

Vergütung für landesrechtlich vorgesehene und vollständige histologisch gesicherte Diagnosemeldungen (DM) von ambulant tätigen Facharztgruppen

Im **ambulanten fachärztlichen Bereich** ist es häufig nicht möglich, die Anforderungen der Meldevergütungsvereinbarung für **histologisch gesicherte Diagnosemeldungen** zu erfüllen. Dennoch handelt es sich um landesrechtlich vorgesehene und vollständige Meldungen. Für die im Folgenden dargestellten Fälle soll daher auch bei Nichterfüllung der Kriterien aus der Meldevergütungsvereinbarung eine Vergütung ausbezahlt werden.

Statt einer vollständigen Angabe zum pathologischen Tumorstadium (pTNM und Grading sofern anwendbar), die aufgrund der für den Fachbereich typischen Diagnostik nicht oder nur teilweise erhoben werden kann, muss neben der Histologie mindestens die klinische Ausdehnung des Primärtumors angegeben werden (c/u TNM T).

Eine Kennzeichnung der leer bleibenden Felder mit der Ausprägung „X“ ist nicht erforderlich. Die Angabe MX zur Abbildung der Metastasen-Situation ist zudem keine gültige Ausprägung nach TNM 7 und 8 und kann über die Erfassungsanwendung auch nicht mehr gemeldet werden.

Im Folgenden ist dargestellt, aufgrund welcher Kriterien eine histologisch gesicherte Diagnosemeldung aus dem ambulanten Facharztbereich - abweichend von den allgemeinen Regeln - mit 18 Euro vergütet werden kann.

Die Prüfung erfolgt auf die Melder-ID (Leistungserbringer). Die MID des Absenders spielt keine Rolle.

Es gilt das **Windhund-Prinzip**:

Erfolgt die vollständige Meldung nach den allgemeinen Vergütungs-Kriterien (z.B. aus dem stationären Bereich) VOR der Facharztmeldung aus dem ambulanten Bereich und wird diese vergütet, erlischt der Anspruch auf Vergütung nach dem hier beschriebenen Fachgruppenprinzip (ein weitergehender Sachgehalt ist nicht gegeben).

Die Regeln zur erneuten Vergütung für eine weitere DM zum selben Tumor von einem anderen Melder mit **weitergehendem Sachgehalt**, wie in der Krebsregister-Meldevergütung-Vereinbarung vorgesehen, bleibt bestehen.

Je Melder (Leistungserbringer) darf nur eine DM pro Tumor vergütet werden.

Melder der Fachgruppe ADT/GEKID-MaSc übermitteln je Tumor bis zu zwei eigenständige DM (prätherapeutisch und posttherapeutisch) mit unterschiedlicher TAN. Diese dürfen nicht „zweimal“ vergütet werden. Es darf nur die erste (prätherapeutische) Meldung honoriert werden.

Für **klinisch** gesicherten Diagnosemeldungen gibt es kein spezielles Vergütungs-Konzept für die niedergelassenen Fachärzte. Hier gelten die allgemeinen Vergütungskriterien für klinisch gesicherte Diagnosen. Mit diesen Angaben kann dann auch z.B. ein niedergelassener Radiologe eine vergütungsfähige klinische Diagnosemeldung z.B. für einen Lungen-Tumor erstellen und melden.

Meldertyp

Anspruchsberechtigt für die Vergütung einer DM sind Melder aus dem ambulant-fachärztlichen Bereich und der Meldertyp_ID „EA“ und „NA“

Meldertyp_ID	Meldertyp	Meldercode
EA	Ermächtigte Arzt	4
NA	Niedergelassener Arzt	4

Der Meldertyp wird bei der Registrierung strukturiert als Pflichtangabe (Art der Einrichtung) abgefragt und kann nie leer sein.

Fachgebiet

Da häufig keine 1:1-Zuordnung von ICD-10 Diagnosen zu einem bestimmten Fachgebiet möglich ist und eine diagnostische Leistung zu einem Tumor (z.B. C73 - Schilddrüse) von Meldern unterschiedlicher Fachrichtung erbracht werden kann, sind alle Facharztgruppen für die später genannten ICD-10 Codes anspruchsberechtigt.

Ausgeschlossen werden Melder mit der Bezeichnung „Strahlentherapie“, „Psychiatrie“, ...“ und „ohne Facharztbezeichnung“.

berechtigt?	Fachgebiet (Fachgebiet)
ja	Augenheilkunde
ja	Chirurgie (inkl. Neurochirurgie)
ja	Frauenheilkunde und Geburtshilfe
ja	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
ja	Hausärztlich tätiger Arzt (prakt. Arzt; Allgemeinarzt; hausärztlich tätiger Internist)
ja	Haut- und Geschlechtskrankheiten
ja	Internist; Gastroenterologie
ja	Internist; Hämatologie und Onkologie
ja	Internist; Nephrologie
ja	Internist; Pneumologie
ja	Internist; Sonstige; fachärztlich tätig
ja	Kinder- und Jugendmedizin
Ja	Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
ja	Neurologie; Nervenheilkunde
ja	Orthopädie
ja	Pathologie (inkl. Neuropathologie)
ja	Physikalische und Rehabilitative Medizin
nein	Psychiatrie; Psychotherapie; Psychosomatische Medizin; Kinder- und Jugendpsychiatrie
ja	Radiologie
nein	Strahlentherapie (inkl. Nuklearmedizin)
ja	Urologie
ja	Zahnarzt
ja	Sonstige Fachärzte (z.B. Anästhesie, Humangenetik, Rechtsmedizin)
nein	Ohne Facharztbezeichnung

ICD-10 Diagnose und erforderliche Meldungsinhalte

Die Regelung gilt für alle meldepflichtigen ICD-10 Codes mit **histologischer Diagnosesicherung**. Als histologische Diagnosesicherung gelten analog den regulären Vergütungsregeln die Ausprägungen:

- 5 Zytologie
- 6 Histologie einer Metastase
- 7 Histologie eines Primärtumors

Meldungen ohne Angabe zur Diagnosesicherung können nicht berücksichtigt werden.

Zusätzlich zur Tumorzuordnung (ICD-10, Diagnosedatum und ggf. Seite) muss die Diagnosemeldung mindestens folgende Angaben enthalten:

Topographie
Morphologie und
u/c/p TNM T

Generierte Angaben sind wie leere Felder zu betrachten.

Die Angabe der unspezifischen Morphologie 8000/3 oder 8010/3 ist wie ein leeres Feld zu betrachten.

Verwendete Abkürzungen

- DM Diagnosemeldung
- MID Melder-Identifikationsnummer
- TAN Transaktionsnummer (Meldungs-Identifikationsnummer)
- TNM Internationale Klassifikation für das Tumor-Ausmaß (=Staging)