforderlich
- Einsendende Medizinische Einheit: Name und Anschrift)

Zusätzlich bei Meldung zum **Beginn der Strahlentherapie** erforderlich:

- Beginn der Behandlung
- Applikationsart
- Intention

Zusätzlich bei Meldung zum **Ende der Strahlentherapie** erforderlich:

- Beginn der Behandlung
- Ende der Behandlung

- Applikationsart
- Intention
- Zielgebiet
- Gesamtdosis pro Zielgebiet
- Therapieende-Grund

Zusätzlich bei Meldung zum **Beginn der Systemischen Therapie** erforderlich:

- Beginn der Behandlung
- Art der systemischen Therapie oder abwartenden Therapie (z.B. Active Surveillance, Wait and see, Watchful Waiting)
- Substanz(en) und – wenn zutreffend – Protokoll
- Intention

Zusätzlich bei Meldung zum **Ende der Systemischen Therapie** erforderlich:

- Beginn der Behandlung
- Art der systemischen Therapie oder abwartenden Therapie (z.B. Active Surveillance, Wait and see, Watchful Waiting)
- Substanz(en) und – wenn zutreffend – Protokoll
- Ende der Behandlung
- Therapieende-Grund

Zusätzlich bei **Tod** erforderlich:

- Sterbedatum
- Tod tumorbedingt
- Todesursache im Sinne des Grundleidens; eine Kodierung nach ICD-10 ist wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich

Zusätzlich bei **Verlaufsmeldungen** erforderlich (Diagnose von Rezidiven und Metastasen und anderen Änderungen im Krankheitsverlauf):

- Untersuchungsdatum
- Gesamtbeurteilung des Tumorstatus (z. B. Tumorfreiheit, Teilremission)

## 6 Vergütung von Mehrfachmeldungen bei Meldeanlass Diagnose

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass dieselbe Leistung und sich der daraus ergebende Meldeanlass nur einmalig gemeldet wird und somit nur einmalig abgerechnet werden kann. In Einzelfällen kann aber auch derselbe Meldeanlass zu Mehrfachmeldungen führen, die beide vergütungsfähig sind. Die Vergütungsfähigkeit ergibt sich dadurch, dass beide Meldungen als vollständig zu betrachten sind, aber die zweite Meldung einen weitergehenden Sachverhalt beinhaltet. Ein „weitergehender Sachgehalt“ liegt vor, wenn die neue Meldung den bereits im Register vorhandenen Datensatz ergänzt, korrigiert oder detailliertere Information liefert. Dabei geht es ausschließlich darum, ob aus der weiteren Meldung ein Informationsgewinn in Bezug auf die Merkmale des ADT/GEKID-Basisdatensatzes und seiner Module entsteht. Eine Absicherung bereits gemeldeter Daten durch zusätzliche Untersuchungen wird dabei nicht als eine zusätzliche Information angesehen.

Beispiel für eine Situation, in denen zwei Vergütungen vergeben werden können:

- Eine gynäkologische Praxis meldet die stanzbioptisch gesicherte Diagnose eines Brusttumors. Die Patientin wird an ein Brustzentrum überwiesen.
- Das Brustzentrum führt weitere diagnostische Verfahren durch und meldet einen weitergehenden Sachverhalt.
- Beide meldende Einrichtungen senden eine Diagnosemeldung, die in sich als vollständig zu betrachten ist.
- Für beide Meldungen wird eine Meldevergütung angelegt.