

Vereinbarung

**über die Meldevergütungen für die Übermittlung
klinischer Daten an klinische Krebsregister
nach § 65c Abs. 6 Satz 5 SGB V
(Krebsregister-Meldevergütung-Vereinbarung)**

vom 15.12.2014

zwischen

dem GKV-Spitzenverband, Berlin

und

der Deutschen Krankenhausgesellschaft e. V., Berlin

und

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Berlin

und

der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung, Köln

Präambel

Die Einrichtung klinischer Krebsregister ist ein wesentliches Ziel des Nationalen Krebsplans und wurde von den Akteuren im Gesundheitswesen unterstützt. Krebsregister sollen unter anderem einer aussagekräftigen onkologischen Qualitätsberichterstattung für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Patienten dienen. Eine hohe Aussagekraft der Registerdaten soll zur Versorgungstransparenz, zur Versorgungsforschung sowie zur Verbesserung der Behandlung von an Krebs erkrankten Patienten beitragen.

Die Krankenhäuser und Arzt- und Zahnarztpraxen erhalten für die Meldung der Daten an klinische Krebsregister eine angemessene Meldevergütung.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und –registergesetz – KFRG) vom 03.04.2013 hat der Gesetzgeber den GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen verpflichtet, die Höhe der Meldevergütungen für die landesrechtlich vorgesehenen Meldungen der zu übermittelnden klinischen Daten an klinische Krebsregister festzulegen. Die Selbstverwaltungspartner kommen dieser Aufgabe mit der vorliegenden Vereinbarung auf der Grundlage des § 65c Abs. 6 Satz 5 SGB V nach.

Wenn die privaten Krankenversicherungsunternehmen den klinischen Krebsregistern die Kosten für Vergütungen von Meldungen von Daten privat krankenversicherter Personen erstatten, tritt der Verband der Privaten Krankenversicherung bei der Vereinbarung nach § 65c Abs. 6 Satz 5 SGB V an die Seite des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen. Gleiches gilt für die Träger der Kosten in Krankheits-, Pflege- und Geburtsfällen nach beamtenrechtlichen Vorschriften, wenn sie den klinischen Krebsregistern einen Teil der Kosten für Vergütungen von Meldungen von Daten der nach diesen Vorschriften berechtigten Personen erstatten.

Die Vereinbarungspartner sind sich darüber einig, dass sich diese Vereinbarung über die Meldevergütungen am aktuellen bundesweit einheitlichen Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland zur Basisdokumentation für Tumorkranke und seinen ergänzenden Modulen (ADT/GEKID-Datensätze) entsprechend § 65c Abs. 1 Satz 3 SGB V orientiert. Im April 2014 wurde der aktualisierte Basisdatensatz im amtlichen Teil des Bundesanzeigers veröffentlicht (Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit im Bundesanzeiger „Aktualisierter einheitlicher onkologischer Basisdatensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID)“ vom 27.03.2014, BAnz AT 28.04.2014 B2). Dieser und die noch zu veröffentlichen tumorspezifischen Module unterliegen fortlaufenden Überarbeitungen und Ergänzungen. Zudem sind die Festlegungen auf Landesebene zu den Meldeanlässen zum Zeitpunkt des Abschlusses dieser Vereinbarung noch nicht abgeschlossen. Aus diesen Gründen ist diese Vereinbarung bei wesentlichen Änderungen der ADT/GEKID-Datensätze (inklusive deren Spezifikation) oder Inkompatibilitäten aufgrund der länderspezifischen Festlegungen zu den Meldeanlässen zu überprüfen und ggf. unverzüglich anzupassen.

§ 1 **Erstattung der Meldevergütung**

Die Meldevergütung nach § 65c Abs. 6 Sätze 1 – 2 SGB V wird dem klinischen Krebsregister von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet, bei der der Patient zum Zeitpunkt der Übermittlung der Meldung seiner Daten versichert ist. Für die Abrechnung zwischen den klinischen Krebsregistern und den gesetzlichen Krankenkassen sind die Festlegungen nach § 65c Abs. 2 Satz 3 Nr. 7 SGB V anzuwenden.

§ 2 **Höhe der Meldevergütung**

- (1) Für jede nach Maßgabe dieser Vereinbarung vollständige Meldung nach § 65c Abs. 6 Satz 1 SGB V wird den meldenden Ärzten, Zahnärzten und Krankenhäusern vom klinischen Krebsregister eine Meldevergütung gezahlt. Der Vergütungsanspruch der meldenden Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser wird von diesen gegenüber dem klinischen Krebsregister geltend gemacht. Nach Maßgabe dieser Vereinbarung gilt eine Meldung dann als vollständig, wenn sie mindestens die folgenden Angaben beinhaltet:
- a) Bei der Meldung zur Diagnosestellung eines Tumors nach hinreichender Sicherung neben dem Namen, Geschlecht und Geburtsdatum sowie Versichertennummer und Krankenkasse des Versicherten: Angaben zur meldenden Institution, zur Tumordiagnose (ICD-10), zum Diagnosedatum sowie zur Hauptlokalisation (als Freitextangabe sofern bei Tumorart anwendbar; die Angabe der ICD-O ist optional) und zum klinischen Tumorstadium (sofern bei Tumorart anwendbar). Die Meldung zur Diagnosestellung schließt die Befunde nach d) ein, sofern diese dem meldenden Arzt, Zahnarzt oder Krankenhaus bei Abgabe der Meldung vorliegen.
 - b) Bei Meldung von Verlaufsdaten neben dem Namen, Geschlecht und Geburtsdatum sowie Versichertennummer und Krankenkasse des Versicherten: Angaben zur meldenden Institution, zum Untersuchungsdatum, zum Untersuchungsanlass und zur Gesamtbeurteilung des Tumorstatus (z. B. Tumorfreiheit, Teilremission).
 - c) Bei Meldung von Therapie- oder Abschlussdaten neben dem Namen, Geschlecht und Geburtsdatum sowie Versichertennummer und Krankenkasse des Versicherten und den Angaben zur meldenden Institution bei:
 - aa) Folgemeldungen zur operativen Therapie: Angaben zum Operationsdatum und der durchgeführten Prozedur;
 - bb) Folgemeldungen zur Strahlentherapie: Angaben zum Beginn der Behandlung, zum Zielgebiet und zur Intention (z. B. palliativ, neoadjuvant) der Strahlentherapie;
 - cc) Folgemeldungen zur systemischen Therapie: Angaben zum Beginn der Behandlung, zur Substanz und zur Intention (z. B. palliativ, neoadjuvant) der systemischen Therapie.
 - d) Bei Meldung eines histologischen oder labortechnischen oder zytologischen Befundes neben dem Namen, Geschlecht und Geburtsdatum sowie Versichertennummer und Krankenkasse des Versicherten: Angaben zur meldenden Institution, zum Datum der Histologie, zur histologischen oder zytologischen Diagnose, zum Grading (sofern bei Tumorart anwendbar) und

zum Tumorstadium (pTNM-Klassifikation bzw. andere tumorspezifische Klassifikationen wie z. B. Ann Arbor, FIGO, Binet).

Protokollnotiz:

Die Vertragsparteien sind sich einig, dass eine Meldung durch einen meldenden Zahnarzt auch dann als vollständig gilt, wenn anstatt einer in § 2 Absatz 1 genannten Kodierung bzw. Klassifikation eine für das Krebsregister ausreichende Diagnosebeschreibung vorliegt. Die Schiedsperson wird über die Festlegung eines Vergütungsabschlages für den Fall entscheiden, dass ein Zahnarzt bei seiner Registermeldung keinen ICD-Code angibt.

- (2) Die Höhe der Meldevergütungen für die einzelnen Meldungsarten gemäß Absatz 1 richtet sich nach der Festlegung der Schiedsperson gemäß § 65c Abs. 6 Satz 8 SGB V.
- (3) Sofern für die Umsätze aus dieser Vereinbarung entsprechend dem Urteil des Bundesfinanzhofs (Revisionsverfahren XI R 31/13) eine Umsatzsteuerpflicht anzunehmen ist, ist die Umsatzsteuer zusätzlich zu den in Absatz 2 geregelten Vergütungen zu entrichten.
- (4) Die Vereinbarungspartner gehen davon aus, dass sich die an der Behandlung beteiligten Ärzte und Krankenhäuser in den jeweiligen Arzt- bzw. Entlassbriefen über die erfolgten Meldungen an das jeweilige Krebsregister gegenseitig informieren. Der Arzt, der dann ohne weitergehenden Sachgehalt eine zusätzliche Meldung abgibt, hat keinen Vergütungsanspruch.

§ 3 Veröffentlichung

Die Vereinbarung wird auf den Internetseiten der Vereinbarungspartner veröffentlicht.

§ 4 Inkrafttreten/Kündigung

- (1) Die Vereinbarung tritt zum 01.01.2015 in Kraft. Sofern ein Leistungserbringer seit dem 01.01.2014 eine im Sinne des § 65c Abs. 4 Satz 2 bzw. Abs. 5 – i. V. m. Abs. 6 Satz 1 – SGB V landesrechtlich vorgesehene Meldung vorgenommen und für diese keine anderweitige Vergütung erhalten hat, kann eine Erstattung der Meldevergütung auf Grundlage dieser Vereinbarung erfolgen.
- (2) Diese Vereinbarung kann mit einer Frist von sechs Monaten zum Jahresende von jedem der Vereinbarungspartner jeweils ordentlich gekündigt werden. Im Fall der Kündigung gelten die Inhalte der gekündigten Vereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung fort.

§ 5 Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Dies gilt auch für die Aufhebung dieser Schriftformklausel.

§ 6 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Klauseln oder Bestimmungen dieser Vereinbarung ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder weist diese Vereinbarung Regelungslücken auf, so wird hierdurch die Wirksamkeit der Vereinbarung im Übrigen nicht berührt. Für diesen Fall verpflichten sich die Parteien, anstelle der unwirksamen Bestimmung eine wirksame Bestimmung zu vereinbaren, welche dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung möglichst nahekommt. Im Falle einer Regelungslücke werden sie eine Bestimmung vereinbaren, die dem entspricht, was nach Sinn und Zweck dieser Vereinbarung vereinbart worden wäre, wenn die Regelungslücke bedacht worden wäre.

Berlin, Köln, den 15.12.2014

GKV-Spitzenverband

Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V.

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung