

Klinisches Krebsregister des NCT

Handbuch der allgemeinen Tumordokumentation

6. Auflage
Version 1.0
Gültig ab Erstdiagnose 01.01.2017



CC 2017 KH Adzersen, N Becker, Deutsches Krebsforschungszentrum Heidelberg, DKFZ
Link zu CC Version 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 DE)¹

Autoren und Kontakt:

Dr. Karl-Heinrich Adzersen
Prof. Dr. Nikolaus Becker

NCT-Krebsregister
Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 581
69120 Heidelberg

Tel.: 06221 42-4220 und -2240
ePost: n.becker@dkfz.de

¹ Sie dürfen:

Teilen — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

Bearbeiten — das Material remixen, verändern und darauf aufbauen.

Der Lizenzgeber kann diese Freiheiten nicht widerrufen solange Sie sich an die Lizenzbedingungen halten.

Unter folgenden Bedingungen:

Namensnennung — Sie müssen **angemessene Urheber- und Rechteangaben machen**, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob **Änderungen vorgenommen** wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.

Nicht kommerziell — Sie dürfen das Material nicht für **kommerzielle Zwecke** nutzen.

Weitergabe unter gleichen Bedingungen — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder anderweitig direkt darauf aufbauen, dürfen Sie Ihre Beiträge nur unter **derselben Lizenz** wie das Original verbreiten.

Keine weiteren Einschränkungen — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder **technische Verfahren** einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/de/>

VORWORT

Die NCT-Tumordokumentation besteht neben dem „Handbuch der *allgemeinen* Tumordokumentation“ nunmehr aus zwölf (12) organspezifischen Handbüchern. Ein neues zwölftes Handbuch der Augentumoren wurde erstellt. In den 12 Handbüchern der Tumordokumentation sind alle wichtigen Informationen für Nutzer des NCT-Krebsregisters zusammengestellt.

Die Handbücher der NCT-Tumordokumentation 2017 enthalten die international gültigen Verschlüsselungsempfehlungen, Dokumentationsregeln und Klassifikationen der Tumoren spezifischer Organe, anatomisch begrenzter Organbereiche bzw. Organsysteme. Wie in allen Vorgängerversionen wurden das Allgemeine Handbuch wie die organspezifischen Handbücher durchgesehen und etwaige Fehler korrigiert und notwendige Ergänzungen, Verbesserungen und Korrekturen durchgeführt.

Hinzuweisen ist auf eine wichtige Neuerung in den Handbüchern 2016/2017: Für sämtliche Organe und Organbereiche werden die als regionär zu geltenden Lymphknoten und Lymphabflussgebiete nach international anerkannten Vorgaben definiert, d. h. es wird für jedes Organ in Tabellenform genau aufgeführt, welche Lymphknoten als regionäre Lymphknoten gelten (N1). Alle befallenen Lymphknoten über dieses regionäre Abflussgebiet hinaus gelten als Fernmetastasen (M1), in diesem Fall, wenn es sich um Lymphknoten handelt als Fernmetastase in das Lymphsystem (im ADT/GEKID Datensatz: „Lymphknoten“).

Die Handbücher des NCT-Krebsregisters sind abrufbar über

<http://www.nct-heidelberg.de/forschung/nct-core-services/nct-cancer-registry/manuals-tumordocumentation.html> (Manuals Tumordokumentation)

Handbuch	Organspezifische Handbücher NCT–Krebsregister, gültig 01.01.-31.12.2017.
01	Tumoren des Kopfes und Halses, 6. Auflage 2017
02	Tumoren des Verdauungssystems, 6. Auflage 2017
03	Tumoren der Lunge, der Pleura, des Thymus und des Herzens, 6. Auflage 2017
04	Tumoren der Weichgewebe und Knochen, 6. Auflage 2017
05	Tumoren der Haut, 6. Auflage 2017
06	Tumoren der Brust, 3. Auflage 2017
07	Tumoren der weiblichen Fortpflanzungsorgane und des Peritoneums, 3. Aufl. 2017
08	Tumoren des Harnwegsystems und der männlichen Genitalorgane, 6. Auflage 2017
09	Tumoren des Zentralen Nervensystems, 6. Auflage 2017
10	Tumoren der endokrinen Organe, 6. Auflage 2017
11	Tumoren der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe, 6. Auflage 2017
12	Tumoren des Auges, der Augenadnexe und der Orbita, 2. Auflage 2017

In die Liste für die Diagnosesuche nach DRG Ziffern über den ICD-10-GM-Diagnoseschlüssel im Klinikum Heidelberg wurden die „gutartigen gastro-intestinalen Stroma-Tumoren“ (GIST) der ICD-

10 Diagnose D13.0-3, D13.9, D12.0-8, D21.4², Morphologieziffer 8936/0, mit aufgenommen. Zur Bestimmung des Stadiums und der Krankheitsprogression nach Miettinen ist neben den TNM-Kategorien auch die prognostische Gruppeneinteilung der GIST-Histologie erforderlich. Diese umfasst das biologische Verhalten der GIST /0 (Stadium IA und IB), /1 und /3 (s. Handbuch der Tumoren des Verdauungssystems, Abschnitt GIST³).

Die Tabelle 2.2 dieses Handbuchs der „Vererbten Krankheiten mit Krebsrisikoerhöhungen“ wurde auf 57 Syndrome erweitert.

Anmerkung zum Handbuch der allgemeinen Tumordokumentation

Der Text des „Handbuchs der allgemeinen Tumordokumentation“ ist in vier Kapitel unterteilt, modular aufgebaut und erlaubt selektives Lesen. Im Folgenden werden einige Hinweise gegeben, welche Leseptide als sinnvoll erachtet werden.

Kapitel 1 *Allgemeine Einführung für Nutzer und Mitarbeiter des NCT-Krebsregisters* sollten alle Nutzer lesen, die sich **einen ersten Überblick** über das Register verschaffen wollen, oder die sich **erstmalig einloggen oder anmelden** wollen, um Einblick in die Daten zu nehmen oder mit dem Register zu arbeiten. Natürlich ist es auch die Fundstelle für seltene Nutzer, die die **Handhabung der Zugangspfade vergessen** haben.

Kapitel 2 *Prinzipien der Tumordokumentation* am NCT Heidelberg enthält die wesentlichen Regeln und Definitionen, die für die Dokumentation im NCT-Krebsregister festgelegt wurden. Sie gelten für alle dokumentierenden Personen und beruhen auf international vereinbarten Standards.

Kapitel 3 *Konventionen des NCT-Krebsregisters* enthält die Verschlüsselungsanleitungen, denen zu folgen ist, wenn zwei oder mehr syn- oder metachrone Tumoren in *paarigen* Organen vorliegen, ebenso wie zu verfahren ist, wenn syn- oder metachrone Mehrfachtumoren in *einem* Organ oder Organsystem oder Mehrfachmorphologien in *einem* Tumor vorliegen. Dargestellt wird auch, wie systemische Chemotherapien zu dokumentieren sind, wenn gleichzeitig mehrere Tumoren vorliegen und betroffen sind. Abschließend werden tabellarisch Verschlüsselungsempfehlungen für häufige intraepitheliale Neoplasien (in situ Carcinome) gegeben.

Kapitel 4 *Allgemeine Merkmale, Datensatzbeschreibung und Standards der Dokumentation* ent-

² Die *gutartigen* GIST-Tumoren mit der Histologie 8936/0 werden seit 2015 bis auf Weiteres in einer getrennten Liste gesammelt, da periphere /0-Tumoren nicht in das NCT-Krebsregister aufgenommen werden.

³ Adzersen, Becker 2017(02).

hält die Beschreibung der generell für die Dokumentation erforderlichen Datenfelder des NCT-Krebsregisters, die nicht organspezifisch sind, einschließlich der hierfür erforderlichen KRBW-Datenfelder und fasst das Verschlüsselungsvorgehen für diese Datenfelder zusammen⁴. Die zentral wichtigen Regeln der Verschlüsselung aller Merkmale des Datensatzes, der als „NCT-Kerndatensatz“ gilt und einen mit der NCT-Leitung vereinbarten Datenkatalog beinhaltet, werden dargestellt. Die Dokumentation der Zentraldatensatzfelder ist im NCT-Krebsregister **verbindlich**.

Zur Definition und Klassifikation der Tumortypen werden die neuesten Ausgaben der *WHO Classification of Tumours, IARC, Lyon* mit den entsprechenden ICD-O-3.1 Morphologiekodes und den Lokalisationshinweisen sowie Einzelpublikationen benutzt. Die Verschlüsselungsregeln und Empfehlungen der TNM-Klassifikationen maligner Tumoren, 6. Auflage 2003, 7. Auflage 2010 und 8. Auflage 2017 werden als bekannt vorausgesetzt und als verbindlich angesehen.

Zentraler Bestandteil der organspezifischen Handbücher sind die Verschlüsselungstabellen. Diese enthalten:

- *die Bezeichnung (den Namen) des Tumors, teilweise mit synonymen Beschreibungen*
- *die ICD-O-3.1-Morphologieziffer⁵ mit dem biologischen Verhaltenskode (Dignität),*
- *die ICD-3-Topographieziffer,*
- *die ICD-10-GM-Diagnoseziffer⁶*

für jeden Tumor dieses Organs oder Organbereiches. Die Zuordnungen beruhen sämtlich auf international anerkannten Klassifikationen, Stadieneinteilungen, Gradings und Prognoseklassifikationen.

K. H. Adzersen, Nikolaus Becker

Heidelberg, Januar 2017

⁴ Health Data Standards Committee 2004.

⁵ DIMDI 2014.

⁶ ICD-10 2017.

INHALTSVERZEICHNIS

Inhaltsverzeichnis	6
Abkürzungen und Akronyme.....	8
1 Allgemeine Einführung für Nutzer und Mitarbeiter des NCT-Krebsregisters.....	11
1.1 Überblick.....	12
1.2 Geltungsbereich des NCT-Krebsregisters	13
1.3 Hintergrund der Dokumentationsstandards	13
1.4 Berechtigungskonzept und Zugangsberechtigung	14
1.5 Datenschutz	15
1.6 Zugang zum NCT-Krebsregister.....	15
1.6.1 Technische und administrative Voraussetzungen	15
1.6.2 Öffnen des NCT-Krebsregisters.....	16
1.6.3 Patientensuchmaske	17
1.6.4 Registerblatt NCT-Krebsregister.....	18
1.6.5 Registerblatt Krankengeschichte NCT	21
1.7 Module des NCT-Krebsregisters	23
1.7.1 Modularer Aufbau der Dokumentation	23
1.7.2 Navigation	28
1.7.3 Prinzipien der Navigation im NCT-Krebsregister und Schema „Krankheitsverlauf und Dokumentation“	29
2 Prinzipien der Tumordokumentation.....	31
2.1 Dokumentationsstandards	32
2.2 Anpassung der bisherigen Dokumentation an gültige Standards	32
2.3 Erfassungspflichtige Neoplasien im NCT-Krebsregister.....	32
2.3.1 Geltungsbereich: Patienten mit onkologischem Bezug	32
2.3.2 Erfassung der Patienten über ICD-10-Diagnosen.....	33
2.3.3 Erfassungspflichtige Dignitäten.....	33
2.3.4 Frühere Tumoren sind erfassungspflichtig	35
2.3.5 Klinisch diagnostizierte Tumoren.....	35
2.3.6 Therapie (Chemo-, Radio- u. a. Therapie) ohne histologische Diagnose	35
2.3.7 Abbruch/Unterbrechung/Änderung einer Chemo-, Radio- u. a. Therapie	36
2.3.8 Mehrdeutiger Wortlaut in medizinischen Dokumenten.....	36
2.3.9 Dokumentation bei genetisch erhöhtem Krebs Erkrankungsrisiko	37
3 Konventionen des NCT-Krebsregisters.....	42
3.1 Änderung bereits eingegebener Daten	43
3.1.1 Verschlüsselungsfehler	43
3.1.2 Neue „bessere“ Informationen.....	43
3.1.3 Erstdiagnose CUP	43
3.1.4 Umgang mit inkorrekten Daten	44
3.1.5 Änderung des Diagnosedatums	44
3.1.6 Retroaktive Änderungen von Verschlüsselungscodes	44
3.2 Verschlüsselung von Mehrfachtumoren, Mehrfachmorphologien, Seitenlokalisation und spezifischen Histologien	45
3.2.1 Unterscheidung der Tumoren nach Morphologiegruppen.....	45
3.2.2 Verschlüsselungsvorgehen bei Mehrfachtumoren und –morphologien	47
3.2.3 Seitenlokalisationsregel bei paarigen Organen und Mehrfachtumoren.....	47
3.2.4 Verschlüsselungsvorgehen bei syn- oder metachronen soliden Mehrfachtumoren und Mehrfachmorphologien	50

3.2.5	Verschlüsselung spezifischer Histologien solider Tumoren	53
3.2.6	Lokalisationsregeln von Mehrfachtumoren in Bezug auf „ein Organ“	57
3.2.7	Dokumentation der Chemotherapie bei Mehrfachtumoren	58
3.2.8	Allgemeine Vorgehensempfehlung bei Mehrfachtumoren und –morphologien	58
3.2.9	Dokumentationstechnische Definition eines Rezidivs und einer Metastase	60
3.2.10	Dokumentationsrichtlinien bei Mehrfachtumoren nach IARC / IACR	61
3.2.11	Definition und Verschlüsselung „Intraepithelialer Neoplasien“ (IEN)	63
3.2.12	Verschlüsselung der Adenokarzinome bei mehrdeutiger Wortwahl im histologischen Bericht	65
4	Allgemeine Merkmale, Datensatzbeschreibung und Standards der Dokumentation	68
4.1	Aufgabe	69
4.2	NCT-Kerndatensatz	69
4.3	Zentrale Erfassung	73
4.4	Anmerkungen zum Datensatz des Krebsregisters Baden-Württemberg	74
4.5	Allgemeine Form der Merkmalsdatenfelder	76
4.6	Kurzbeschreibung der Merkmale und Verschlüsselungshinweise	77
4.6.1	Demographische Daten (Stammdaten)	78
4.6.2	Diagnose, Tumormerkmale, Patientenmerkmale, Stadium.....	97
4.6.3	Primärtherapie	156
4.6.4	Verlauf.....	213
4.6.5	Vitalstatus, Registerstatus Patient	238
4.6.6	Organisatorische Daten.....	246
5	Anmerkungen zu regionären Lymphknoten und regionären Lymphabflussgebieten der Organe und Organbereiche.....	249
5.1	Ziel.....	249
5.2	Anmerkungen zur Dokumentation der regionären Lymphknoten	250
6	Referenzen	251

ABKÜRZUNGEN UND AKRONYME

a	autoptisch (Präfix in TNM)
AD	Autosomal dominant
ADT	Arbeitsgemeinschaft deutscher Tumorzentren
AE	Adverse Event
ALM	Akral lentiginöses Melanom
AR	Autosomal rezessiv
BET	Brusterhaltende Therapie
c	Klinisch (manchmal gebrauchtes Präfix beim TNM)
C	C-Faktor (Certainty-Faktor) (Diagnosesicherheit)
CLL	Chronisch Lymphatische Leukämie
CT	Chemotherapie
CT	Computertomographie
CTC	Common Toxicity Criteria
CTCAE	Common Terminology Criteria for Adverse Events
CUP	Cancer of Unknown Primary (Krebs bei unbekanntem Primärtumor)
DCO	Death Certificate Only (Tumor nur über die Todesbescheinigung erkannt)
DKFZ	Deutsches Krebsforschungszentrum
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
DRG	Diagnosis Related Groups (für das Abrechnungswesen in der Medizin)
DVMD	Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin
ECOG	Eastern Cooperative Oncology Group
ED	(Erst-)Diagnose
ED	Extensive Disease (VALG-Klassifikation)
EGFR	Epidermal-Growth-Factor-Receptor
ENCR	European Network of Cancer Registries
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer
ER	Estrogen Receptor (Östrogenrezeptor)
f. A.	fehlende Angabe
FIGO	Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique („Internationale Vereinigung für Gynäkologie und Geburtskunde“)
FNCLCC	Fédération Nationale des Centres de Lutte le Cancer
G	Grading (histopathologischer Grad der Malignität)
GEKID	Gesellschaft der Epidemiologischen Krebsregister In Deutschland
HL	Hodgkin-Lymphom
HNPCC	Hereditäres nicht-Polyposis-assoziiertes kolorektales Karzinom
HPF	High Power Field (Mikroskopie)
HPT-JT	Hyperparathyreoidism-Jaw Tumour (Syndrome)
HRT	Hormonersatztherapie
HSIL	High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (hochgradige intraepitheliale Plattenepithelläsion)
HT	Hormontherapie
IACR	International Association of Cancer Registries
IARC	International Agency for Research on Cancer, Intern. Krebsforschungszentrum der WHO
ICD-10-GM	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 th Revision, Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 10 – German Modification
ICD-9-CM	International Classification of Diseases WHO 1977, Clinical Modification, Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, Version 9, WHO 1977.
ICD-O-3.1	International Classification of Diseases for Oncology, 3rd edition, Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, 3. Ausgabe 2000. ICD-O-3.1: updates as at Sep 01 2011, approved by the IARC/WHO Commit-

	tee for ICD-O-3.1
ICD-O-3.1-M	Morphologieabschnitt der ICD-O-3.1
ICD-O-3-T	Topographieabschnitt der ICD-O-3
IEN	Intraepitheliale Neoplasie
IMWG	International Myeloma Working Group
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
ISH-med	Programmmodul der Firma GSD-Siemens, das an SAP IS-H [Industry Solution Healthcare von SAP (Systeme, Anwendungen und Produkte in der Datenverarbeitung) für Gesundheitseinrichtungen] andockt; Name des derzeitigen Krankenhausinformationssystems der Universitätskliniken Heidelberg
ITC	Isolierte Tumorzellen
KG NCT	Krankengeschichte NCT
KID	Krebsinformationsdienst (des DKFZ)
KIS	Krankenhausinformationssystem
KKR	Klinisches Krebsregister
KLR	Klinische Landesregisterstelle (des KRBW)
KOG	Kooperative onkologische Gruppe
KRBW	Krebsregister Baden-Württemberg
L	Lymphgefäßinvasion
LD	Limited Disease (VALG-Klassifikation)
LK	Lymphknoten
LKR	s. KRBW (Landeskrebsregister Baden-Württemberg)
LMM	Lentigo-maligna-Melanom
LSIL	Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (niedriggradige intraepitheliale Plattenepithelläsion)
m	multiple Tumoren (m als Suffix in Klammern in der TNM-Klassifikation)
M	Fernmetastasen (TNM-Klassifikation)
M01-20	Module des NCT-Krebsregisters
MALT	Mucosa Associated Lymphoid Tissue
MDS	Myelodysplastisches Syndrom
MM	Multiples Myelom
MM	Malignes Melanom
MPS	Myeloproliferatives Syndrom
N	Anzahl
N	Regionäre (regionale) Lymphknotenmetastasen (TNM-Klassifikation)
NAACCR	North American Association of Central Cancer Registries
n.b.	näher bezeichnet
n.n.b.	nicht näher bezeichnet
NC	No change; bei Remissionsstatus
NCCN	National Comprehensive Cancer Network (USA)
NCI	National Cancer Institute (USA)
NCT	Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg
NCT-Institutionen	DKFZ, Onkologische Sektionen aller Kliniken des Universitäts-Klinikums Heidelberg, Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach, Deutsche Krebshilfe
NET	Neuro-Endokriner-Tumor
NHL	Non Hodgkin Lymphom
NHMRC	National Health and Medical Research Council
NM	Nodulares Melanom
NCCN	National Comprehensive Cancer Network (USA)
NOS	Not Otherwise Specified
NSCLC	Non Small Cell Lung Cancer (nicht-kleinzelliges Lungenkarzinom)
NSW	New South Wales (Australien)
o.A.	ohne Angabe
o.n.A.	ohne nähere Angabe
OE	Organisationseinheit (eines Krankenhauses, Klinikums)
OMED	Orbis Open Med

OPS	Operationen- u. Prozedurenschlüssel (Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin)
OSP	Onkologische Schwerpunkte
OTD	Organspezifische Tumordokumentation
P	pathologisch
PDF	Portable Document Format (Adobe)
PLR	Prolaktinom
PID	Eindeutige Patientenidentifikationsziffer
PEC	Plattenepithelkarzinom
PrR	Progesteron-Rezeptor
Präfix	Buchstabe(n), Abkürzung, Silbe vorangestellt
R	Rezidivtumor (Präfix in TNM)
R	Residualtumor nach Behandlung
RT	Radiotherapie = Strahlentherapie
SAE	Serious adverse event, schwerwiegende Nebenwirkung
SCLC	Small Cell Lung Cancer (kleinzelliges Lungenkarzinom)
SCT	Stammzelltransplantation
SEER	Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER); Programm und Institut des Nationalen Krebsinstitutes der USA
SLN	Sentinel-Lymph-Node = Sentinel-Lymphknoten
Suffix	Buchstabe(n), Abkürzung, Silbe angehängt
SZT	Stamm-Zell-Transplantation
T	Anatomische Ausdehnung des Primärtumors (TNM Klassifikation malign. Tumoren)
TNM-Klassifikation	T umor, N odus (Lymphknotenbefall), M etastasen. Einteilung nach anatomischer Ausdehnung des Tumors.
TMS	Terminologie-Management-System
UE	Unerwünschtes Ereignis
UICC	Union International Contre le Cancer, International Union Against Cancer
V	Veneninvasion
VALG	Veterans Administration Lung Cancer Study Group
Y	Klassifikation nach initialer multimodaler Therapie
ZE	Zentrale Erfassung (in NCT-Krebsregister)
ZIM	Zentrum für Informations- und Medizintechnik (Universitätsklinikum Heidelberg)

1 ALLGEMEINE EINFÜHRUNG

FÜR NUTZER UND MITARBEITER DES NCT-KREBSREGISTERS

1.1 Überblick

Aufgaben des Registers. Das klinische Krebsregister am Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen (NCT) in Heidelberg (NCT-Krebsregister) hat die Aufgabe, eine hochwertige ärztliche Versorgung, die Qualitätssicherung onkologischer Diagnostik und Therapie sowie wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Onkologie zu unterstützen. Außerdem soll es regelmäßig über die Zahl und Art der am NCT diagnostizierten und ärztlich versorgten Patienten berichten und für das NCT bzw. das Universitätsklinikum Heidelberg der gesetzlichen Meldepflicht an das Krebsregister Baden-Württemberg (KRBW) nachkommen.

Der Datensatz. Für die Dokumentation im NCT-Krebsregister wurde ein Datensatz entwickelt, der sich an den Datensätzen der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)⁷, der Organspezifischen Tumordokumentation (OTD)⁸ und an den Notwendigkeiten des Meldedatensatzes für das Krebsregister Baden-Württemberg orientiert.

Der sogenannte „NCT-Basisdatensatz“ gliedert sich in insgesamt 21 Module (s. Kap. 1.7). So gibt es u.a. Module zur Dokumentation der Diagnostik (initial und im Verlauf), der unterschiedlichen Therapien (initial und im Verlauf), der Verläufe und des Abschlusses. Eine seiner Besonderheiten ist die Möglichkeit, diagnostische Abläufe bei Tumorverdacht zu dokumentieren, auch wenn sich der Tumorverdacht letztlich nicht bestätigt. Dies ist beispielsweise für die Qualitätssicherung diagnostischer Abläufe von Bedeutung. In diesem Bereich können aber auch Angaben über Besucher von Sprechstunden für Krebsprävention, z.B. im Rahmen einer genetischen Beratung, dokumentiert werden, sofern diese dem zustimmen.

Entitätsspezifisch wird der „NCT-Basisdatensatz“ um zusätzliche Felder ergänzt, bzw. es werden einzelne Felder, die für diese Tumorentität nicht von Bedeutung sind, gestrichen. Die einzelnen Module werden miteinander verknüpft, so dass inhaltlich zusammengehörende Informationen direkt miteinander verbunden sind.

Realisierung. Basierend auf dem entwickelten Datenmodell wurde das NCT-Krebsregister als eine Eigenentwicklung des Klinikum Heidelberg in Kooperation mit dem DKFZ auf der technischen Plattform des Krankenhausinformationssystems von Orbis OpenMed (OMED) der Firma Agfa Health Care (vormals GWI) realisiert. Für die einzelnen Module wurden Erhebungsformulare entwickelt, die miteinander verknüpft das Tumorgeschehen abbilden und die entitätsspezifische Erhebung unterstützen.

Das Register kann aus der Umgebung des Krankenhausinformationssystems (KIS) heraus direkt aufgerufen werden. Zu jedem im KIS bekannten Patienten stehen die Stammdaten automatisch in der Orbis-Umgebung zur Verfügung, so dass bezüglich dieser Daten keine manuelle, d.h. Doppelerfassung, in das NCT-Krebsregister erforderlich ist. Auch für andere Bereiche, z.B. La-

⁷ ADT 2008.

⁸ Sinn et al 2003.

bordaten, wurden Schnittstellen entwickelt.

Funktionsweise. Auf Wunsch kann jeder im Behandlungszusammenhang stehende Arzt an seinem Arbeitsplatz Einblick in die zu einem Patienten dokumentierten Daten nehmen. Um dem Arzt einen schnellen Überblick über das Tumorgeschehen eines Patienten zu ermöglichen, wurde eine Übersicht konzipiert und umgesetzt, die alle wichtigen Informationen zu einem Tumorgeschehen zusammenfasst. Von hier kann direkt in die Erhebungsmodule gesprungen werden, um Detailinformationen einsehen zu können.

Zweck des leichten Zuganges ist u.a. auch, eine für Comprehensive Cancer Centers zentrale Einrichtung, die *interdisziplinäre Tumorkonferenz*, zu unterstützen. Mit entsprechenden Modulen können Patienten zur einer bestimmten Konferenz angemeldet, die Präsentation der relevanten Daten durch Exzerpieren aus dem Register vorbereitet sowie die Dokumentation des Konferenzbeschlusses während der Konferenz direkt in das Register vorgenommen werden.

Das Register kann auf entsprechenden Wegen auch zur Arztbriefschreibung genutzt werden.

Für die statistische Auswertung wird der Datenbestand regelmäßig aus der Orbis-Umgebung in eine für Statistikprogramme zugängliche Form ausgelesen.

1.2 Geltungsbereich des NCT-Krebsregisters

Die Aufgabe des NCT-Krebsregisters ist die Dokumentation aller onkologischen Patienten in den, dem NCT angehörenden Einrichtungen (DKFZ, Universitätsklinikum Heidelberg, Thoraxklinik Heidelberg-Rohrbach, Deutsche Krebshilfe). Die gegenwärtige Realisierungsphase schließt die Thoraxklinik Rohrbach nicht ein.

1.3 Hintergrund der Dokumentationsstandards

Das NCT Heidelberg bzw. das NCT-Krebsregister arbeiten im Kooperationsverbund für die Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (KoQK, www.KoQK.de) mit, einem Zusammenschluss der klinischen Krebsregister der Arbeitsgemeinschaft der deutschen Tumorzentren (ADT, <http://www.tumorzentren.de/>) und des Forums der Comprehensive Cancer Centers, dem das NCT Heidelberg angehört. Es folgt damit den Standards, die in diesen Zusammenschlüssen im Hinblick auf eine Vergleichbarkeit der Dokumentation und Daten sowie einer gemeinsamen Auswertbarkeit der Daten und Vergleichbarkeit der Ergebnisse festgelegt wurden. Grundlage ist der sogenannte „Basisdatensatz“ der ADT, der für die einzelnen Tumorarten ebenfalls bundesweit festgelegte, mit den Fachgesellschaften abgestimmte und z. T. auch in den S3-Leitlinien der Fachgesellschaften niedergelegte organspezifische Erweiterungen erfahren kann.

Das NCT-Krebsregister legt großen Nachdruck darauf, dass bei der Dokumentation im NCT diese

Standards eingehalten werden. Nutzer der Daten können umgekehrt aus den entsprechenden Datensätzen und deren Beschreibung erfahren, nach welchen Regeln dokumentiert wurde und was die Bedeutung der einzelnen Merkmalsfelder ist.

1.4 Berechtigungskonzept und Zugangsberechtigung

Die Mitarbeiter des NCT-Krebsregisters, der entsprechenden dokumentierenden Klinik bzw. Sektion, sind lese- und schreibberechtigt. Die in einem Behandlungszusammenhang eines Patienten stehenden Ärzte, Pflegekräfte und Case-Managerinnen sind leseberechtigt. Sie sind auch schreibberechtigt, sofern sie dies wünschen und in den Umgang mit dem Register eingewiesen wurden. Die Berechtigungen zur Auswertung der Daten sind in der Geschäftsordnung des NCT-Krebsregisters geregelt, die derzeit ausgearbeitet wird.

Das Recht auf Dateneinsicht und damit auch Auswertungen wird pro Fachabteilung definiert. Außerdem sind die Rechte hinsichtlich einer Tumorentität gekoppelt an die Fachabteilung, d.h. wer für mehrere Fachabteilungen dokumentiert, hat die Sicht der entsprechenden Fachabteilung je nach Anmeldung.

Es gibt drei Faktoren, die zu einem prinzipiellen Recht einer Fachabteilung auf Dateneinsicht und Datenauswertungen eines Patienten führen:

- die Fachabteilung hat Daten zum Patienten ins NCT-Krebsregister dokumentiert,
- die Fachabteilung hat aktiv für diesen Patienten den Behandlungszusammenhang (zunächst lesend) im NCT-Krebsregister gesetzt, und
- die Fachabteilung steht in einem besonderen Interessenzusammenhang im Sinne der Kooperierenden Onkologischen Gruppe (KOG) für die betreffende Tumorentität (z.B. Prostata-Urologie).

Wenn einer der drei Faktoren für die Daten eines Patienten zutreffend sind, stehen dieser Fachabteilung prinzipiell alle Daten dieses Patienten zur Verfügung.

Aus dieser Gesamtmenge können für Auswertungen und Datenabfragen wieder gezielt pro Fachabteilung einzelne Datensätze (entspricht Erhebungen bzw. Tumoren) aus- und wieder eingeschlossen werden.

Um die genannten Rechte praktisch zu aktivieren, muss gegebenenfalls der Knopf „Behandlungszusammenhang“ angeklickt werden. Er bedeutet zunächst nur einen lesenden Zugriff. Erst wenn in einem Modul nachfolgend dokumentiert und gespeichert wird, wird dieser zu einem schreibenden Zugriff.

Auch die internen Abfragen unter dem Fach „NCT-Statistik“ spiegeln nun dieses Konzept wider,

d. h. in Abhängigkeit der angemeldeten Fachabteilung können die Abfragen eine andere Ergebnisliste ergeben.

Es ist also wichtig, dass die Anmeldung und nachfolgende Dokumentation unter der richtigen Fachabteilung geschieht, damit die entsprechenden Fachabteilungen ihre Daten sehen und auswerten können.

Wird für eine falsche Fachabteilung der Behandlungszusammenhang hergestellt, entsteht ein nicht korrekter lesender Behandlungszusammenhang. Wird gar unter einer falschen Fachabteilung (weiter-)dokumentiert, entsteht ein falscher schreibender Zusammenhang. In beiden Fällen landen diese Fälle in Auswertungen bzw. Patientenmengen von Fachabteilungen, denen sie nicht zugehören.

1.5 Datenschutz

Gegenwärtig werden im NCT-Krebsregister nur die onkologischen Patienten des Klinikums der Universität Heidelberg einschließlich der Orthopädie dokumentiert, das zusammen mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum die Schirmherrschaft über das NCT hat. Es gelten daher die im Behandlungsvertrag und in den Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Universitätsklinikums aufgeführten Regelungen zum Datenschutz.

1.6 Zugang zum NCT-Krebsregister

1.6.1 Technische und administrative Voraussetzungen

Technische Voraussetzungen: Folgende technische Voraussetzungen für einen PC bzw. Laptop sind erforderlich, um mit dem NCT-Krebsregister arbeiten zu können:

- Betriebssystem: Windows 2000, Windows XP, Windows 2000 Terminalserver + Citrix MetaframeXP, Windows 2003 Server + Citrix Metaframe FR3
- Prozessor: Pentium 3, mind. 600 MHz, 256 MB RAM
- Festplattenspeicher: 2 GB.

Administrative Voraussetzungen: Installation und Zuteilung einer Berechtigung im Klinikumsnetz.

1.6.2 Öffnen des NCT-Krebsregisters

Das NCT-Krebsregister öffnet sich über den Startknopf – Medizinische Anwendungen – NCT – NCT-Krebsregister (siehe Abbildung 1.1). Nach Eingabe der Benutzerkennung (Login) und des Passwortes für die entsprechende Datenbank (siehe Abbildung 1.2) öffnet sich Orbis (siehe Abbildung 1.3). Die Menge und Art der nun sichtbaren Funktionsknöpfe ist von den zugeteilten Berechtigungen abhängig. Für die Dateneingabe auf der Produktivdatenbank muss der Knopf OMED geklickt werden.

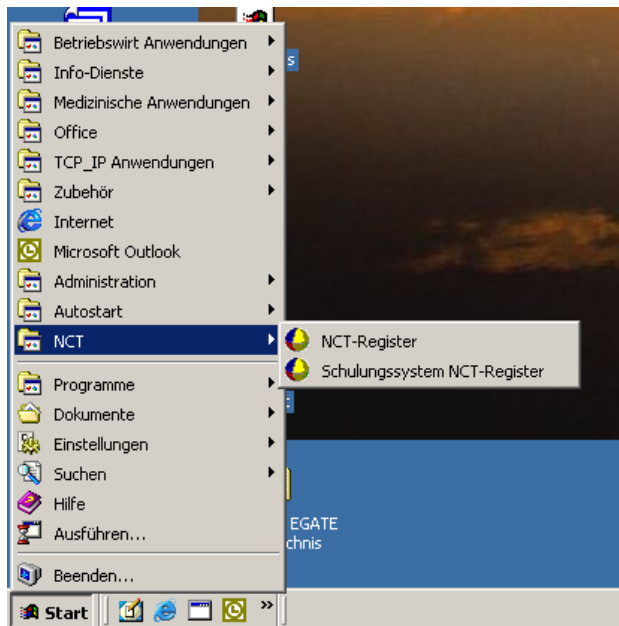


Abb 1.1 Aufruf der Orbis-Produktivdatenbank des NCT-Krebsregisters



Abb 1.2 Orbis-Login für die Produktivdatenbank des NCT-Krebsregisters



Abb 1.3 Aufruf des O(pen)MED der Produktivdatenbank des NCT-Krebsregisters

1.6.3 Patientensuchmaske

Das OMED öffnet sich derzeit mit der Patientensuchmaske (siehe Abbildung 1.4), in welcher durch Suche in den abgebildeten Feldern der zu dokumentierende Patient identifiziert werden kann. Da die Patientenstammdaten (s. auch Kapitel 1.7, Modul 00) per Schnittstelle mit dem ISH verbunden sind, kann nach allen Patienten des Klinikums gesucht werden.

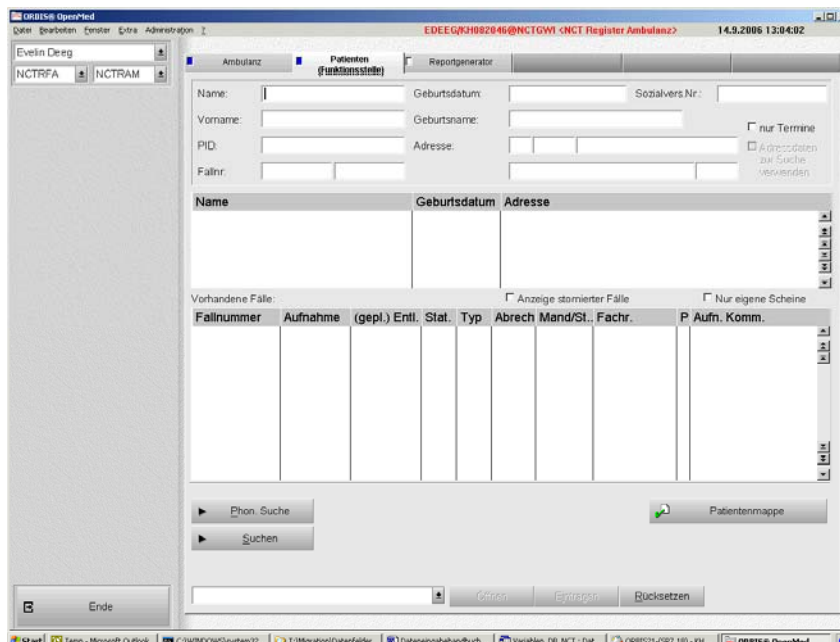


Abb 1.4 OMED-Patientensuchmaske

Durch Klicken auf die entsprechende Fallnummer oder das Klicken auf den Button „Patientensuchmaske“ des gefundenen Patienten gelangt man schließlich ins NCT-Krebsregister (siehe Abbildung 1.5).

The screenshot shows the ORBIS OpenMed software interface. The top menu bar includes 'Datei', 'Bearbeiten', 'Fenster', 'Extra', and 'Administration'. The main window is titled 'NCTTEST <Station Ackermann>' and shows the date '14.9.2006 14:35:15'. The left sidebar contains patient details for 'Duck, Donald', including age (45), sex (M), and various medical history fields. The main search area has a 'Suchen' button and a table of search results. The table has columns for 'Fallnummer', 'Aufnahme', 'gepl.', 'Entl.', 'Stat.', 'Typ', 'Abrech', 'Mand/St.', 'Fachr.', 'P', 'Aufn.', and 'Komm.'. The first row shows '291000' and '291002' in the 'Fallnummer' column. Below the table, there are buttons for 'Phon. Suche', 'Suchen', 'Kartendaten', 'Uniklinikum HD', 'Öffnen', 'Eintragen', and 'Rücksetzen'.

Abb 1.5 Gefundener Patient in Suchmaske (Beispiel aus Testdatenbank)

1.6.4 Registerblatt NCT-Krebsregister

Der Name des Registerblatts „NCT-Register“ lässt erkennen, dass man sich nun im Krebsregister befindet.

Leeres Registerblatt. Wurde zu einem Patienten noch keine Tumordokumentation durchgeführt, wird dies auf der Übersicht durch den Hinweis ‚Es existiert keine Tumordokumentation‘ kenntlich gemacht (siehe Abbildung 1.6).

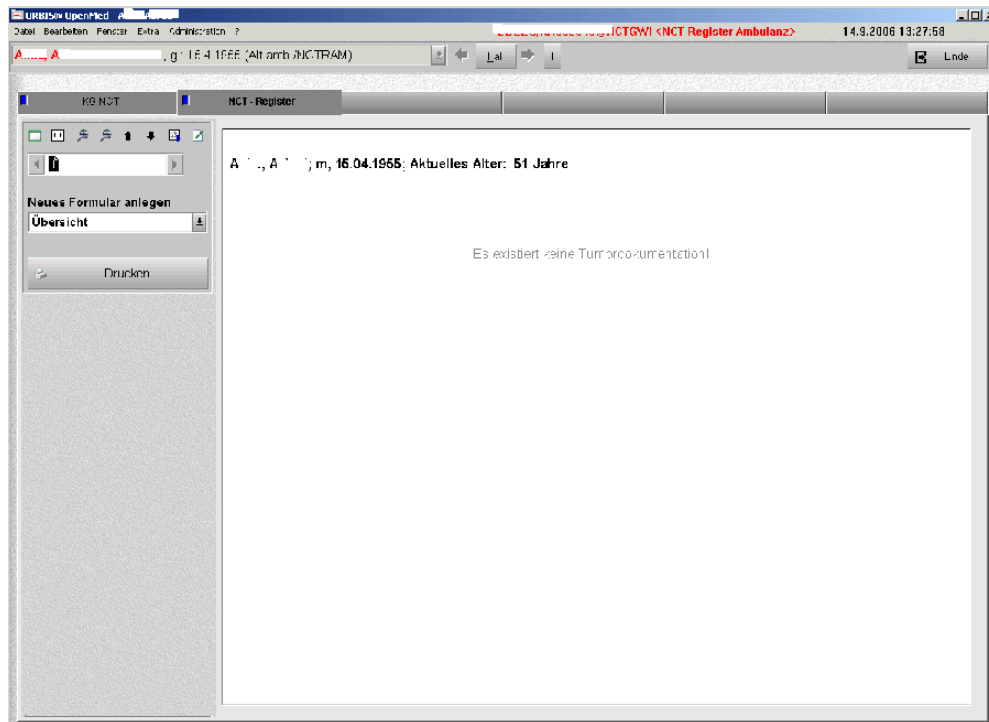


Abb 1.6 Leere Register-Übersicht

Sichtbare Daten im Registerblatt. Wurden zu dem gesuchten Patienten bereits Tumordaten erhoben und ist der aktuelle Nutzer leseberechtigt, werden diese in einer Übersicht dargestellt (siehe Abbildung 1.7).

Kein Zugang zum Registerblatt. Gibt es Tumordaten, für welche der aktuelle Nutzer jedoch nicht leseberechtigt ist, da kein Behandlungszusammenhang besteht, so erscheint die Meldung „Kein Zugang, da kein Behandlungszusammenhang“.

Besteht tatsächlich kein Behandlungszusammenhang, ist der betreffende Nutzer zutreffend nicht berechtigt, Einblick in die Daten zu nehmen, und er darf auch nicht einen Behandlungszusammenhang herstellen.

Steht der betreffende Nutzer in einem Behandlungszusammenhang z. B. als Mitarbeiter einer Sektion oder Abteilung, kann er durch Aktivieren der Taste „Behandlungszusammenhang herstellen“ Zugang zu den Tumordaten dieses Patienten erlangen.

Die Register-Übersicht lässt sich für eine bessere Übersichtlichkeit an mehreren blau markierten Stellen (aufklappen/zuklappen oder mehr/weniger) reduzieren oder erweitern. Der Zugang zu bestimmten Abschnitten der Tumorgeschichte erfolgt auf relativ einfache Weise durch Anklicken einzelner Kurzinformationen in der Übersicht, wodurch sich die ausführliche Dokumentation les- oder schreibbar öffnet (siehe Abbildung 1.7).

ERHEBUNGEN MIT ONKOLOGISCHEM BEZUG

Erhebungen	Datum	Abteilung
CSU - Hämatozytom (Multipler Myelom)	01.06.2001	Interne Medizin V

Tumorkonferenzen

TUMORGESCHICHTE (1)

Diagnose

C42.0 Knochenmark
93253 Multiple Myelom
IIA

Therapien

Therapie	Datum	Abteilung
Chemotherapie VAD 3 Zyklen	25.06.2001 (Beginn)	Interne Medizin V
Chemotherapie Vincristin 1 Zyklus	01.07.2001 (Beginn)	Interne Medizin V
Chemotherapie Velipride 1 Zyklus	13.07.2001 (Beginn)	Interne Medizin V
Stammzelltransplantation Autolog	20.07.2001 (Beginn)	Interne Medizin V

Hormon-/Immun-/Andere Therapien

Sonstige Therapieform: Sonstige

VERLAUFUNTERSUCHUNG Studienpatient: nein

Remissionsstatus: f.A. (f.A.)

30.01.2002

Interne Medizin V

Therapien

VERLAUFUNTERSUCHUNG Studienpatient: nein

Remissionsstatus: f.A. (f.A.)

14.03.2005

Interne Medizin V

Therapien

Therapien

Therapie	Datum	Abteilung
Chemotherapie 3 Zyklen	00.01.2006 (Beginn)	Innere Medizin V

VERLAUFUNTERSUCHUNG Studienpatient: nein

Remissionsstatus: SD (Blade_mo)

10.02.2006

Innere Medizin V

Therapien

VERLAUFUNTERSUCHUNG Studienpatient: nein

Remissionsstatus: SD (Blade_mo)

09.05.2006

Innere Medizin V

Therapien

VERLAUFUNTERSUCHUNG Studienpatient: nein

Remissionsstatus: f.A. (Blade_mo)

16.06.2006

Innere Medizin V

Tumorkonferenzen

Supportive Verfahren

Aktuelles Tumorstadium

Remissionsstatus: f.A. (Blade_mo)

VITALSTATUS / ABSCHLUSS

Vitalstatus

Lebt

It. Klinikum Heidelberg

16.06.2006

ÄRZTLICHE ANSPRECHPARTNER

Abb 1.7 Register-Übersicht eines Patienten mit Tumorgeschichte(n)

Die Übersicht ist in größere Blöcke eingeteilt, welche optisch durch graue Schrift hinterlegung hervorgehoben ist:

Erhebungen mit onkologischem Bezug

Gelistet werden alle Erhebungen zu diesem Patienten und diagnostische Tumorkonferenzen.

Tumorgeschichte(n)

Für jeden Primärtumor getrennt werden hier Daten zur Diagnose gelistet, die erfassten Thera-

pien (Operationen, Chemotherapien, Bestrahlungen und Stammzelltransplantationen) nach der Diagnosestellung chronologisch sortiert; ein Link besteht zu anderen Therapien wie Hormon- oder Immuntherapien.

Verlaufsuntersuchung

Statuserhebungen im Verlauf und weitere Therapien, weitere Tumorkonferenzen werden hier aufgeführt; ein Link besteht auch zu supportiven Verfahren.

Vitalstatus und Abschlussdaten

Hier wird der aktuelle Vitalstatus bzw. Datum letzte Information, ggf. das Todesdatum angezeigt.

Ärztliche Ansprechpartner

Hier ist ein direkter Link zu den onkologisch relevanten ärztlichen Ansprechpartnern ermöglicht.

Bestimmte Blöcke sind als Wiederholfelder programmiert, z. B. Verlaufsuntersuchungen, die dann chronologisch geordnet aufgeführt werden.

In der Übersicht wird durch Klicken auf die entsprechende Stelle in der Übersicht das entsprechende Eingabemodul geöffnet. Direkte Sprungstellen werden durch das blaue Wort „Öffnen“ kenntlich gemacht.

1.6.5 Registerblatt Krankengeschichte NCT

Abschließend sei noch das Registerblatt „Krankengeschichte NCT“ („KG-NCT“) erwähnt (siehe Abbildung 1.8). Hier finden sich wie in einer Krankenakte Einträge wieder, die das Anlegen oder Verändern der einzelnen Eingabemodule anzeigt. Berechtigten wird hier ermöglicht, ganze Module aus der Tumordokumentation zu löschen.

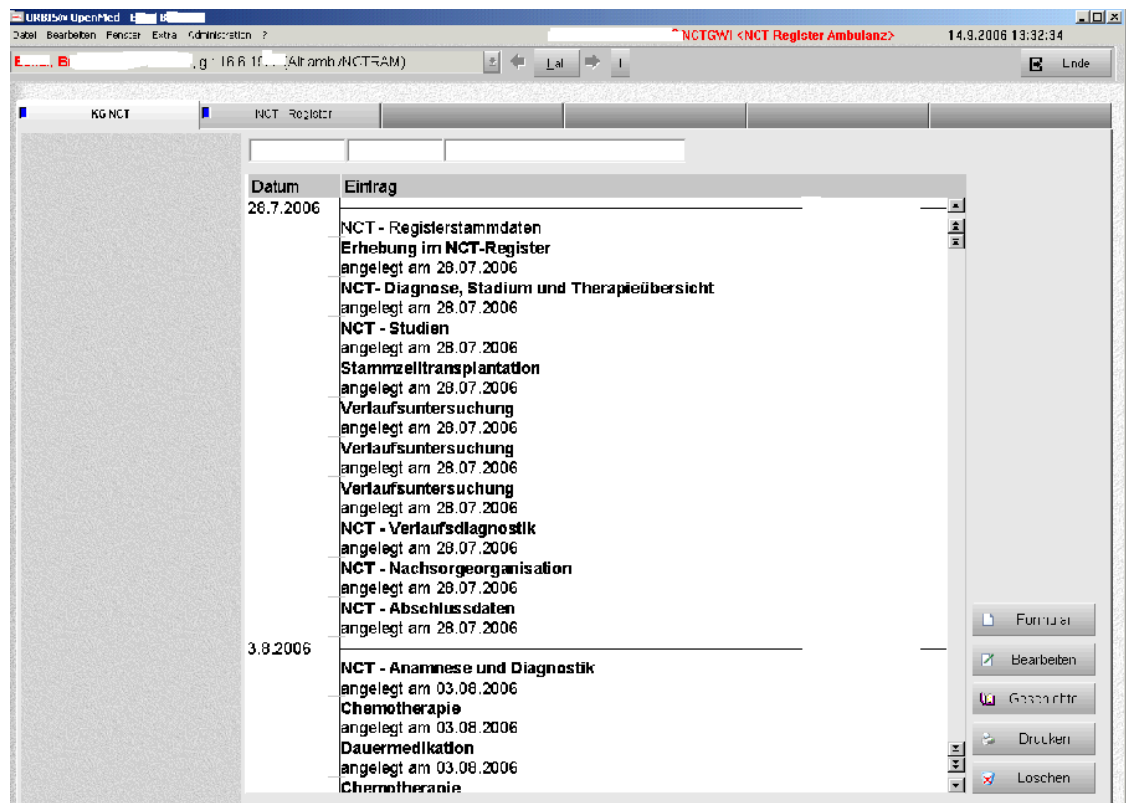


Abb 1.8 Registerblatt KG NCT

1.7 Module des NCT-Krebsregisters

1.7.1 Modularer Aufbau der Dokumentation

Um den Anforderungen an eine allgemeine und organspezifische Dokumentation verschiedener Tumorentitäten genügen zu können, werden allgemeine Module, d.h. Module *ohne* organspezifische Datenfelder und organspezifisch erweiterte Module, d. h. Module *mit* zusätzlichen organspezifischen Datenfeldern, unterschieden.

Die Datenfelder wurden in Anlehnung an die Empfehlungen der ADT bzw. der OTD⁹ sowie unter Berücksichtigung der Vorgaben durch das neue Krebsregistergesetz für Baden-Württemberg inhaltlich in derzeit 21 verschiedene Module (die um ein Berechtigungsmodul ergänzt sind) gegliedert (siehe Tabelle 1.1).

Tab 1.1 Module des NCT-Krebsregisters

MODUL-NR.	M00
BEZEICHNUNG	Register-Stammdaten
VORKOMMEN	Einmal pro Patient
NUTZUNG	Allgemein
BESCHREIBUNG	Dieses Modul beinhaltet personenbezogene Informationen zum Patienten, auch Patientenstammdaten genannt. Die Patientenstammdaten des NCT-Krebsregisters sind elektronisch per Schnittstelle mit dem derzeitigen Krankenhausinformationssystem (KIS) des Klinikum Heidelberg ISHMed verbunden.
MODUL-NR.	M01
BEZEICHNUNG	Erhebung im Register
VORKOMMEN	Mehrmals pro Patient
NUTZUNG	Allgemein
BESCHREIBUNG	Dieses Modul stellt den Beginn der Dokumentation im Register dar. Zu einem Patienten können mehrere Erhebungen angelegt werden. Prinzipiell gilt, dass eine Erhebung angelegt wird, wenn ein Patient mit einem onkologischen Bezug erstmals im Klinikum Heidelberg auftritt. Dieser onkologische Bezug kann sein: a) Diagnostik (bei Tumorverdacht) b) Therapie (bei bestehender onkologischer Diagnose) c) Verlaufsbeobachtung / Nachsorgeuntersuchung / Langzeitbetreuung d) Zweit-/Drittmeinung (zu Diagnostik/Therapie/Palliation, etc.) e) Gutachten f) Beratung / Supportive Therapie (primäre und sekundäre Prävention, Risikopatient, etc.) g) Frühere / weitere Tumorerkrankung h) Rezidiv / Progress / Verschlechterung i) Sonstige Gründe
MODUL-NR.	M02
BEZEICHNUNG	Anamnese und Diagnostik
VORKOMMEN	Einmal pro Erhebung
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	In diesem Dokumentationsmodul werden Angaben zur initialen Diagnostik festgehalten, d.h. es werden diagnostische Maßnahmen und deren Ergebnisse, so-

⁹ Sinn et al 2003

	wie beispielsweise Laborwerte und sonstige Daten dokumentiert, die zur Diagnosestellung ergriffen wurden bzw. für den Zeitpunkt der Diagnosestellung gültig sind. Eingeschlossen sind Maßnahmen und Werte, welche zur Ermittlung der Tumorausbreitung (Staging) notwendig sind. In erster Linie dient dieses Modul der Dokumentation der internen Diagnostik. Für die Sektion MM wurden jedoch auch Felder definiert, die Angaben bei externer initialer Diagnostik erheben, um vergleichende Auswertungen zu ermöglichen.
MODUL-NR.	M03
BEZEICHNUNG	Tumordiagnose und Therapieplan
VORKOMMEN	Einmal pro Erhebung
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Dieses Modul enthält die meisten Datenfelder. Es dient der Beschreibung des Tumors, seiner Ausbreitung (Stadium) zum Zeitpunkt der Diagnosestellung und der Dokumentation der Primärtherapieplanung nach Diagnosestellung. Aus diesem Modul werden künftig viele Felder ans KRBW gemeldet; sie sind daher auch als Pflichtfelder definiert. Dieses Modul existiert genau einmal zu einem Tumor und muss zu jedem Tumor einzeln existieren.
MODUL-NR.	M04
BEZEICHNUNG	Tumorkonferenz
VORKOMMEN	Mehrmals pro Patient
NUTZUNG	Derzeit noch allgemein, wird aber organspezifisch organisiert
BESCHREIBUNG	Mithilfe dieses Moduls werden die interdisziplinären Tumorkonferenzen (Tumorboard), in welchen der Patient mit seinem/n Tumor/en besprochen oder als Standardfall gelistet wurde (ggf. mehrfach), dokumentiert. Die Fragestellung an die Konferenz als auch der daraus hervorgehende Konferenzbeschluss wird dokumentiert. Es können zu jedem Patienten mehrere Tumorkonferenzen angelegt werden, der Bezug zum Tumor bzw. zur Erhebung oder zum Verlauf wird auf Feldebene hergestellt.
MODUL-NR.	M05
BEZEICHNUNG	Pathologie
VORKOMMEN	Einmal pro Erhebung
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Dieses Modul gehört wie M02 „Anamnese und Diagnostik“ zu den diagnostischen Modulen und sammelt die pathologischen Befunde, die der Diagnosestellung dienen. Aufgrund der Wichtigkeit histo-morphologischer Angaben für die Sicherung einer Diagnose und des Stadiums wurden diese Angaben getrennt in ein Modul ausgelagert. Einige Felder sind in Vergleich mit M03 „Tumordiagnose und Therapieplan“ bewusst redundant, um vergleichende Auswertungen durchführen zu können. Ist beispielsweise die Lokalisation und die Morphologie histologisch gesichert, so überschneiden sich die Angaben.
MODUL-NR.	M06
BEZEICHNUNG	Studien
VORKOMMEN	Einmal pro Verlauf
NUTZUNG	Allgemein
BESCHREIBUNG	Dieses Modul ermöglicht die Dokumentation sämtlicher Studien auf einen Blick, an welchen ein Patient teilnimmt oder –genommen hat. Es können klinische Therapiestudien, supportive Studien sowie Beobachtungsstudien festgehalten werden. Das Modul ermöglicht auch, zu dokumentieren, dass ein Patient für eine Studie gescreent wurde und doch nicht teilnimmt oder die Teilnahme aus z.B. persönlichen Gründen abgelehnt wurde.
MODUL-NR.	M07
BEZEICHNUNG	Chirurgische Therapie
VORKOMMEN	Mehrmals pro Tumor oder pro Verlauf
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Dieses Modul dient der Dokumentation chirurgischer / operativer Interventionen. Zu jedem Tumor kann es mehrere dieser Module geben, ebenso kann es zu

	jedem Tumorverlauf mehrere chirurgische Therapien geben. In einem Modul können mehrere zeitlich zusammengehörende Operationen zusammengefasst werden. Neben zeitlichen und örtlichen Angaben der Therapie können hier Angaben zur Durchführung der Operation an sich, kodierte Angaben (OPS) sowie intraoperative bzw. frühe Komplikationen und auch eine Erfolgsbeurteilung durch den Chirurgen dokumentiert werden. Auch extern durchgeführte Operationen werden mit diesem Modul dokumentiert, es werden dabei weniger Angaben als bei intern durchgeführten Operationen erhoben.
MODUL-NR.	M08
BEZEICHNUNG	Chemotherapie
VORKOMMEN	Mehrmals pro Tumor oder pro Verlauf
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Dieses Modul bietet die Möglichkeit, Chemotherapien zu dokumentieren. Zu jedem Tumor kann es mehrere dieser Module geben, ebenso kann es zu jedem Tumorverlauf mehrere Chemotherapien geben. In einem Modul können mehrere zeitlich zusammengehörende Chemotherapiezyklen zusammengefasst werden. Neben zeitlichen und örtlichen Angaben der Therapie können hier Angaben zur Durchführung der Chemotherapie an sich sowie akute Nebenwirkungen dokumentiert werden. Auch extern durchgeführte Chemotherapien werden mit diesem Modul dokumentiert, es werden dabei weniger Angaben als bei intern durchgeführten Chemotherapien erhoben.
MODUL-NR.	M09
BEZEICHNUNG	Strahlentherapie
VORKOMMEN	Mehrmals pro Tumor oder pro Verlauf
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Dieses Modul bietet die Möglichkeit, Strahlentherapien zu dokumentieren. Zu jedem Tumor kann es mehrere dieser Module geben, ebenso kann es zu jedem Tumorverlauf mehrere Strahlentherapien geben. In einem Modul können mehrere zeitlich zusammengehörende Bestrahlungsbehandlungen zusammengefasst werden. Neben zeitlichen und örtlichen Angaben der Therapie können hier Angaben zur Durchführung der Bestrahlung an sich sowie akute Nebenwirkungen dokumentiert werden. Auch extern durchgeführte Strahlentherapien werden mit diesem Modul dokumentiert, es werden dabei weniger Angaben als bei intern durchgeführten Strahlentherapien erhoben.
MODUL-NR.	M10
BEZEICHNUNG	Stammzelltransplantation
VORKOMMEN	Mehrmals pro Tumor oder pro Verlauf
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Dieses Modul wird für die Dokumentation von Stammzell-Sammlungen z.B. Leukapheresen und von Stammzell-Transplantationen (SZT) genutzt. Stehen diese zeitlich in Zusammenhang, sollte die Dokumentation in <i>einem</i> Modul zusammengefasst werden. Hat die Leukapherese lange vor der Transplantation stattgefunden, wird ein Modul für das Dokumentieren <i>nur</i> der Leukapherese benutzt und später ein weiteres Modul für die Dokumentation <i>nur</i> der Stammzell-Transplantation. Neben zeitlichen und örtlichen Angaben der Therapie können hier Angaben zur Durchführung der SZT an sich sowie akute Nebenwirkungen dokumentiert werden. Auch extern durchgeführte SZT und Leukapheresen werden mit diesem Modul dokumentiert, es werden dabei weniger Angaben als bei intern durchgeführten SZT erhoben.
MODUL-NR.	M11
BEZEICHNUNG	Nachsorgeplanung
VORKOMMEN	Einmal pro Patient
NUTZUNG	Allgemein
BESCHREIBUNG	Dieses Modul dient der Unterstützung der Planung der Tumornachsorge bzw. der Wiedereinbestellung onkologischer Patienten. Das Modul listet alle erfassten Termine eines Patienten im Überblick.

MODUL-NR.	M12
BEZEICHNUNG	Lebensqualität
VORKOMMEN	Mehrmals pro Tumor
NUTZUNG	Allgemein
BESCHREIBUNG	Dieses Modul bildet die 30 Fragen des 1992 von der EORTC Study Group on Quality of Life entwickelten Fragebogens zur Lebensqualität ab und kann initial als auch im Verlauf angelegt werden.
MODUL-NR.	M13
BEZEICHNUNG	Verlauf / Nachsorge / Weiterer Therapieplan
VORKOMMEN	Mehrmals pro Patient
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren empfiehlt, Verlaufsdaten nach allen bedeutungsvollen Patientenkontakten anzulegen, d.h. bei Nachsorgeuntersuchungen, bei Ereignissen i. S. von Progression oder Rezidiv, bei Abschluss multimodaler Therapieverfahren i. S. einer zusammenfassenden Bewertung und bei einer Beendigung der Registerdokumentation, die nicht durch Tod bedingt ist. Für die Sektion Multiple Myelome wurde festgelegt: bei Rezidiv oder Progress oder Beurteilung nach Therapieblock sowie bei reiner Nachsorge wird ein neues Modul ‚Verlauf/Nachsorge/Weiterer Therapieplan‘ angelegt. Werden in einem Therapieblock einzelne Therapieschritte auch außerhalb des Klinikums HD durchgeführt, so sollen diese trotzdem auf denselben Verlauf Bezug nehmen.
MODUL-NR.	M14
BEZEICHNUNG	Verlaufsdagnostik
VORKOMMEN	Einmal pro Verlauf
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Dieses Modul ist analog dem Modul ‚Anamnese und Diagnostik‘ aufgebaut, die betreffenden diagnostischen Maßnahmen dienen jedoch nicht der Diagnosestellung, sondern der Beurteilung der aktuellen Situation bei bestehender Tumorerkrankung. Die hierin erhobenen Maßnahmen finden zeitlich gesehen später in der Tumorgeschichte statt und gehören immer genau zu einer Verlaufserhebung.
MODUL-NR.	M15
BEZEICHNUNG	Verlaufspathologie
VORKOMMEN	Einmal pro Verlauf
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Dieses Modul ist analog dem Modul ‚05 Pathologie‘ aufgebaut, die betreffenden Angaben aus den Pathologie-Befunden beschreiben jedoch nicht die Situation bei Diagnosestellung, sondern dienen der Beurteilung der aktuellen Situation bei bestehender Tumorerkrankung, längere Zeit nach der Diagnosestellung, d.h. im Krankheitsverlauf. Die hierin erhobenen Angaben gehören immer genau zu einer Verlaufserhebung.
MODUL-NR.	M16
BEZEICHNUNG	Vitalstatus und Abschlussdaten
VORKOMMEN	Einmal pro Patient
NUTZUNG	Allgemein
BESCHREIBUNG	Dieses Modul existiert genau einmal zu jedem Patienten und enthält die neuesten Angaben zum Vitalstatus des Patienten bzw. ggf. Sterbeinformationen. Über eine Schnittstelle zum Zentrallabor des Klinikums Heidelberg wird der Vitalstatus automatisch aktualisiert, z. B. bei einer Blutentnahme und –untersuchung, wenn vorher ein Modul 16 einmal angelegt worden ist.
MODUL-NR.	M17
BEZEICHNUNG	Remissionsstatus
VORKOMMEN	Mehrmals pro Tumor oder pro Verlauf
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	Dieses Modul dient der Dokumentation von Zwischenbeurteilungen nach einzelnen Therapieschritten, aber innerhalb eines Therapieblocks, oder zur Beurtei-

	lung des „Tumorgeschehens“ im Verlauf bei nachsorgenden oder anderen Verlaufsuntersuchungen. Die zu erhebenden Datenfelder sind analog zu den Modulen ‚Anamnese und Diagnostik‘ bzw. Verlaufsdiagnostik (organspezifisch).
MODUL-NR.	M18
BEZEICHNUNG	Hormon-/Immun-/ Andere Therapien
VORKOMMEN	Einmal pro Tumor oder pro Verlauf
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	In diesem Modul können Therapien erhoben werden, die nicht per Module ‚Chirurgische Therapie, ‚Chemotherapie‘, ‚Strahlentherapie‘ oder ‚Stammzelltransplantation‘ dokumentiert werden können. Beispielsweise medikamentöse Therapien, wie Hormontherapien, Erhaltungstherapien etc., die nicht zeitlich begrenzt blockweise stattfinden, sondern sich über längere Zeit erstrecken. Es sind für diese Therapien u. U. keine ärztlichen Eingriffe notwendig, sondern sie sind hauptsächlich durch die Einnahme eines Medikamentes oder einer sonstigen Substanz durch den Patienten gekennzeichnet. Unter ‚Andere Therapie(n)‘ werden auch Verfahren wie Hyperthermie, etc. erfasst. Dieses Modul existiert nur einmal pro Tumor. Die Dokumentation im Krankheitsverlauf wird im selben Modul durch Änderung des Status oder Ergänzungen vorgenommen.
MODUL-NR.	M19
BEZEICHNUNG	Ärztliche Ansprechpartner
VORKOMMEN	Einmal pro Patient
NUTZUNG	Allgemein
BESCHREIBUNG	Dieses Modul dient der übersichtlichen Erfassung sämtlicher ärztlicher Ansprechpartner des Patienten. Erfasst werden können die intern zuständigen Ärzte sowie Ärzte anderer Kliniken oder niedergelassene Ärzte. Hausärzte und einweisende Ärzte werden besonders gekennzeichnet. Derzeit existiert keine Schnittstelle zu ISH, so dass diese Informationen eigenständig eingepflegt werden müssen.
MODUL-NR.	M20
BEZEICHNUNG	Supportive Verfahren / Beratungsdienste
VORKOMMEN	Einmal pro Tumor
NUTZUNG	Organspezifisch
BESCHREIBUNG	In diesem Modul können Eintragungen zur Inanspruchnahme der NCT-Beratungsdienste wie KID, Raucher-, Ernährungsberatung u. ä. vorgenommen als auch ergänzende Verfahren wie Einnahme von Nahrungsergänzungsmitteln etc. durch den Patienten erfasst werden.

Die Module sind in der Datenbank nach einem klar strukturierten logischen Datenmodell (siehe Abb 1.9) verknüpft.

Datenbankstruktur NCT-Krebsregister

Stand 21.08.06

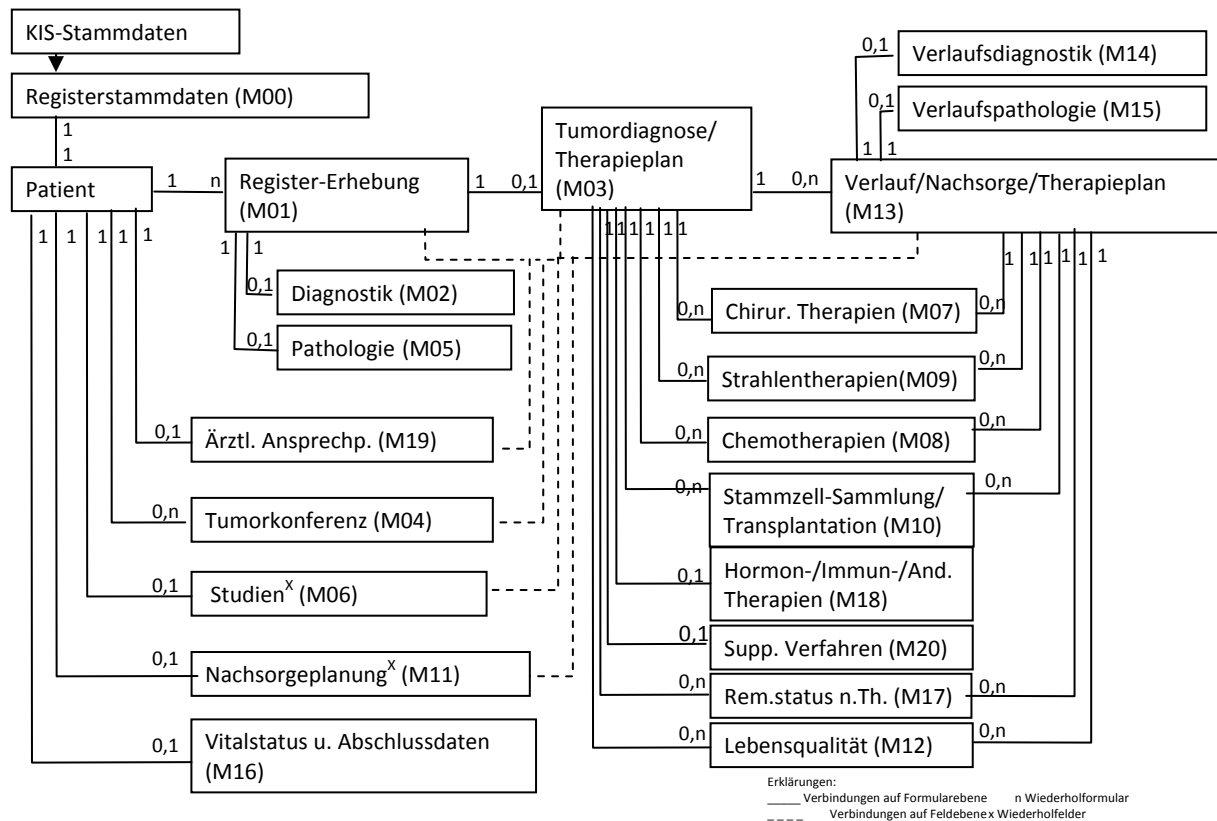
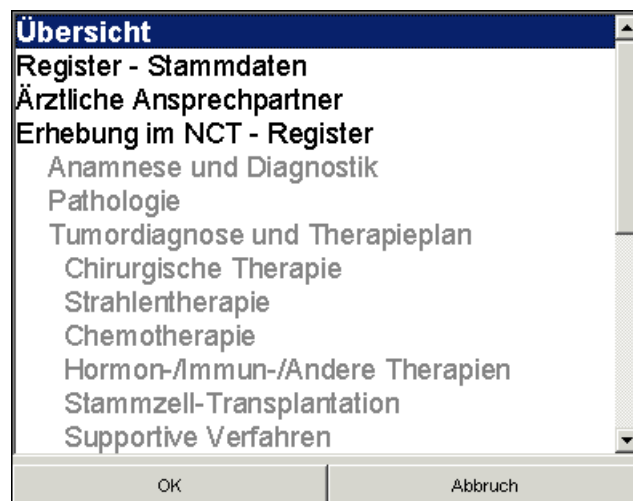


Abb 1.9 Logisches Datenmodell des NCT-Krebsregisters Heidelberg

1.7.2 Navigation

Die Navigation zwischen den Modulen wird stets durch ein Dialogfenster („Navigationsfenster“) im linken Bereich des Registerblatts ermöglicht (siehe Abbildung 1.10). Es spiegelt die im Datenmodell dargestellten logischen Verknüpfungen wider.



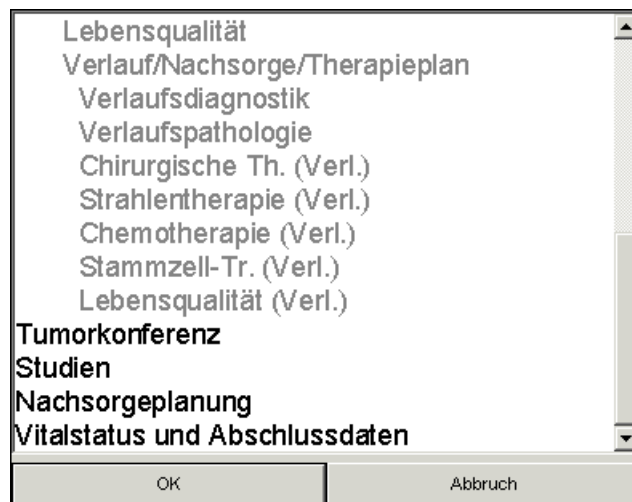


Abb 1.10 Navigationsfenster im NCT-Krebsregister

Der Aufbau des Navigationsfensters ist in jedem Modul identisch, durch unterschiedliche Farbmarkierung sind jedoch erlaubte (schwarz) von unerlaubten (grauen) Navigationsmöglichkeiten unterschieden.

1.7.3 Prinzipien der Navigation im NCT-Krebsregister und Schema „Krankheitsverlauf und Dokumentation“

Die Prinzipien der Navigation sind in Abbildung 1.11 nochmals schematisch verdeutlicht. Abbildung 1.12 zeigt schematisch den onkologischen Erkrankungsprozess in Bezug auf die Dokumentationsmodule des NCT-Krebsregisters und dient wesentlich der Verständigung, wann ein „Verlauf“ im onkologischen Dokumentationsprozess beginnt.

Navigation im NCT-Register

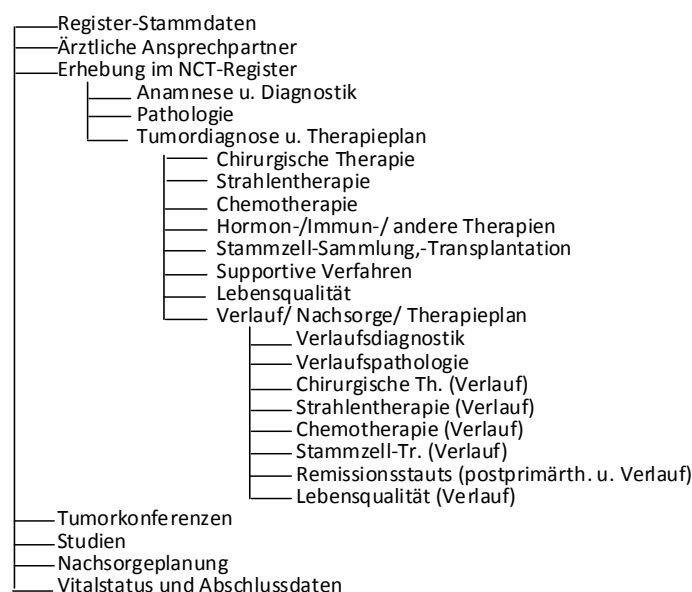


Abb 1.11 Prinzipien der Navigation im NCT-Krebsregister

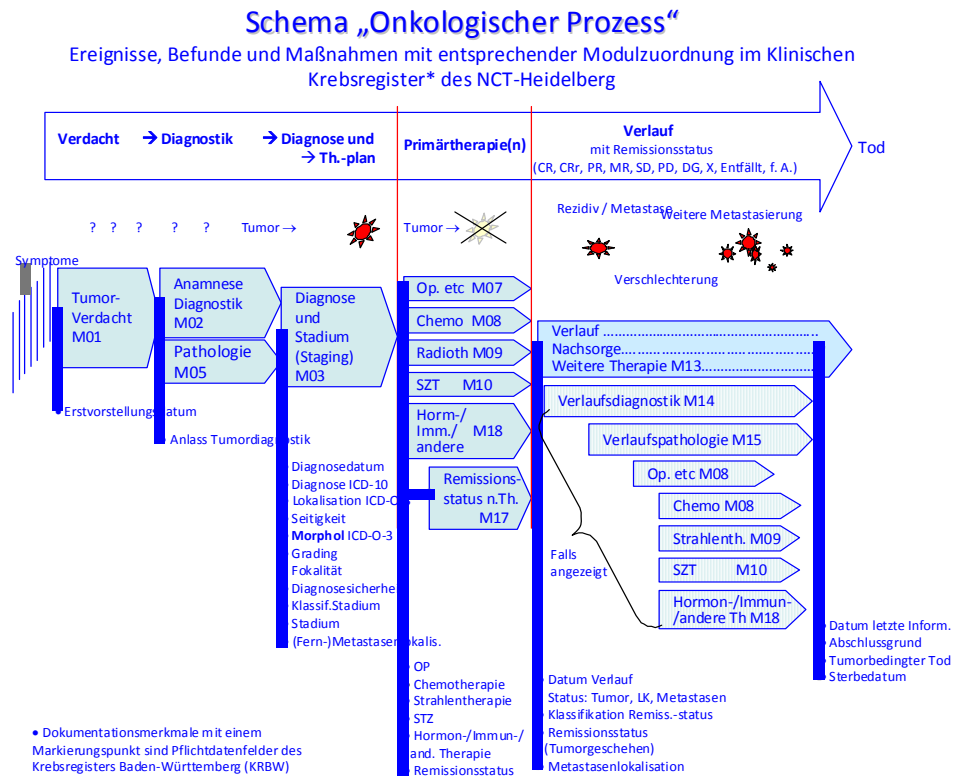


Abb 1.12 Onkologischer Prozess (Krankheitsverlauf eines Patienten) und NCT-Dokumentation

2 PRINZIPIEN DER TUMORDOKUMENTATION

2.1 Dokumentationsstandards

Die Nutzung der Registerdaten im Rahmen bundesweiter Leistungsvergleiche („Benchmarking“) oder überregionaler Forschungsvorhaben erfordert die einheitliche Beachtung der Definition dokumentierter Merkmale und Einhaltung der festgelegten Regeln hinsichtlich der Vorgehensweise bei der Dokumentation. **Die in diesem Handbuch niedergelegten Definitionen und Regeln sind für alle Personen, die in das NCT-Krebsregister dokumentieren, verbindlich.** Sie beruhen auf international vereinbarten Klassifikationen und Regelwerken für die Tumordokumentation, wie z.B. ICD-10 (WHO, DIMDI), ICD-O-3.1 (WHO, DIMDI), TNM-Klassifikationen der UICC (Union internationale contre le cancer), Empfehlungen der IARC (International Agency for Research on Cancer), der ENCR (European Networks of Cancer Registries) und Empfehlungen des Surveillance, Epidemiology, and End Results Programmes (SEER) des National Cancer Institutes der USA. Bei Inkonsistenzen mit diesen Regelwerken oder Lücken in den vorliegenden Festlegungen bitten wir, umgehend die Autoren zu benachrichtigen.

2.2 Anpassung der bisherigen Dokumentation an gültige Standards

In Fachabteilungen, die bereits in der Vergangenheit dokumentiert haben und diese Dokumentation im NCT-Krebsregister fortsetzen, werden die bisher angewandten Dokumentationsverfahren mit den hier niedergelegten Regeln abgeglichen und bei Abweichungen in Zusammenarbeit mit den verantwortlichen Ärzten eine Anpassung an die derzeit gültigen Standards herbeigeführt. Grundsätzlich wichtig ist der Hinweis, die für die *Dokumentationszeiträume* geltenden Dokumente tatsächlich anzuwenden, z. B. die TNM-Klassifikation nach Auflage, die ICD-O-3.1 2003 ab 01.01.2015, der ICD 10-GM 2017 für 2017.

2.3 Erfassungspflichtige Neoplasien im NCT-Krebsregister

2.3.1 Geltungsbereich: Patienten mit onkologischem Bezug

Alle Patienten mit onkologischem Bezug, die seit dem 01.01.1980 aufgrund einer Diagnose 140-239 (Neoplasie) nach ICD-9-CM, „C00-D48 Neubildungen“ der ICD-10-GM ff. am Universitätsklinikum Heidelberg und / oder Mannheim (Tumorzentrum Mannheim / Heidelberg) beraten (einschließlich Zweitmeinung), diagnostiziert oder behandelt wurden, werden in das NCT-Krebsregister aufgenommen.

2.3.2 Erfassung der Patienten über ICD-10-Diagnosen

Tabelle 2.1 zeigt die Diagnosen nach ICD-10-GM, die über ein DRG-Screening im Krankenhausinformationssystem des Heidelberger Universitäts-Klinikums ISH-med gesucht werden. Die gefundenen Patienten werden von den NCT-Krebsregister-Dokumentarinnen daraufhin überprüft, ob eine zu erfassende Diagnose vorliegt (s. folgenden Punkt 2.3.3).

Die Diagnosen in Tab. 2.1 sind durch ihren onkologischen Bezug definiert. Die Patienten werden aus den onkologisch relevanten Ambulanzen, Tumorboards und Stationen über Listen erfasst. Eingeschlossen sind alle Patienten, die im Nationalen Centrum für Tumorerkrankungen NCT (Zusammenschluss aus Deutschem Krebsforschungszentrum, dem Universitätsklinikum Heidelberg, der Thoraxklinik Rohrbach, der Deutschen Krebshilfe) wegen einer Tumordiagnose oder / und -behandlung, genetischen Beratung bei Vorliegen eines dokumentationspflichtigen Tumors, einer Zweitmeinung, Tumorboardbegutachtung, Behandlungsplanung, einer Nachsorge oder palliativen Therapie registriert wurden.

Tab 2.1 Diagnosesuche mittels DRG-Screening über ICD-10-GM-Diagnoseschlüssel (Stand 01.01.2017)

ICD-10 Schlüssel	Diagnosen nach ICD-10-GM Vs. 2011ff
B21	Bösartige Neubildungen infolge HIV-Krankheit
C00.0–C96.9	Bösartige Neubildungen
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D00.0–D09.9	In-situ-Neubildungen
D13.0–3, D13.9, D12.0–8, D21.4 ¹⁰	Gutartige GIST
D32.0–D33.9	Gutartige Tumoren mit Lokalisation ZNS
D35.2–D35.4	Gutartige Neubildungen: Hypophyse, Ductus craniopharyngealis, Epiphyse (Glandula pinealis = Zirbeldrüse)
D37.0–D48.9	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens (Gastrointestinaltrakt oral bis anal, Thoraxorgane, weibliche und männliche Genital- und Harnorgane, ZNS peripher und zentral inkl. Meningen, endokrine Organe, Lymph- und Knochenmarksystem, Bindegewebe, Mamma und n. n. bez. Lokalisationen)
D72.1	Eosinophilen-Leukämie (Hypereosinophilie-Syndrom)
Z08.0–Z08.9	Nachuntersuchung nach Behandlung wegen bösartiger Neubildung
Z51.1	Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung

2.3.3 Erfassungspflichtige Dignitäten

Jede Neoplasie mit einem biologischen Verhaltenskode (Dignitätskode) /1, /2, /3 und /9 wird dokumentiert. Darüber hinaus wird jede Neubildung des Zentralen Nervensystems ZNS mit der Dignität /0 registriert (s. NCT-Handbuch „Tumoren des ZNS“¹¹).

¹⁰ Von diesen gutartigen Tumoren werden ausschließlich GIST mit der Histologie 8936/0 dokumentiert!

¹¹ Adzersen, Becker 2017(08).

Tab 2.3 Schlüssel für das biologische Verhalten einer Neubildung = Behavior-Kode = Dignität einer Neoplasie

Kode	Bedeutung
/0	Gutartig, benigne
/1	Unsicher, ob benigne oder maligne Borderline-Malignität Niedriges Malignitätspotenzail Unsicheres Malignitätspotential
/2	Carcinoma in situ, Intraepithelial, Nichtinfiltrierend Nichtinvasiv
/3	Maligne, Primärtumor Bösartig, Metastase
/9	Maligne, unsicher, ob Primärtumor oder Metastase Bösartig, unsicher, ob Primärtumor oder Metastase

Der Verhaltenskode „/6 maligne, Metastase, bösartig, Metastase, Sekundärtumor“ wird im NCT-Krebsregister und im KRBW nicht kodiert, da der Verhaltenskode des *Primärtumors* verschlüsselt werden soll. Wird eine Dignität /6 „Metastase“ gefunden, wird die Ziffer /3 *derselben* Morphologie anstelle /6 verschlüsselt. Eine zu einer Metastase /6 gehörige Morphologieziffer ist immer vorhanden und unten in der Fußnote angegeben¹².

Der Verhaltenskode /9 soll notiert werden, wenn unbekannt ist, ob es sich um einen Primärtumor oder eine Metastase handelt. In der ICD-O-3 wird angegeben, daß /9 in Krebsregistern nicht verwendet werden soll¹³. Dies führt jedoch zu einem Verlust an Information. Bei einem CUP, ist es zum Beispiel therapeutisch wertvoll, die genaue Histologie eines Tumors zu kennen. Ein histologisch verifizierter, neuroendokriner Tumor in der Leber, unklar ob primären oder metastatischen Ursprungs, läßt sich nach Regel F der ICD-O-3 mit der M-Ziffer 8246/9, ICD-O-3-C80.9 und ICD-10 „C80.0 Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnen“, kodieren.

Gutartige ZNS-Neoplasien mit einem biologischen Verhaltenskode (Dignitätskode) /0 sind berichtspflichtig.

Definition „ZNS“: Unter ZNS wird hier *Gehirn* und *Rückenmark* verstanden. Gehirn schließt die *intrakraniellen* Anteile der Hirnnerven ein. Das Rückenmark schließt die *innerhalb* des Spinalkanals liegenden Nervenanteile ein (s. Tumoren des ZNS, Organspezifische Dokumentation).

¹² In der ICD-O-3.1 2014 gibt es nur **sechs Morphologieziffern /6**, die jeweils einem Primärtumor zuzuordnen sind:

8000/6 Neoplasie, Metastase	→ 8000/3 Maligne Neoplasie kodieren;
8010/6 Karzinom-Metastase o. n. A.	→ 8010/3 Karzinom o. n. A. kodieren;
8070/6 Plattenepithelkarzinom-Metastase o. n. A.	→ 8070/3 Plattenepithelkarzinom o. n. A. kodieren;
8140/6 Adenokarzinom Metastase o. n. A.	→ 8140/3 Adenokarzinom o. n. A. kodieren;
8480/6 Pseudomyxoma peritonei	→ 8480/3 Muzinöses Adenokarzinom kodieren;
8490/6 Metastase eines Sieerringzellkarzinomes	→ 8490/3 Sieerringzellkarzinom.

¹³ ICD-O-3, 1. Revision 2014, S. 42.

Alle intrakraniellen und intraspinalen ZNS-Neoplasien mit dem biologischen Verhaltenskode /0 = gutartig sowie alle Tumoren mit dem biologischen Verhaltenskode /1, /2 und /3 werden dokumentiert. Die Regeln für die Dokumentation der Tumoren des Zentralen Nervensystems nach Morphologie, topographischem ICD-O-3-Geltungsbereich, WHO-Grad und ICD-10 Diagnose sind im NCT- Handbuch „Tumoren des Zentralen Nervensystems“ 2017 beschrieben.

2.3.4 Frühere Tumoren sind erfassungspflichtig

Onkologische Nebendiagnosen (frühere Tumoren) in einem onkologischen Arztbrief mit einer onkologischen Hauptdiagnose werden dokumentiert. Onkologische Nebendiagnosen¹⁴ aus nicht-onkologischen Arztbriefen werden nicht dokumentiert.

Ein früherer Tumor, der in der Anamnese des Patienten erscheint, wird in Kurzform, d. h. im NCT-Krebsregister wie eine Zweitmeinungsdokumentation aufgenommen.

2.3.5 Klinisch diagnostizierte Tumoren

Ein nur klinisch oder bildgebend-apparativ diagnostizierter Patient, z. B. bei einem Hypophysenadenom, Nierenkarzinom, etc., ist zu dokumentieren, wenn eine ärztliche Diagnose vorliegt (unterzeichneter Arztbrief). Der Tag der apparativen Diagnose gilt als Erstdiagnosetag. Bei einem Patienten mit einem Verdacht auf eine Tumorerkrankung wird im derzeitig benutzten ORBIS System kein Dokument im NCT-Krebsregister angelegt¹⁵.

2.3.6 Therapie (Chemo-, Radio- u. a. Therapie) ohne histologische Diagnose

Ein Patient ohne gesicherte Diagnose erhält eine Tumorthherapie: der Patient wird ins Krebsregister aufgenommen.

Begründung: Wenn ein Patient eine *anti-neoplastische Therapie* erhält, ohne dass eine histologische Diagnose eines Tumors vorliegt, die Diagnose also auf nur klinisch-apparativen Befunden beruht, der behandelnde Arzt aber annimmt, dass ein behandlungswürdiges Tumorgeschehen vorliegt, wird der Patient mit der entsprechenden ICD-10 C-Diagnose ins Krebsregister aufgenommen.

¹⁴ Definition Nebendiagnose: Eine im Arztbrief dokumentierte Diagnose, die nicht Teil der Diagnose oder Verdachtsdiagnose ist, derentwegen sich der Patient vorgestellt hat und/ oder behandelt wurde.

¹⁵ In dem Krebsdokumentationssystem ONKOSTAR sollen Verdachtsfälle wegen der damit verbundenen, zu dokumentierenden Tumorkonferenzen etc. aufgenommen (36. Onkostar Workshop, DKFZ 12.04.2016).

2.3.7 Abbruch/Unterbrechung/Änderung einer Chemo-, Radio- u. a. Therapie

Der *Abbruch* einer Chemo-, Radio- oder anderen Therapie (z. B. Antikörper, etc) wird dokumentiert, wenn die angestrebte Zyklenzahl nicht erreicht wird und die gleiche Therapie bzw. das gleiche Therapieprotokoll auch nicht wieder aufgenommen wird. Das Datum des Abbruchs wird dokumentiert.

Eine *Unterbrechung* ist dann zu dokumentieren, wenn die gleiche Therapie innerhalb von 3 Monaten wieder aufgenommen wird. Das Datum des Beginns und der Wiederaufnahme wird dokumentiert. Wird die Therapie innerhalb von drei Monaten nicht wieder aufgenommen, wird ein Abbruch dokumentiert (das Datum des Beginns der Unterbrechung wird umkodiert in Abbruch). Eine Ausnahme: Wenn in medizinischen Dokumenten (von einem Arzt unterschrieben) weiterhin von Unterbrechung (auch nach einem Zeitraum von mehr als 3 Monaten) gesprochen wird, wird diese auch als Unterbrechung dokumentiert.

Eine *Änderung* der Therapie wird dokumentiert, wenn eine Therapie oder Therapieprotokoll in der *Zusammensetzung* der Substanzen geändert wird. Eine *Dosierungsänderung* wird nicht als Therapieänderung bezeichnet. Das Datum der Änderung wird kodiert.

2.3.8 Mehrdeutiger Wortlaut in medizinischen Dokumenten¹⁶

In medizinischen Quelldokumenten können mehrdeutige Formulierungen auftreten. Als Quelldokumente gelten Pathologieberichte, bildgebende Befunde, (Mammogramm, CT, MRT, PET, Sonographie), klinische Berichte, Operationsberichte, Arztbriefe, Tumorboardergebnisse. Für diese gilt die in diesem Abschnitt festgelegte Regel.

Ausgeschlossen sind Ergebnisberichte der *Zytologie* und diagnostischer *Tumormarker* mit mehrdeutigen Formulierungen der unten angegebenen Liste.

Treten folgende Worte vor den Begriffen „Karzinom“, „Sarkom“, „maligne Neoplasie“, „Malignom“ usw. auf, gilt für Dokumentarinnen/Dokumentare des NCT die Annahme, dass ein berichtsfähiger Tumor vorliegt und somit der Tumor erfassungspflichtig ist:

Offenbar
Offensichtlich
Augenscheinlich
Vergleichbar (mit)
Kompatibel (mit)
Konsistent (mit)
Spricht (für)
Befürworten
Erscheint maligne
Höchstwahrscheinlich
Typisch (für)

¹⁶ Dieser Abschnitt basiert auf den Vorschlägen in Adamo et al 2015, „Ambiguous Terminology“ S. 16-18.

Die unscharfen Begriffe gelten für *alle in situ und invasiven Tumoren* wie auch für die *gutartigen und Borderline Tumoren des ZNS*, um deren Berichtsfähigkeit zu entscheiden.

Regel: Wenn eine der mehrdeutigen Formulierung einem Wort vorangeht, das gleichbedeutend mit *einem in situ oder invasiven Tumor* oder *gutartigen und Borderline Tumoren des ZNS* ist (z. B. Karzinom, Malignom, maligne Neoplasie, nicht-invasiver Tumor, in situ Läsion, etc.), ist der Tumor aufzunehmen.

Beispiele: „*typisch für* ein Adenokarzinom“, „*konsistent mit*“ einer hepato-zellulären Läsion, „*spricht für* einen nicht-invasiven, in situ Tumor“; der CT-Befund ist „*typisch für*“ ein Hypophysenadenom.

Wenn in einem Befund gleichzeitig sowohl berichtsfähige wie auch nicht-berichtsfähige Formulierungen benutzt werden, ist dem berichtsfähigen Wortlaut zu folgen. Beispiel: Wenn in einem CT-Bericht „*konsistent mit* einem hepato-zellulären Karzinom“ und in der Schlussdiagnose „1 cm Leberläsion, *möglicherweise* hepato-zelluläres Karzinom“ formuliert wurde („möglicherweise“ ist kein berichtsfähiger Wortlaut), ist der Fall trotzdem aufzunehmen, da ein Begriff aus der Liste der berichtsfähigen Begriffe gebraucht wurde. „Konsistent mit“ schlägt „möglicherweise“ im CT-Bericht.

Wenn eine Resektion, Exzision, Biopsie oder eine ärztliche Aussage ohne direkte Begründung (z. B. „hat sich nicht verifiziert“) geltend macht, dass die zweifelhafte Diagnose nicht bestätigt wurde, soll der Fall nicht dokumentiert werden.

Beispiel: Ein Mammogramm zeigt Kalzifikationen, „*verdächtig auf*“ ein intraduktales Karzinom. Die anschließende Stanze des umgebenden Gewebebereiches ergibt einen patho-histologisch negativen Befund für Malignität. Der Fall wird nicht dokumentiert.

2.3.9 Dokumentation bei genetisch erhöhtem Krebs Erkrankungsrisiko

Ein Patient mit einem genetisch bedingten erhöhten Krebs Erkrankungsrisiko, der nicht erkrankt ist, wird nicht dokumentiert, also nicht im Krebsregister aufgenommen. Sie/er wird erst dann registriert, wenn ein Tumor diagnostiziert worden ist. Die in Tab. 2.2 bezeichneten, genetisch-chromosomalen Erkrankungen werden zusätzlich zur Neoplasiediagnose in M01 dokumentiert. Diese genetischen Diagnosen sind aus den Arztbriefen fast immer abstrahierbar.

Tab 2.2 Vererbte Syndrome mit genetischen Veränderungen, assoziiert mit einem erhöhten Krebsrisiko (Dokumentation des Syndroms bei Nachweis einer Neoplasie im NCT-Krebsregister s. o.)

Vererbtes Syndrom	Gen	Chromo-	Erb-	Assoziierte Tumoren	ICD-10
-------------------	-----	---------	------	---------------------	--------

	som, Lo- gang kalisation				des Syn- droms
Ataxia teleangiectatica (ATM) assoziertes NHL	ATM	11q23	AR	Brust (bei Heterozygotie)	G11.3
Atypisches HNPCC ¹⁷	MSH6 (GTBP)	2p15	AD	Kolorektale Karzinome, Endometriumkarzinom, Übergangs- zellkarzinom der ableitenden Harn- wege	Z80.0
Baller-Gerold Syndrom Rapadilino-Syndrom Rothmund-Thompspon Syndrom	RECQL4	8q24	AR****	Osteosarkome	Z80.8
Beckwith-Wiedemann Syndrom	CDKN1C , KCNQ1 OT u. H19 (com- plex)	11p15	Sporadi- sch, AD	Embryonale Rhabdomyosarkome, Myxome, Fibrome, Hamartome	Z80.8
Bloom Syndrom	BLM	15q26	AR**	Osteosarkome	Z80.8
Carney-Complex (CNC) ¹⁸	CA2/D2 S123	2p15-p16	AD	Hypophysenadenom (GH, PRL), Hypophysenkarzinome (10% der Hypophysentumoren) Gutartige Tumoren – Nebennierenrinde, Gonaden, Schild- drüse	Z80.8
Cherubismus	SH3BP2	4p16	AD	Riesenzelltumoren der kleinen Kno- chen	Z80.8
Costello Syndrom	HRAS	11p15	AD	Embryonale Rhabdomyosarkome	Z80.8
Cowden-Syndrom	PTEN	10q23	AR	Haut, Schilddrüse, Brust, Kleinhirn, Kolon	Q85.8 ¹⁹
Diaphyseale medulläre Stenose	MTAP	9p21	AD	Undifferenziertes pleomorphes Sar- kom des Knochens	Z80.8
Enchondromatosis, Ollier und Maffucci Syndrom	IDH1	2q34	Spora- disch	Enchondrome, Chondrosarkome, Maffucci Syndrom: Hämangiome, Angiosarkome	Z80.8
Enchondromatosis, Ollier und Maffucci Syndrom	IDH2	15q26	Spora- disch	Enchondrome, Chondrosarkome, Maffucci Syndrom: Hämangiome, Angiosarkome	Z80.8
Enchondromatosis, Ollier und Maffucci Syndrom	PTH1R	3p21	Spora- disch	Enchondrome, Chondrosarkome Maffucci Syndrom: Hämangiome, Angiosarkome	Z80.8
Erblicher Magenkrebs	CDH1	16q22.1	?	Erblicher diffuser Magenkrebs, lobulärer Brustkrebs, Kolorektalkrebs	Z80.8
Familiäre Paragliom-, Phäochromozytom-Syndrom Typ 3 und GIST (Carney- Stratakis-Syndrom)	SDHD	11q23	AD	Paragliome (Phäochromozytome und GIST)	Z80.8
Familiärer Brust-/ Ovarialkrebs ²⁰	BRCA1	17q21.3	AR	Mamma, Ovar, Kolon, Leber, Zervix, Endometrium, Eileiter, Peritoneum	Z80.4
Familiärer Brustkrebs	BRCA2	13q13.1	AR	Mamma, männliche Brust, Ovar,	Z80.3

¹⁷ Wagner et al 2001.¹⁸ Espiard, Bertherat 2013; DeLellis et al 2004, S.251.¹⁹ Vgl. zur Verwandtschaft des Cowden-Syndroms und der Zuordnung zu Q85.8 als Diagnose:
<http://atlasgeneticsoncology.org/Kpnotes/CowdenID10018.html> (11.11.2011)²⁰ Medeiros et al 2006

				Prostata, Pankreas, Gallenblase, Eileiter, Magen, Melanom	
Familiärer Wilms-Tumor	<i>WT1</i> <i>CTNNB1</i> <i>WTX</i>	11p13, Chromosom 9	XD u. a.	Nierentumoren	Z80.5
Familiäres Melanom ²¹	<i>CDKN2A (P16)</i>	9p21	Penetranz ±	Hautmelanom	Z80.8
Familiäres nicht-medulläres Schilddrüsenkarzinom ²² , FMNTC (unter Berücksichtigung des Cowden-Syndroms, der FAP, des Carney Komplexes Typ1 und Typ2, und des Werner Syndroms) (mehrere Gene und Chromosomenlokalisationen)	<i>NMTC1</i> <i>PTEN</i> <i>APC</i> <i>TCO</i> <i>PRKAR1A</i> <i>WRN</i> <i>NMTC1</i>	19p13.2 1q21 t(3;8)(p14.2;q24.1)) 2q21	AD wahr-scheinlich	Papilläres Schilddrüsenkarzinom Follikuläres Schilddrüsenkarzinom Klarzelliges Nierenzellkarzinom Anaplastisches Karzinom Adenomatöse Polyposis Kolonkarzinom	Q85.8 Z80.0 Z80.3 Z80.5 Z80.8
Familiäres Paragliom-, Phäochromozytom-Syndrom Typ 1 und GIST (Carney-Stratakis-Syndrom)	<i>SDHB</i>	1p36	AD	Paragliome Phäochromozytome und GIST	Z80.8
Familiäres Paragliom-, Phäochromozytom-Syndrom Typ 2 und GIST (Carney-Stratakis-Syndrom)	<i>SDHC</i>	1q21	AD	Paragliome Phäochromozytome und GIST	Z80.8
Familiäres Retinoblastom	<i>RB1</i>	13q14	AD	Osteosarkome, Weichgewebesarkome	Z80.8
Fanconi-Anämie (FAN-assoziierte Neoplasien)	<i>FANCA</i> <i>FANCC</i> <i>FANCD2</i> <i>FANCE</i> <i>FANCF</i> <i>FANCG</i>	16q24.3 X-chrom BRIP1- 17q23.2	AR	AML, MDS Plattenepithelkarzinome (HNSCC) Pankreaskarzinome Ovarielle Tumoren NSCLC Zervixkarzinome	D61.0
Fehlpaarungsreparatur-Krebs-Syndrom	<i>PMS2</i>	7p22	AR	Rhabdomyosarkome	Z80.8
Fokale dermale Hypoplasie	<i>PORCN</i>	Xp11	XD***	Riesenzelltumoren des Knochens	Z80.8
GIST, familiär	<i>KIT</i>	4q12	AD	Gastro-intestinale Stroma Tumoren	Z80.0
GIST, familiär	<i>PDGFR</i> <i>A</i>	4q12	AD	GIST	Z80.0
Goltz-Gorlin-Syndrom, Basalzellkarzinom	<i>PTCH1</i>	9q22	AD	Kardiale Fibrome, Rhabdomyosarkome, fetale Rhabdomyome	Q85.8
HNPCC Lynch-Syndrom, Typ I und Typ II Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinoms	<i>MSH2</i> <i>MLH1</i> <i>PMS1</i> <i>PMS2</i> <i>MSH6</i> <i>MLH3</i>	2p16	AD	Tumoren des Kolorektums, Endometriums, Magens, der Ovarien, des Pankreas, der Ureter, des Nierenbeckens, der Prostata, der Gallengänge, des Dünndarms, des Gehirns (meist Glioblastome wie bei Turcot-Syndrom) ²³	Z80.0
Hyperparathyreoidismus-Kiefer-Tumor-Syndrom (HPT-JT ²⁴)	<i>CDC73</i>	1q25-q3	AD	Parathyreoidea-Tumoren	C75.0, D44.2
Li Fraumeni Syndrom 2	<i>CHEK2</i>	22q12.1	AD	Osteosarkome, Rhabdomyosarkome, andere Weichgewebesarkome, Brust, Kolon, Rektum, Eierstock,	Z80.8

²¹ Bishop et al 2002.²² DeLellis et al 2004, S. 257 ff.²³ Ryan et al 2014.²⁴ Carpten et al 2002.

				Harnblase	
Li-Fraumeni-Syndrom	<i>TP53</i>	17p13	AD	Osteosarkome	Z80.8
Mosaic gemischtes Aneuploidie Syndrom 1	<i>BUB1B</i>	15q15	AR	Embryonale Rhabdomyosarkome	Z80.8
Muir-Torre Syndrome ²⁵	<i>MLH1, MSH2</i>	3p, 2p	AD	Karzinome des Kolons, des Duodenums, des Larynx, des Endometriums, der Talgdrüsen	Z80.0
Multiple endokrine Neoplasie (MEN) Typ 1	<i>MEN1</i>	11q13	AD	Hypophysenadenome (PRL, GH, ACTH, non-sekretorisch), duodenale pankreatische Malignome (Gastrinoma, Glukagonoma, VIPoma, non-sekretorische Tumoren, Insulinoma), NNR-Tumoren, Hautmelanom (sehr selten), Thymus- und Bronchialkarzinoid, ZNS-Ependymom zervikal und lumbar, Meningiom, Astrozytom, GIST	D44.8
MUTYH-assoziierte Polyposis (MAP) Kolonkarzinom, Kolonadenome	<i>MUTYH</i>	1p34.3-p32.1	AR	Kolonkarzinom auf Basis einer FAP	D12.6
Neurofibromatose, Typ 1, M. Recklinghausen	<i>NF1</i>	17q11	AD	Neurofibrome, MPNST, GIST, Riesenzelltumoren der kleinen Knochen, Rhabdomyosarkome, Glomustumoren	Q85.0
Neurofibromatose, Typ 2	<i>NF2</i>	22q12.2	AD	Schwannome ²⁶	Q85.0
Nijmegen-(Chromosomen-) Bruch-Syndrom	<i>NBN</i>	8q21	AR	Rhabdomyosarkome	Z80.8
Noonan Syndrom 1	<i>PTPN11</i>	12q24	AD	Granularzelltumoren, Riesenzelltumoren der kleinen (zentralen) Knochen	Z80.8
Noonan Syndrom 4	<i>SOS1</i>	2p22	AD	Embryonales Rhabdomyosarkom, Granularzelltumore, Riesenzelltumore einschließlich Riesenzelltumore der kleinen (zentralen) Knochen	Z80.8
Paget'sche Knochenkrankheit	<i>SQSTM1</i>	3q35	AD	Osteosarkome	Z80.8
Paget'sche Knochenkrankheit, polyostotische osteolytische Dysplasie, sich hereditär ausdehnend	<i>TNFRSF11A</i>	18q22	AD	Osteosarkome	Z80.8
PALB2	<i>PALB2</i> ²⁷ <i>FANCN</i> (biallelisch) <i>PNCA3</i>	16p12.2	AR	Mammakarzinome, Pankreaskarzinome, Tumoren des Eierstocks, männlicher Brustkrebs, kindliche Krebse: Wilms Tumor, Medulloblastom	Z80.0
Peutz-Jeghers	<i>STK11</i>	19p13.3	AD	Hamartomatöse intestinale Polyposis, Brust, Eierstock, Zervix, Hoden, Pankreas	Q85.8
PPB familiäres Tumor- und Dysplasie Syndrom (DICER 1 Syndrom)	<i>DICER1</i>	14q32	AD	Embryonale Rhabdomyosarkome	Z80.8
Rhabdoides Tumorprädispositions-Syndrom	<i>SMARCA4</i>	19p13	AD	Maligne rhabdoide Tumoren	Z80.8

²⁵ Muir et al 1967.²⁶ Die NF 2 mit multiplen gutartigen zentralen Schwannomen betrifft hauptsächlich die Organe des ZNS der Patienten: Nervus Akustikus 90% (Akustikusneurinom); andere kraniale Nerven und Meningen: 50%; Rückenmark: etwa 50%; zusätzlich Haut und Augen. Schwannom = Neurilemmom = gutartiger Tumor = 9560/0. Gutartige Schwannome werden nur im ZNS dokumentiert. Wenn bösartiges Schwannom wird 9561/3 kodiert.²⁷ Pauty et al 2014.

Rubinstein-Taybi Syndrome 1	<i>CREBBP</i>	16p13	AD	Rhabdomyosarkome, Leiomyosarkome, Hämangiome	Z80.8
Saethre-Chotzen Syndrom ²⁸	<i>TWIST1</i>	7p21	AD	Brust (nicht-maligne Eigenschaften: Akromegalie, Syndaktylie), Malignome der Leber, Prostata, des Magens, Ösophagus, Plattenepithels, der Blase, des Pankreas; Gliome, Metastasierung	Z80.8
Verbliche Desmoid Krankheit, Familiäre adenomatöse Polyposis 1 (FAP) (einschließlich Gardner Syndrome)	<i>APC</i>	5q21	AD*	Desmoid Tumoren, kraniofaziale Osteome, Gardner Fibrome	Z80.0 D12.6
Von Hippel-Lindau Krankheit	<i>VHL</i>	3p25-26	AD	Hämangioblastome (hauptsächlich des ZNS), maligne Tumoren des ZNS, der Niere, der Nebennieren, des Pankreas, Adnexe, der Reproduktionsorgane ²⁹	Q85.8
Werner Syndrom	<i>WRN</i>	8p12	AR	Knochen- und Weichgewebe-Sarkome	Z80.8

* AD, autosomal dominant, ** AR, autosomal rezessiv, *** XD, X-chromosomal dominant, ****XR, X-chromosomal rezessiv.

²⁸ Qin et al 2012.

²⁹ Lonser et al 2003.

3 KONVENTIONEN DES NCT-KREBSREGISTERS

3.1 Änderung bereits eingegebener Daten

Unter Umständen ist es notwendig, ursprünglich eingegebene Daten zu ändern. Folgende Situationen können auftreten und werden wie folgt gelöst:

3.1.1 Verschlüsselungsfehler

Ein erkannter Verschlüsselungsfehler (Übertragungsfehler aus medizinischen Dokumenten, etc.) führt in jedem Falle und zeitlich unbegrenzt zur Korrektur und Überschreibung der Originalverschlüsselung. Namen des Änderers, Datum und Grund der Änderung werden protokolliert. Die Aufzeichnung der Historie von Änderungen ist durch Systemprogrammierung obligat.

3.1.2 Neue „bessere“ Informationen

Sind *bessere Informationen innerhalb von drei Monaten* nach Diagnosestellung (Datum Diagnose) im Nachhinein verfügbar, z. B. zur Histologie, Tumorgrad, Stadium bei Nachoperation, durch klinisch-apparative Befunde, Staging, etc., werden die Daten aktualisiert. Name des Aktualisierers, Datum und Grund der Aktualisierung sind aufzuzeichnen. Die Aufzeichnung der Historie von Aktualisierungen dieser Art ist durch Systemprogrammierung obligat.

3.1.3 Erstdiagnose CUP

Verfahrensweise nach Erkennung des Primärtumors bei (Erst-)Diagnose CUP^{30,31}:

1. Die ICD-O-3.1-Morphologie-Kodierung wird, *falls unterschiedlich* von der Erstdiagnosenmorphologie, meist der der Metastase, geändert. Dies gilt zeitlich unbegrenzt.
2. Nach Erkennung des Primärtumors wird der neu erkannte Ursprungsort nach ICD-O-3-Topographie („Lokalisation des Primärtumors“) von CUP = 80.9 in die Lokalisation des Primärtumors neu kodiert³², unabhängig davon, wie lange Zeit vorher die CUP-Diagnose gestellt wurde. Dies erfordert eine Korrekturmeldung (K) an das KRBW. Im NCT-Krebsregister wird gleichzeitig im Freitextfeld kodiert: „ED CUP“!
3. Die ICD-10-Diagnose (meist „Metastasendiagnose“ (C76-C80) wird in die Kodierung des Primärtumors geändert³³. Dies erfordert eine Korrekturmeldung (K) an das KRBW.
4. Das (Erst-) Diagnosedatum bleibt erhalten.

³⁰ Altman, Cadman 1986.

³¹ Neben et al 2008.

³² Anmerkung: Festlegung dieser Konvention in Absprache mit Prof. D. Jäger, Leiter der Kooperativen Onkologischen Gruppe (KOG) CUP am NCT Heidelberg (KHA, 14.11.2008).

³³ Beispiel: Diagnostisch nachgewiesen → multiple Metastasen (hepatisch, pulmonal, ossär) ohne sichere Kenntnis des Primärtumors; es liegt ein seit zwei Jahren behandeltes Prostatakarzinom vor und es besteht der Verdacht eines bestehenden Schilddrüsenkarzinoms. Nach operativer Totalentfernung der Schilddrüse wird ein Schilddrüsenkarzinom pathologisch-mikroskopisch gefunden und eine histo-chemische Übereinstimmung der hepatischen, pulmonalen und ossären Metastasezellen mit den endokrinen Schilddrüsentumorzellen nachgewiesen. Die anfängliche ICD-10-Diagnose wird von C79.8 (Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen) geändert in C73 (Bösartige Neubildung der Schilddrüse). Dokumentationstechnisch erfordert die Änderung des anfänglichen CUP in eine bekannte Diagnose des Primärtumors in diesem Fall die Gesamtlösung und Neudokumentation des erkannten Primärtumors.

3.1.4 Umgang mit inkorrekten Daten

Häufiger müssen Diagnosen im Nachhinein wegen neuerer oder grundsätzlich inkorrektter Informationen korrigiert werden. Nicht seltene Beispiele sind: primärer Gehirntumor statt Hirnmetastase und umgekehrt, Nierenmetastase statt Nierenkarzinom und umgekehrt, Knochenmetastase statt primärem Knochentumor und umgekehrt, u. v. a. m.

1. Dokumentarisches Vorgehen nach Erkennung einer Fehldiagnose bzw. einer Fehlinformation: Die inkorrekten Daten werden berichtigt und falls notwendig gelöscht. Dies gilt zeitlich unbegrenzt für alle als tatsächlich inkorrekt oder falsch erkannten medizinischen Daten. Name der(s) korrigierenden Dokumentarin, Datum und Grund der Korrektur sind aufzuzeichnen. Die Aufzeichnung der Historie von Korrekturen dieser Art ist durch Systemprogrammierung obligat.
2. Stattgefundene Therapien werden an den Tumor gehängt, der später als der tatsächlich vorhandene, also mit seiner korrekten Diagnose, erkannt wurde. Es wird empfohlen im Freitext den Vorgang zu erläutern, da sonst die Art einer möglicherweise bereits stattgehabten Therapie nicht verständlich erscheint.

3.1.5 Änderung des Diagnosedatums

Verfahrensweise bei Änderung des Datums der Diagnose:

Falls auf Grund neuer z. B. externer Information das Datum der Diagnose als ein früheres oder genaueres als das bisher kodierte erkannt wird, führt dies zur Korrektur und Überschreibung der Originaldiagnoseverschlüsselung. Dies erfordert eine Korrekturmeldung an das KRBW. Name der ändernden Dokumentarin, Datum und Grund der Änderung sind zu kodieren. Die Aufzeichnung der Historie von Änderungen ist durch Systemprogrammierung obligat.

3.1.6 Retroaktive Änderungen von Verschlüsselungscodes

Bei retroaktiven Änderungen von Verschlüsselungscodes, z. B. bei gewünschter Anpassung an neue Codes (ICD-9 → ICD-10) ist der Modus der Überleitung protokollpflichtig.

3.2 Verschlüsselung von Mehrfachtumoren, Mehrfachmorphologien, Seitenlokalisation und spezifischen Histologien

Treten mehrere maligne Neoplasien gleichzeitig oder nacheinander in demselben Organ bzw. Organbereich oder derselben Lokalisation auf, ist zu entscheiden, ob *ein* oder *mehrere* Primärtumoren vorliegen.

Die oberste Ebene ist die *Morphologie* der Neoplasie einschließlich ihrer Dignität nach ICD-O-3.1, die zweite Ebene ist die *Lokalisation* nach ICD-O-3 und die dritte Ebene ist der *zeitliche* Ablauf des Auftretens.

Die in diesem Kapitel niedergelegten Regeln der Erfassung, Klassifizierung und Verschlüsselung von Mehrfachtumoren werden für Klinische Krebsregister einschließlich des NCT-Krebsregisters Heidelberg empfohlen. Die Datenerfassung von Mehrfachtumoren im klinischen Register ist *detaillierter* als die einer Erfassung nach epidemiologischen Kriterien. Für die Zwecke der epidemiologischen Analyse werden für Mehrfachtumoren an bestimmten Lokalisationen Gruppen gebildet, die in der klinischen Dokumentation getrennt erfasst werden (s. Table 1, Demaret 2004, Internal Report 2004/02)³⁴.

3.2.1 Unterscheidung der Tumoren nach Morphologiegruppen

Tabelle 3.1 zeigt in vierziffriger Schreibweise die Tumorengruppen mit Bereichen von Morphologiekodes (rechte Spalte), die histologisch verwandt sind. Zwei Vierergruppen mit einem Bindestrich verbunden oder eine einzelne Vierergruppe symbolisieren jeweils eine Gruppe von Tumoren.

³⁴ Vgl. Demaret et al (2004).

Tab 3.1 Kategorien und Gruppen maligner Neoplasien nach Morphologien der ICD-0-3, 1. Revision 2014³⁵, die in Bezug auf die Definition mehrfacher maligner Neoplasien als „unterschiedlich“ angesehen werden (IACR, ENCR, IARC, Lyon 02/2004)³⁶

Neoplasie-Kategorien	Morphologie-Gruppen
Karzinome	
1. Plattenepithel- und Übergangszellkarzinome	8051-8084, 8120-8131
2. Basalzellenkarzinome	8090-8110
3. Adenokarzinome ³⁷	8140-8149, 8160-8163, 8190-8221, 8260-8337, 8350-8552, 8570-8576, 8940-8941
4. Andere näher bezeichnete Karzinome	8030-8046, 8150-8156, 8158, 8170-8180, 8230-8255, 8340-8347, 8560-8562, 8580-8671
(5.) N. n. b. Karzinome (o. n. A.)	8010-8015, 8020-8022, 8050
6. Sarkome u. Weichgewebetumoren	8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373, 9540-9582
7. Mesotheliome	9050-9055
Neoplasien der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe	
8. Myeloische Leukämien, inklusive gemischt-phänotypische Leukämien	9806-9809, 9840, 9861-9931, 9945-9946, 9950, 9961-9967, 9980-9987
9. B-Zell-Neoplasien	9597, 9670-9699, 9712, 9728, 9731-9735, 9737-9738, 9761-9767, 9769, 9811-9818, 9823-9826, 9833, 9836, 9940
10. T-Zell und NK-Zell-Neoplasien	9700-9709, 9714-9719, 9724-9726, 9729, 9768, 9827-9831, 9834, 9837, 9948
11. Hodgkin-Lymphom	9650-9667
12. Neoplasien der Mastzellen	9740-9742
13. Neoplasien der Histiozyten und Dendritenzellen	9750-9759
(14.) N. n. bezeichnete Arten	9590-9591, 9596, 9727, 9760, 9800-9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970-9971, 9975, 9989-9992
15. Kaposi-Sarkom	9140
16. Andere näher bezeichnete maligne Neoplasien	8720-8790, 8930-8936, 8950-8983, 9000-9030, 9060-9110, 9260-9365, 9380-9539
(17.) N. n. b. Arten von Neoplasien	8000-8005

³⁵ DIMDI 2014. Die Abb. 25 der ICD-O-3.1, 1. Revision (S. 52-53) („unterschiedliche M-Guppe“) ist veraltet. Es fehlen zahlreiche gültige Morphologien, z. B. 9806-9809, 9811-9818, 8158/1, 8163/0, /2 und /3, u. a.

³⁶ Adapted from: Berg 1996. In: http://www.iacr.com/fr/MPrules_july2004.pdf (15.09.2011).

³⁷ Das Adenokarzinom tritt in zahlreichen und vielfältigen Untervarianten auf, die je nach ihrer spezifischen Organzugehörigkeit zu kodieren sind. In den Handbüchern sind die entsprechenden M-Kodierungen aufgeführt. Die Ziffer „8255/3 Adenokarzinom mit gemischten Subtypen“ darf nur für die Lungen kodiert werden. Oft enthält ein Adenokarzinom mehrere histopathologisch beschriebene Komponenten (kribriform, muzinös, medullär, siegeringartig, etc). Das kolo-rektale „Adenokarzinom o. n. A. 8140/3“ z. B. tritt in den Unterformen „8201/3 kribriiformes Adenokarzinom vom Comedo-Typ“, das „8510/3 medulläre Adenokarzinom“, das „8265/3 mikropapilläre Karzinom o.n.A.“, das „8480/3 muzinöse Adenokarzinom“, das „8213/3 serrated adenocarcinoma“ und das „8490/3 Siegelringzellkarzinom“ auf. Wenn eine Unterform mit spezifischer M-Ziffer kodiert werden soll, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein, z. B. beim muzinösen oder siegelringzelligen Adenokarzinom > 50% muzinöse oder siegelringzellige Anteile, die vom Pathologen explizit angegeben werden müssen, ansonsten und im Zweifelsfalle wird 8140/3 Adenokarzinom o. n. A. kodiert, siehe z. B. Bosman et al 2010, S. 48 ff, 87 ff, 122 ff, 134 ff, 266 ff, 280 ff; Travis et al 2004, S. 35 ff; Kurman et al 2014, S. 69, 184f, 237.

3.2.2 Verschlüsselungsvorgehen bei Mehrfachtumoren und –morphologien

Die in Tabelle 3.1 aufgeführten siebzehn (17) Neoplasie-Kategorien enthalten jeweils meist mehrere Gruppen, die in der rechten Spalte aufgeführt sind, z. B. in der ersten (1.) Kategorie „8051-8084 = Plattenepithelneoplasien“ und „8120-8131 Übergangszellneoplasien“.

Verschlüsselungsregel 1 –

Fallen die Morphologien zweier Tumoren oder zwei Morphologien in einem Tumor in unterschiedliche Morphologiegruppen, sind sie als unterschiedlich und als zwei (2) Tumoren zu kodieren. Fallen die Morphologien zweier Tumoren in die dieselbe Gruppe, werden sie als ein (1) Tumor angesehen. Für einige organspezifischen Bereiche gelten zusätzliche spezifische Regeln.

Verschlüsselungsregel 2 –

Fällt bei gleichzeitigem Auftreten mehrerer Tumoren oder mehrerer Morphologien in einem Tumor(generell innerhalb von drei Monaten des ersten Diagnosedatums) eine der zwei Morphologieziffern in die histologisch nur ungenau typisierbare (5.), (14.) oder (17.) Histologiegruppe, so wird die spezifischere Morphologieziffer kodiert und die unspezifische Morphologie ignoriert und nur ein Tumor kodiert.

Verschlüsselungsregel 3 –

Fällt bei nacheinander (metachron) auftretenden Mehrfachtumoren oder Mehrfachmorphologien (später als drei Monate nach dem ersten Diagnosedatum und es liegt keine Metastase, kein Rezidiv des Ersttumors vor) eine der zwei Morphologieziffern in die histologisch nur ungenau typisierte Histologiegruppe (5.), (14.) oder (17.), so werden beide Morphologieziffern und zwei Tumoren kodiert.

3.2.3 Seitenlokalisationsregel bei paarigen Organen und Mehrfachtumoren

Tabelle 3.2 gibt die Definition des Seitigkeits- bzw. Mittellinienmerkmals von Tumoren.

Tab 3.2 Definition der Seitigkeitsmerkmale eines Primärtumors

Seitenangabe	Beschreibung
links	Ursprung des Primärtumors ist die linke Seite eines paarigen Organs.
rechts	Ursprung des Primärtumors ist die rechte Seite eines paarigen Organs.
beidseits	Synchron beidseitig aufgetretener Primärtumor, Seitenlokalisation des Ursprungs nicht bekannt, aber ein einziger Primärtumor
Mittellinie	Mittelzone = 4 cm breiter Bereich in der Mittellinien (2 cm re. und 2 cm li. von der Medianlinie)
Entfällt	Nicht zutreffend, keine paarige Lokalisation wie bei nicht-paarigen, mittelständigen Organen, bei Systemerkrankung wie Lymphomen, Leukämien, etc.
f. A.	Keine Angabe in medizinischen Dokumenten zur Seitigkeit.

Bei Auftreten eines einzelnen oder mehrerer solider Tumoren in paarigen Organen ist die Kodierung der Seitigkeit verbindlich. Tabelle 3.3 zeigt die Organe, die als paarig angesehen werden.

Definition eines paarigen Organs

Paarige Organe sind anatomische Strukturen derselben Art, die bei der Geburt auf zwei Seiten des Körpers vorkommen, wie z. B. Lunge, Niere, Brust, Eierstöcke, Hoden, u. a. Unpaarige Organe dagegen kommen nur einmal (unpaarig) vor wie z. B. das Herz, die Leber, die Milz und sind oft mittelständig wie z. B. der Thymus, die Schilddrüse. Letztere setzt sich, auch embryonalgeschichtlich, aus zwei Anteilen, einem rechten und linken, Lappen zusammen, die zusammengewachsen sind. Die Schilddrüse wird aber wie viele andere Organe (Thymus, Gebärmutter, Prostata, etc.) als ein nicht-paariges, in diesem Falle mittelständiges Organ angesehen.

Tab 3.3 Liste der paarigen Organe³⁸

ICD-O-3-T	Paariges Organ
C07.9	Ohrspeicheldrüse, Glandula parotis
C08.0	Unterkieferspeicheldrüse
C08.1	Unterzungenspeicheldrüse
C09.0	Fossa tonsillaris
C09.1	Gaumenbogen
C09.8	Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
C09.9	Tonsille o. n. A.
C30.0	Nasenhöhle (exkl. Nasenknorpel, Nasenscheidewand)
C30.1	Mittelohr
C31.0	Sinus maxillaris (Nasennebenhöhle)
C31.2	Sinus frontalis (Stirnhöhle)
C34.0	Hauptbronchus (exkl. Carina)
C34.1	Lungenoberlappen
C34.3-9	Lungenunterlappen, mehrere Teilbereiche überlappend, Lunge o. n. A.
C38.4	Pleura o. n. A.
C40.0	Lange Knochen d. oberen Extremität, Schulterblatt u. assoziierte Gelenke
C40.1	Kurze Knochen der oberen Extremität und assoziierte Gelenke
C40.2	Lange Knochen der unteren Extremität und assoziierte Gelenke
C40.3	Kurze Knochen der unteren Extremität und assoziierte Gelenke
C41.3	Rippe, Schlüsselbein (exkl. Brustbein)
C41.4	Beckenknochen (exkl. Kreuz-, Steiß-, Schambein, Symphyse)
C44.1	Haut des Augenlides
C44.2	Haut des äußeren Ohres
C44.3	Haut anderer unspezifischer Teile des Gesichtes [wenn Mittelzone (s. Definition der Merkmalsausprägungen unten) gilt „Mittellinie“]
C44.5	Haut des Stammes [wenn Mittelzone (s. Definition der Merkmalsausprägung unten) gilt „Mittellinie“]
C44.6	Haut der oberen Extremität und Schulter
C44.7	Haut der unteren Extremität und Hüfte
C47.1	Periphere Nerven u. autonomes Nervensystem der oberen Extremität und Schulter
C47.2	Periphere Nerven und autonomes Nervensystem der unteren Extremität und Hüfte
C49.1	Bindegewebe, subkutanes und anderes Weichgewebe der oberen Extremität und Schulter
C49.2	Bindegewebe, subkutanes und anderes Weichgewebe der unteren Extremität und Hüfte

³⁸ Adamo et al 2015, S.79 f.

C50.0-C50.9	Brust
C56.9	Ovar**
C57.0	Eileiter*
C62.0-C62.9	Testis
C63.0	Epididymis
C63.1	Samenleiter
C64.9	Niere o. n. A.
C65.9	Nierenbecken
C66.9	Ureter
C69.0-C69.9	Auge und Augenanhangsgebilde
C70.0	Hirnhäute, o. n. A.
C71.0	Gehirn
C71.1	Frontallappen
C71.2	Temporallappen
C71.3	Parietallappen
C71.4	Okzipitallappen
C72.2	Nervus olfactorius
C72.3	Nervus opticus
C72.4	Nervus acusticus
C72.5	Hirnnerven, o. n. A.
C74.0-C74.9	Nebenniere
C75.4	Glomus caroticum

* Bei C34.2 ist im Regelfall die Seitenlokalisation rechts (Ausnahme situs inversus).

** Bei Eierstock und Eileiter wird bei gleicher Morphologie *ein* Tumor dokumentiert, da „die Multiplizität dieser Tumoren Kriterium für die T-Klassifikation ist. Bei Tumoren der Lunge wird die Multiplizität sowohl in der T- als auch in der M-Klassifikation berücksichtigt“³⁹

Die Seitenlokalisation muss per definitionem bei allen *paarigen* Organen kodiert werden. Per exclusionem bedeutet dies, dass Tumoren in allen *nicht-paarigen* Organen mit „f. A.“ kodiert werden können, wie z. B. bei der Schilddrüse, der Leber, etc.

Von Klinikern wird aber häufig auch bei mittelständigen (Prostata, Schilddrüse, etc.) bzw. nicht-paarigen Organen (Leber, Herz, Harnblase, etc.) eine Seitenangabe gemacht, z. B. „rechte Leber“, „laterale Blasenwand li“, „Schilddrüsenlappen re“, re Prostatalappen, etc.

Seitigkeitsbeschreibungen innerhalb unpaariger Organe können zusätzlich verschlüsselt werden, müssen es aber nicht. Vereinbarungen mit Klinikern zur Seitigkeitsdokumentation bei unpaarigen Organen sind entitätsspezifisch zu treffen. Die vorliegende Konvention der Seitenlokalisationsverschlüsselung für die paarigen Organe der Tabelle 3.2 wird immer angewendet.

Die Kodierung der Seitenlokalisation bei mehrfachen syn- und metachronen Primärtumoren unterliegt bestimmten Regeln:

- Zwei Tumoren verschiedener Seitenlokalisation, auch von gleicher Morphologie, die *in paarigen Organen*, z. B. der Mamma, diagnostiziert werden, werden als zwei Tumoren erhoben (zwei Tumoridentifikationsnummern), wenn nicht ärztlicherseits explizit festgestellt wird, dass sie von einem Primärtumor abstammen, also ein Tumor der *einen* Seite eine Metastase der *anderen* Seite darstellt.

³⁹ Wittekind, Meyer 2010, S. 8.

- Primärtumoren in paarigen Organen können syn- und/oder metachron einseitig oder beidseitig auftreten. In einigen paarigen Organen treten Tumoren gleicher Histologie häufig gleichzeitig (synchron) auf beiden Seiten auf, so beim Ovar, Retinoblastom und Wilm's Tumor (kindlicher Nierentumor) sowie beim inflammatorischen Mammakarzinom. Beidseitigkeit muss in diesen Fällen von einem Arzt in einem medizinischen Dokument explizit festgestellt werden (Arztbrief, etc.). Diese werden dann als ein Tumor und als beidseitig dokumentiert, obwohl in einem paarigen Organ aufgetreten.

In folgenden Sonderfällen wird bei synchronen Tumoren⁴⁰ in paarigen Organen nur ein Tumor angelegt:

- Synchrone Tumoren des **Ovars** (von gleicher Morphologie) → ein Tumor
- Synchrone Tumoren der **Eileiter** (von gleicher Morphologie) → ein Tumor
- Synchroner **Wilm's** Tumor beider Nieren (Nephroblastome) → ein Tumor
- Synchrones **Retinoblastom** (bilateral) → ein Tumor
- Synchrones malignes **Mesotheliom** in paarigen Organen⁴¹ → ein Tumor
- Synchrones **Kaposi-Sarkom**⁴² in paarigen Organen → ein Tumor
- Synchrones **inflammatorisches Mammakarzinom** beidseits⁴³ → ein Tumor
- **Gliomatosis cerebri**⁴⁴ → ein Tumor

Für *metachrone* Mehrfachtumoren dieser Organe gelten die allgemeinen bzw. organspezifischen Zeitregeln für Mehrfachtumoren mit der entsprechenden Kodierung *eines* oder *mehrerer* Tumoren.

3.2.4 Verschlüsselungsvorgehen bei syn- oder metachronen soliden Mehrfachtumoren und Mehrfachmorphologien

Tabelle 3.4 zeigt die **Allgemeinen Dokumentationsregeln** bei syn- und metachronem Auftreten mehrerer Tumoren oder Morphologien. Diese Regeln gelten für alle soliden Tumoren.

Zusätzliche spezifische Regeln gelten für die Tumoren des Kopfes-Halses, des Kolons, der Lunge, des malignen Melanoms der Haut, der Mamma, der Niere, der ableitenden Harnwege, des ZNS und des hämatopoietischen und lymphoiden Gewebes.

Generell gelten folgende drei (3) Vorschriften der Verschlüsselung von Mehrfachtumoren, Mehrfachmorphologien bzw. Mehrfachhistologien:

⁴⁰ Innerhalb von 3 Monaten gilt der Tumor als synchron (SEER 2007 hat 60 Tage festgelegt, s. Johnson et al 2007, S. 179 u. a.)

⁴¹ Sinn et al 2003.

⁴² Das Kaposi-Sarkom in mehreren Organen wird nur einmal angelegt und mit der Diagnose C48.8 verschlüsselt.

⁴³ Johnson et al 2007, S. 131.

⁴⁴ Der spezifische M-Kode 9381/3 wird als ein Tumor kodiert.

1. Morphologiegruppenregel

Fallen bei den vorliegenden Histologien die M-Ziffern in unterschiedliche Morphologiegruppen der Tabelle 3.1, liegen mehrfache Primärtumoren vor.

2. Seitigkeitsregel

Treten mehrere Tumoren rechts und/oder links und/oder mittelständig auf, gilt die Seitenlokalisationsregel für paarige Organe (s. o. Abschnitt 3.3.3) und, falls zutreffend, werden mehrere Primärtumoren aufgenommen (sog. Lateralitätsregel).

3. Rezidiv- und Metastasenregel

Falls ein Zweittumor, wo immer lokalisiert, als Rezidiv- und/oder Metastase erkannt worden ist, wird ein Verlauf an den bekannten, vorgängig diagnostizierten Primärtumor gehängt (Metastasen-Rezidivregel).

Tab 3.4 Allgemeine Verschlüsselungsregeln bei syn- und metachronen Mehrfachtumoren und Mehrfachmorphologien, gültig für alle soliden Tumoren⁴⁵

für einige Organe / Organbereiche gelten spezifische Mehrfachtumor- und Mehrfachmorphologieregeln: Kopf/Hals, Kolon, Lunge, Melanom, Mamma, Niere, ableitende Harnwege, gutartige Hirntumoren, bösartige Gehirntumoren.

Tumoreigenschaften, -lokalisierung und zeitliches Auftreten	Tumordokumentation
Unentscheidbar , ob ein oder mehrere Tumor(en)[keine Metastase(n)]	Einen Tumor anlegen
Keine pathologische Histologie / keine Zytologie vorhanden; apparative Befunde nutzen (CT, Sono, MRT, PET, etc.)	Tumorkodierung entsprechend Arztbrief / med. Dokumenten, z. B. 8000/3 oder 8010/3
In situ und invasiver Tumor	Ein Tumor, invasiven Tumor kodieren, in-situ Komponente ignorieren
Zwei oder mehr Tumoren mit unterschiedlicher Morphologiegruppe (Tabelle 3.1)	Zwei oder mehr Primärtumoren anlegen
Mehrere invasive Tumoren mit Histologien der gleichen Morphologiegruppe (Tabelle 3.1)	Ein Tumor; numerisch höhere Histologieziffer der Morphologiegruppe kodieren
Metastasen-Histologie vorhanden	Histologie der Metastase, aber /3 kodieren
Carcinoma in situ o. n. A. und spezifisches Carcinoma in situ	Ein Tumor; <i>spezifisches</i> Carcinom in situ kodieren
Mehrere Tumoren spezifischer Morphologie	
Carcinoma in situ oder malignes Adenokarzinom und (anderer) in situ oder maligner Tumor in einem Polypen	Ein Tumor, spezifischere M-Ziffer kodieren
8000/3 Maligne Neoplasie und eine spezifischere Histologie oder 8010/3 Karzinom o. n. A. und spezifischeres Karzinom oder 8070/3 Plattenepithelkarzinom o. n. A. und spezifischeres PEC oder 8140/3 Adenokarzinom o. n. A. und spezifischeres Adenokarzinom oder 8720/3 Malignes Melanom o. n. A. und ein spezifischeres Melanom oder 8800/3 Sarkom o. n. A. und ein spezifischeres Sarkom	Ein Tumor, die spezifischeste M-Ziffer kodieren
Multiple in-situ und/oder maligne Polypen	Ein Tumor
Invasiver Tumor folgt einem in-situ Tumor nach mehr als 3 Monaten der ersten Diagnose	Zwei Tumoren
Tumoren, auf die keines der o. g. Kriterien zutrifft	Ein Tumor
Lokalisation	
Tumoren auf beiden Seiten eines paarigen Organs (Tab 3.3) und der Tumor ist keine Metastase der anderen Seite	Mehrere Primärtumoren ⁴⁶
Unterschiedlicher ICD-O-3- Topographiecode der ersten (Cxx.x) oder zweiten (Cxx.x) Ziffer	Mehrere Primärtumoren
Unterschiedlicher Topographiecode der dritten (Cxx.x) Ziffer folgender Lokalisationen: - Analkanal und Anus C21.x	Mehrere Tumoren

⁴⁵ Regeln nach Johnson et al 2007, S. 323ff, modifiziert. Besondere oder zusätzliche Regeln gelten für folgende organspezifischen Bereiche: Malignes Melanom der Haut, Tumoren des Kopf-Hals-Bereiches, Kolon-Tumoren, Lungen-Tumoren, Brust-Tumoren (Mamma), Nieren-Tumoren, ableitende Harnwege (Nierenbecken, Harnleiter, Blase, Harnröhre), ZNS Tumoren, Neoplasien der hämatopoetischen und lymphoiden Gewebe. Die organspezifischen Zusatzregeln sind im Falle des Auftretens von syn- oder metachronen Mehrfachtumoren oder –histologien dieser Organe bzw. Organbereiche immer zu konsultieren (Organspezifische Handbücher 2017, 1-11).

⁴⁶ Ausnahme: Bei Vorliegen von malignen Tumoren auf beiden Seiten des Gehirns wird immer nur **ein** Primärtumor dokumentiert. Die Seitigkeitsregel für paarige Organe wird ignoriert.

- Knochen, Gelenke und Gelenkknorpel C40.<u>x</u> und C41.<u>x</u> - Periphere Nerven und autonomes Nervensystem C47.<u>x</u> - Bindegewebe, Subkutangewebe und sonstige Weichteile C49.<u>x</u> - Haut C44.<u>x</u>	
Synchrone bilaterale Tumoren (innerhalb von 3 Monaten) - Eierstöcke (Ovarien), gleiche Morphologie - Eileiter, gleiche Morphologie - Wilm's Tumor beider Nieren (Nephroblastome) - Retinoblastom - Malignes Mesotheliom⁴⁷ in paarigen Organen - Kaposi-Sarkom⁴⁸ an mehreren Lokalisationen inklus. paarige Organe - Inflammatorisches Mammakarzinom⁴⁹ - Gliomatosis cerebri⁵⁰	Ein Tumor
Zeitliches Auftreten ⁵¹	
Zweiter Tumor innerhalb von drei Monaten	Ein Tumor , invasive ⁵² Morphologie kodieren
Zweiter Tumor (gleiche Morphologiegruppe) nach mehr als drei Monaten oder Rezidiv ⁵³ oder Metastase ⁵⁴ nach mehr als drei Monaten	Ein Tumor ; Verlauf des Primärtumors anlegen
Zweiter Tumor nach mehr als drei Monaten von einem Arzt und in einem medizinischen Dokument explizit bezeichnet als ⁵⁵ Sekundärer Primärtumor Zweitumor Zweitkarzinom Zweitmalignom Zweiter Primärtumor.	Zwei oder mehr Tumoren anlegen

3.2.5 Verschlüsselung spezifischer Histologien solider Tumoren

Tabelle 3.5 zeigt die allgemeinen Verschlüsselungsregeln der Histologie für in situ-Tumoren, Tumoren mit invasiver und in situ-Komponente, invasive Tumoren und die zu kodierende Histologie („eine Histologie“) bei mehreren gleichzeitig auftretenden Histologiearten. Diese Regeln gelten für alle soliden Tumoren. Einige besondere Regeln gelten für Tumoren des Kopfes-Halses, des Kolons, der Lunge, des Melanoms der Haut, Brust, Niere, der ableitenden Harnwege, des ZNS und der Neoplasien des hämatopoietischen und lymphoiden Gewebes, die in den organspezifischen Handbüchern zu finden sind.

⁴⁷ Sinn et al 2003.

⁴⁸ Das Kaposi-Sarkom in mehreren Organen wird nur einmal angelegt und mit der Diagnose C48.8 verschlüsselt.

⁴⁹ Johnson et al 2007.

⁵⁰ Johnson et al 2007.

⁵¹ Die Regeln für „Zeitliches Auftreten“ gelten ab 01.01.2014.

⁵² Als „invasiver“ ist der Tumor anzusehen, der eine höhere biologische Verhaltensziffer aus /0, /1, /2 oder /3, einen höheren WHO Grad, in einem anderen Grading-System höhergradig ist oder eine höhere Eindringtiefe aufweist. Vergleiche zum Beispiel die „Invasivität“ /Eindringtiefe bei Kolontumoren, Tab. 7.3 Histologien der Kolontumoren, Adzersen, Becker 2017(02).

⁵³ Rezidiv ist dokumentationstechnisch definiert als „Lokalrezidiv“ oder Nachweis von neuem „Tumor im regionalen Abflussgebiet“ des Primärtumors.

⁵⁴ Metastase ist dokumentationstechnisch definiert als „Fernmetastase“, s. d.

⁵⁵ Diese Regel wurde im Dokumentationsarbeitskreis des NCT-Krebsregisters festgelegt (Beister D, Henz C, Metz D, Wagner J, Terhalle A, Glomm J, Adzersen KH, Oktober 2013): wenn der nach mehr als drei Monaten auftretende Tumor in ärztlichen Dokumenten explizit als „Sekundärer Primärtumor, Zweitumor, Zweitkarzinom, Zweitmalignom oder Zweiter Primärtumor“ bezeichnet wird, ist ein zweiter Tumor mit der spezifischen Histologie anzulegen. Ansonsten wird ein Verlauf des vorher aufgetretenen Tumors angelegt. Diese Regel weicht von der SEER-Regel ab, die besagt, dass Tumoren, diagnostiziert nach mehr als einem Jahr, immer als multiple Primärtumoren zu verschlüsseln sind und damit nach > 1 Jahr ein neuer Tumor mit der entsprechenden Histologie angelegt werden soll (Johnson et al 2007, up-date 2012, S.324-5).

Tab 3.5 Histologieverschlüsselung⁵⁶ von in situ-Tumoren, Tumoren mit invasiver und in situ-Komponente, invasiven Tumoren und „einer Morphologieziffer“ bei mehreren Histologien gleichzeitig

(Spezifische Regeln: Kopf-Hals, Kolon, Lunge, Melanom der Haut, Brust, Niere, Nierenbecken/Ureter/Blase, ZNS, hämatopoietische und lymphoide Gewebe)⁵⁷

Histologieeigenschaften, -lokalisierung und zeitliches Auftreten	Tumordokumentation
In situ-Histologie	Dokumentation
Keine pathologische Histologie / Zytologie vorhanden; Arztdokument mit in situ Tumorfeststellung vorhanden	Typ der in situ Neoplasie kodieren
In situ-Adenokarzinom in einem Polypen oder In situ-Adenokarzinom und ein verbleibender Polyp oder In situ-Adenokarzinom und Bezug auf verbleibenden oder früheren Polypen oder Muzinöses/kolloides oder Siegelringzell-Karzinom (in situ!) in einem Polypen oder Dokumentation einer früheren Polypektomie	8210/2 Adenokarzinom in situ in adenomatösen Polypen oder 8261/2 Adenokarzinom in situ in villösem Adenom oder 8263/2 Adenokarzinom in situ in tubulo-villösem Adenom
8010/2 Carcinoma in-situ o. n. A. und spezifisches Carcinoma in situ oder 8070/2 Plattenepithel-Carcinoma in-situ und spezifisches Plattenepithel-Carcinoma in situ oder 8140/2 Adenocarcinoma in situ o. n. A. und spezifisches Adenocarcinoma in situ (8148/2, 8210/2, 8230/2, 8261/2, 8263/2) oder 8720/2 Melanom in situ und ein spezifisches Melanoma in situ	Spezifischere Morphologie kodieren; ein Tumor
Mehrere spezifische in situ-Histologien oder eine unspezifische und mehrere spezifischen in situ-Morphologien (s. u. Tab 3.9)	Angemessene Kombination aus Tabelle 3.9 wählen
Mehrere in Frage kommende Histologiecodes der gleichen Gruppe	Numerisch höherer Morphologiecode
Histologie mit invasiver und in situ-Komponente	Tumordokumentation
Invasive und in-situ Morphologie in einem Tumor	Invasive Morphologie kodieren; ein Tumor, in-situ Komponente ignorieren.
Histologie(n) ausschließlich invasiv	Tumordokumentation
Keine pathologische Histologie / Zytologie vorhanden; apparative Befunde nutzen (CT, Sonographie, MRT, PET, etc.)	Typ der invasiven Neoplasie kodieren, z. B. 8000/3 oder 8010/3
Keine Histologie des Primärtumors, aber Histologie von Metastase	Histologie der Metastase, kodiere /3
Prostata: Primärtumor Adenokarzinom o. n. A. oder azinäres Adenokarzinom ⁵⁸	Ein Tumor (auf Lebenszeit); 8140/3 Adenokarzinom o. n. A. kodieren
Adenokarzinom in einem Polypen oder Adenokarzinom und ein verbleibender Polyp oder Adenokarzinom und Bezug auf einen <i>verbleibenden</i> oder <i>früheren</i> Polyp oder Muzinöses/kolloides oder Siegelringzell-Adenokarzinom in einem Polypen oder Anamnestisch eine Polypektomie	Eine der folgenden Histologien kodieren: 8210/3 Adenokarzinom in adenomatösen Polypen oder 8261/3 Adenokarzinom in villösem Adenom oder 8263/3 Adenokarzinom in tubulo-villösem Adenom
8000/3 Maligne Neoplasie und eine <i>spezifischere</i> Histologie oder 8010/3 Karzinom o. n. A. und <i>spezifisches</i> Karzinom oder 8070/3 Plattenepithelkarzinom o. n. A. und <i>spezifisches</i> Plattenepithelkar-	Spezifischere Morphologie kodieren; ein Tumor

⁵⁶ Johnson et al 2007, S. 79f.

⁵⁷ Adzersen, Becker 2017. NCT: Handbücher der Organspezifischen Tumordokumentation 2017.

⁵⁸ n. Eble et al 2004

zinom oder 8140/3 Adenokarzinom o. n. A. und spezifisches Adenokarzinom (8148/3, 8210/3, 8230/3, 8261/3, 8263/3) oder 8720/3 Malignes Melanom o. n. A. und ein <i>spezifisches</i> Melanoma oder 8800/3 Sarkom o. n. A. und ein <i>spezifisches</i> Sarkom	
8340/3 Papilläres Karzinom, follikuläre Variante	8260/3 Papilläres Adenokarzinom o. n. A. zu kodieren
Follikuläres und papilläres Karzinom der Schilddrüse	Papilläres Karzinom, follikuläre Variante 8340/3 zu kodieren
Mehrere spezifische Histologien oder eine unspezifische Histologie und mehrere spezifische Morphologien	Angemessene Kombination aus Tabelle 3.6 wählen
Mehrere in Frage kommende Histologieziffern der gleichen Gruppe	Numerisch höhere Morphologieziffer
Mehrere Histologien – „eine“ Morphologieziffer	Tumordokumentation
Primärtumoren der Prostata Azinäres (Adeno-)Karzinom o. n. A. oder Adenokarzinom und zusätzlich ⁵⁹ : atrophisch, pseudohyperplastisch, schaumzellig, oder muzinöses Adenokarzinom (8480/3), oder Siegelringzellkarzinom (8490/3) oder oxyphiles Adenokarzinom (8290/3) oder lymphoepitheliales Karzinom (8082/3)	8140/3 Adenokarzinom o. n. A. kodieren; ein Tumor (auf Lebenszeit).
Vulva, Vagina, Anus, Endometrium, Ösophagus, Penis, Eileiter, Ovar, Zervix	
<u>Plattenepitheliale intraepitheliale Neoplasien Grad 3⁶⁰:</u>	8077/2 Intraepitheliale Neoplasie Grad 3 kodieren
VIN3 Vulväre intraepitheliale Neoplasie Grad 3	
VaIN3 Vaginale intraepitheliale Neoplasie Grad 3	
AIN3 Anale intraepitheliale Neoplasie Grad 3	
EIN Endometriale intraepitheliale Neoplasie (Grad 3)	
HGIN Intraepitheliale Neoplasie Grad 3 (high-grade ⁶¹)	
IEN Intraepitheliale Neoplasie Grad 3 des Penis	
TIC Tubales intraepitheliales Carcinom (= Grad 3)	
CIN2 Zervikale intraepitheliale Neoplasie Grad 2 ⁶²	
CIN3 Zervikale intraepitheliale Neoplasie Grad 3	
<u>Glanduläre intraepitheliale Neoplasien Grad 3</u>	8148/2 Glanduläre intraepitheliale Neoplasie Grad 3 kodieren
PaIN3 Pankreatische intraepitheliale Neoplasie Grad 3 ⁶³	
PIN3 Prostatistische intraepitheliale Neoplasie	
<u>Duktale intraepitheliale Neoplasien Grad 2,3</u>	8500/2 Duktale intraepitheliale Neoplasie kodieren
DIN3 Duktale intraepitheliale Neoplasie Grad 2	
DIN3 Duktale intraepitheliale Neoplasie Grad 3	
<u>Testikuläre intraepitheliale Neoplasie Grad 3</u>	9064/2 Maligne intratubuläre Keimzellen, syn. germinales Carcinoma in situ kodieren
TIN3 Testikuläre intraepitheliale Neoplasie Grad 3	
CIS o. n. A. Carcinoma in situ o. n. A., intraepitheliales Karzinom o. n. A.	8010/2
Extramammärer Paget (anal, perianal oder vulvär, etc.) und ein zugrundeliegender Tumor	Ein Tumor; zugrundeliegende Morphologie kodieren, wenn bekannt; ansonsten Paget kodieren
Adenokarzinome in einem Polypen oder Adenokarzinome und ein verbleibender Polyp oder Adenokarzinome und Bezug auf einen verbleibenden oder früheren Polyp oder Muzinöses/kolloides oder Siegelringzell-Adenokarzinom in einem Polypen oder Dokumentation einer Polypektomie	8210/2 oder /3 Adenokarzinom in adenomatösen Polypen oder 8261/2 oder /3 Adenokarzinom in villösem Adenom oder 8263/2 oder /3 Adenokarzinom in tubulo-villösem Adenom

⁵⁹ n. Eble et al 2004⁶⁰ Siehe unten: Intraepitheliale Neoplasien (IEN). Hier gelten besondere Vereinbarungen, da die ICD-O-3.1 keine ausreichend differenzierte Verschlüsselungen zur Verfügung stellt.⁶¹ Scarlett et al 2011.⁶² CIN 2 wird in der Pathologie des Klinikums der Universität Heidelberg in der zweistufigen Einteilung von low grade und high grade als high grade eingestuft und deswegen unter IEN Grad 3, d. h. als Carcinoma in situ angesehen (Persönl. Rücksprache am 01.08.2011, mit Prof. P. Sinn, Gynäkologische Pathologie, Universitäts-Frauenklinik Heidelberg).⁶³ Recavarren et al 2011.

8340/3 Papilläres Karzinom, follikuläre Variante	Papilläres Adenokarzinom o. n. A. 8260/3 zu kodieren
Follikuläres und papilläres Karzinom der Schilddrüse	Papilläres Karzinom, follikuläre Variante 8340/3 zu kodieren
Invasive und in-situ Morphologie in <u>einem</u> Tumor	Invasive Morphologie kodieren; ein Tumor, in-situ Komponente ignorieren.
8000/3 Maligne Neoplasie und eine spezifischere Histologie oder 8010/3 Karzinom o. n. A. und spezifisches Karzinom oder 8070/3 Plattenepithelkarzinom o. n. A. und spezifisches Plattenepithelkarzinom oder 8140/3 Adenokarzinom o. n. A. und spezifisches Adenokarzinom (8148/3, 8210/3, 8230/3, 8261/3, 8263/3) oder 8720/3 Malignes Melanom o. n. A. und ein spezifisches Melanoma oder 8800/3 Sarkom o. n. A. und ein spezifisches Sarkom	Spezifischere Morphologie kodieren; ein Tumor
Mehrere spezifische oder eine unspezifische und mehrere spezifische Morphologien (s. u. Tabelle 3.6)	Angemessene Kombination aus Tabelle 3.6 wählen
Mehrere in Frage kommende Histologieziffern der gleichen Gruppe	Numerisch höhere Morphologieziffer

Tabelle 3.6 zeigt strukturell definierte Gewebemuster und –formen, die häufiger gleichzeitig in einem Tumor auftreten können, d. h. kombinierte Histologien. Diese voneinander abgrenzbaren Komponenten stellen eine histologische „Mischmorphologie“ dar, die einer Morphologieziffer zugeordnet werden müssen (siehe Spalte 1, 2, und 3 der Tabelle 3.6).

Tab 3.6 Bestimmungstabelle zur allgemeinen Verschlüsselung *gemischter* bzw. *kombinierter* Histologien in einem Tumor⁶⁴ (Mehrfachtumorregel ist zuerst anzuwenden).

Spalte 1	Spalte 2	Resultierende Kombinations- (Misch)Morphologie
Erforderliche erste Morphologie	Zweite oder weitere Morphologie(n)	Kombinierte resultierende Morphologie / Histologie (zu kodieren)
8041/3 Kleinzelliges Karzinom o. n. A. <u>und</u>	8012/3 Großzelliges Karzinom o. n. A. oder Irgendein Adenokarzinom (8140-8149, 8160-8163, 8190-8221, 8260-8337, 8350-8552, 8570-8576, 8940-8941) oder Irgendein Plattenepithelkarzinom (8051-8084)	8045/3 Kombiniertes kleinzelliges Karzinom, gemischtes kleinzelliges Karzinom
Plattenepithelkarzinom (8051-8084)	Basalzellenkarzinom (8090-8110)	8094/3 Basosquamöses Karzinom, gemischt basalzellig-platten-epitheliales Karzinom
Hepatozelluläres Ca und	Cholangiokarzinom	8180/3 Kombiniertes hepatozelluläres Karzinom und Cholangiokarzinom
Adenokarzinom und	Karzinoid	8244/3 Kombiniertes Karzinoid
Adenokarzinom und zwei oder mehr Morphologien der Spalte 2 oder zwei oder mehr Morphologien Spalte 2	- Papilläres Adenokarzinom - Klarzell- Adenokarzinom - Muzinöses (kolloides) Adenokarzinom, - Siegelringzellkarzinom, - Azinäres Adenokarzinom	8255/3 Adenokarzinom mit gemischten Subtypen; Adenokarzinom, kombiniert mit anderen Karzinom-Typen
Zwei kombinierte, gemischte Histologien der Spalte 2	- Myxoid - Rundzellig - Pleomorph	8855/3 Gemischtzelliges Liposarkom
Keimzelltumoren		
Embryonales Rhabdomyosarkom und	Alveoläres Rhabdomyosarkom	8902/3 Rhabdomyosarkom vom Mischtyp
Teratom und	Embryonales Karzinom	9081/3 Teratokarzinom
Teratom und eine oder mehr Morphologien der Spalte 2	-Seminom -Dottersacktumor (yolk-sac-tumor)	9085/3 Germinaler Misch tumor
Chorionkarzinom und eine oder mehr Morphologien der Spalte 2	-Teratom -Seminom -Embryonal	9101/3 Chorionkarzinom in Kombination mit sonstigen Keimzelelementen

3.2.6 Lokalisationsregeln von Mehrfachtumoren in Bezug auf „ein Organ“

Treten zwei oder mehrere Tumoren *gleicher* Morphologie *gleichzeitig*, also innerhalb von drei Monaten und an *mehreren* Lokalisationen *desselben* Organs, auf, wird Cxx.9 dieses Organs kodiert. Beispiel: synchrone Mehrfachtumoren der Zunge, gleiche Morphologie → Verschlüsselung ICD-O-3-Topographie C02.9 Zunge o. n. A., ein Tumor, multifokal. Diese „Neuner-Regel“, also die Organlokalisierung „o. n. A.“ gilt für alle *synchronen* histologisch zur gleichen Morphologiegruppe gehörenden Mehrfachtumoren in *einem* Organ.

⁶⁴ Johnson et al 2007.

Treten zwei oder mehr Tumoren *gleicher* Morphologiegruppe und zum *gleichen* Zeitpunkt oder *verschiedenen* Zeiten [> drei (3) Monate] in benachbarten Bezirken (mit unterschiedlicher ICD-O-3-Topographieziffer nach dem Punkt) desselben Organbereichs auf, wird die Lokalisation des ersten Tumors kodiert⁶⁵. Ausnahmen von dieser Regel sind organspezifisch festgelegt.

3.2.7 Dokumentation der Chemotherapie bei Mehrfachtumoren

Wird eine *systemische* Chemotherapie⁶⁶ durchgeführt, sind alle zu diesem Zeitpunkt im Körper eines Menschen vorhandenen Tumorzellen von dieser zytostatischen Behandlung betroffen.

Um die beabsichtigten oder unbeabsichtigten Wirkungen der Chemotherapie für den Verlauf des jeweiligen Tumors abschätzen zu können, ist folgende **Regel** einzuhalten:

Bei mehreren gleichzeitig vorhandenen Tumorkrankheiten wird eine Chemo- bzw. andere Systemtherapie nur zu dem Tumor verschlüsselt, gegen den die Chemotherapie gerichtet war.

Mögliche Co-Effekte gegen parallel bestehende Tumoren können bei Auswertungen untersucht werden, da alle Zeiträume möglicher Tumoren und deren Chemotherapie bekannt sind.

3.2.8 Allgemeine Vorgehensempfehlung bei Mehrfachtumoren und –morphologien

1. Schritt:

Gehört der Tumor zu einem organspezifischen Bereich? Wenn Ja → Frage des Mehrfachtumors Ja oder Nein mittels Organspezifischen Handbuchs lösen. Wenn Nein → Frage des Mehrfachtumors mittels der Regeln im vorliegenden Allgemeinen Handbuch und der organspezifischen Handbücher 2017, wo zutreffend, lösen.

Die Dokumentationsregeln bei Mehrfachtumoren, -morphologien und –histologien sind teilweise organspezifisch festgelegt und in Verschlüsselungstabellen der „Organspezifischen Dokumentationen“ angegeben. Tabelle 3.8 zeigt die Titel der Organspezifischen Dokumentations-Handbücher des NCT-Krebsregisters 2017, in denen neben den spezifischen Histologien spezifische Anleitungen zur Verschlüsselung von Mehrfachtumoren enthalten sind.

Tab 3.8 Organspezifische Verschlüsselung bei Mehrfachtumoren und –morphologien

Organbereich	Organspezifische Dokumentation bei Mehrfachtumoren und Mehrfachmorphologien (s. spezifisches Handbuch)
Tumoren der Haut	→ Mehrfachtumoren des Malignen Melanoms
Neoplasien der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe	→ Mehrfachtumoren der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe
Tumoren der Harnwegsystems und männlichen Geschlechtsorgane	→ Mehrfachtumoren der Niere → Mehrfachtumoren der ableitenden Harnwege

⁶⁵ Demaret et al 2004.

⁶⁶ Siehe die Definition „Chemotherapie“ im Datenfeld „Chemotherapie Ja, Nein, f. A.“

Tumoren der Lunge, Pleura, Thymus u. Herz	→ Mehrfachtumoren der Lunge
Tumoren des Verdauungssystems	→ Mehrfachtumoren des Kolons
Tumoren des ZNS	→ Mehrfachtumoren der benignen und Borderline ZNS-Tu → Mehrfachtumoren der malignen ZNS-Tumoren
Tumoren der Brust	→ Mehrfachtumoren Brust
Tumoren der weiblichen Fortpflanzungsorgane	→ Mehrfachtumoren weiblichen Fortpflanzungsorgane
Tumoren des Kopfes und Halses	→ Mehrfachtumoren Kopf-Hals

Die hier (im Allgemeinen Handbuch) in den Verschlüsselungstabellen 3.4, 3.5 und 3.6 festgelegten Dokumentationsregeln für syn- und metachrone Mehrfachtumoren und Mehrfachmorphologien (*mehrere* Morphologien in *einem* Tumor, also *einer* räumlichen Tumormasse) **gelten für alle Tumoren, die nicht organspezifisch erfasst sind.**

2. Schritt:

Die allgemein gültigen Regeln zur Verschlüsselung von Mehrfachtumoren, –morphologien und –histologien anwenden:

- Welche Morphologiegruppierung? (s. o. Tabelle 3.1),
- Welche Seitenlokalisationsregel zutreffend? (s. o. Tabelle 3.2) und die
- Liegt ein Rezidiv, eine Metastase vor? Syn- oder metachrone Neoplasie als ein zweiter, dritter, etc. Tumor erkannt.

„Fernmetastase“ bedeutet, dass die neu aufgetretene Tumormasse in einer Primärtumor-fernen Körperregion auftritt, also nicht im Bereich des lokalen ehemaligen Tumorbettes oder seiner Ränder oder des regionären Lymphabflussgebiet des Primärtumors.

Zur Anwendung der Ausschlussregel ist die dokumentationstechnische Definition eines Rezidivs bzw. einer Metastase erforderlich (s. u.).

Tabelle 3.4 gibt die Anleitung für die Kodierung bei Mehrfachtumoren und -Morphologien solider Tumoren. Sie orientiert sich an den SEER MP/H-Regeln⁶⁷, die spezifische Dokumentationsanleitungen für das Vorgehen bei syn- und metachron auftretenden Mehrfachtumoren und –morphologien darstellen.

Für eine korrekte und benchmark-fähige Zählung von Tumoren und einer validen Bestimmung von Tumorinzidenzen in Krebsregistern ist die strikte Anwendung der Dokumentationsregeln bei Mehrfachtumoren bzw. Mehrfachmorphologien und Mehrfachhistologien unabdingbar.

Diese, auf der elementaren Ebene angesiedelten klinischen Registerregeln stimmen mit der mehr *epidemiologisch* orientierten (alten) IARC / IACR Regel 3, erster Satz „Nur ein einziger Tumor soll als in *einem* Organ, Organpaar oder Gewebe entspringend anerkannt werden“ **nicht**

⁶⁷ Johnson and Adamo 2007.

überein, die keine Hinweise zu Mehrfachtumoren hinsichtlich ihres zeitlichen Auftretens gibt. Die IARC-Regeln geben auch keine Hinweise zum Dokumentationsverfahren von syn- und meta-chron auftretenden, histologisch *verwandten* und / oder *nicht-verwandten* Neoplasien. Die SEER-Regeln zur Kodierung mehrfacher Primärtumoren werden in Abhängigkeit der *Morphologie* und dem *zeitlichem* Auftreten zweiter, dritter etc. Tumoren angewendet. Für einige solide Tumoren verschiedener Organe bzw. Organbereiche und systemischer Neoplasien gelten spezifische Regeln, für die übrigen anatomischen Bereiche die Regeln der Tabellen 3.4 - 3.6. Bei der Dokumentation von Mehrfachtumoren sind mehrere Faktoren, die mehr oder weniger hierarchisch geordnet sind, gleichzeitig zu beachten (Tabelle 3.4). Es empfiehlt sich, die Zeilen der Tabelle von oben nach unten abzuarbeiten.

Die dargestellten Regeln gelten für Klinische Krebsregister. Für epidemiologische Auswertungen sind geeignete Festlegungen zu treffen.

3.2.9 Dokumentationstechnische Definition eines Rezidivs und einer Metastase

Rezidiv bedeutet im ärztlich-onkologischen Sprachgebrauch „Rückfall“ der Erkrankung. Damit wird von Ärzten ein Wiederauftreten des Tumors lokal, in regionären Lymphknoten oder in entfernten Organen (Metastase) bezeichnet.

In der Krebsdokumentation werden Rezidiv und Metastase unterschieden.

1. Lokalrezidiv = klinisch oder pathohistologisch nachgewiesenes Wiederauftreten von Tumorgewebe oder -zellen am Ort oder an den Rändern des Primärtumors.
2. Regionäres Rezidiv = klinisch oder pathohistologisch nachgewiesenes Wiederauftreten von Tumorgewebe oder -zellen im *regionären* Lymphabflussgebiet des ehemaligen Primärtumors („regionäres Rezidiv“). **Dokumentationstechnisch werden Lokalrezidiv und regionäres (LK-) Rezidiv, zusammen oder einzeln auftretend, als „Lokalrezidiv“ definiert.**
3. Eine neu aufgetretene Tumormasse in einer Primärtumor-fernen Körperregion wird als *Metastase* bezeichnet. **Eine Metastase ist dokumentationstechnisch eine klinisch und/oder pathohistologisch nachgewiesene Absiedlung von Tumorzellen oder Tumorgewebe in ein entferntes Organ** (Liste der Organe, in die der Tumor metastasiert ist, siehe Fernmetasen in M13). Eine Absiedlung in regionäre Lymphknoten, in der Klinik oft als Lymphknotenmetastasen bezeichnet, ist dokumentationstechnisch keine Metastase sondern ein Rezidiv, eine Metastasierung in das Lymphsystem über das regionäre Lymphabflussgebiet hinaus sehr wohl. Eine Metastase⁶⁸ in ein entferntes Lymphnotengebiet wird also *tumordokumentationstechnisch* als

⁶⁸ Tochterabsiedlung, „Filia“ eines Primärtumors. Bei mehreren Absiedlungen = „Filiae“ (Töchter).

„Fernmetastase“ erfasst. Der Begriff Rezidiv soll dokumentationstechnisch ausschließlich im Sinne von „Lokalrezidiv“ bzw. „Regionärrezidiv“ gebraucht werden.

Die Dokumentation von Rezidiv und Metastase erfolgt im Verlaufsmodul Modul 13 des NCT-Krebsregisters. Wird ein lokales- oder/und regionäres Rezidiv oder/und eine (Fern-)Metastase festgestellt, sind immer das Datum der Untersuchung und der Befund in M13 „Aktueller Tumorstatus“ zu kodieren.

3.2.10 Dokumentationsrichtlinien bei Mehrfachtumoren nach IARC / IACR⁶⁹

Die Richtlinien zur Verschlüsselung von Mehrfachtumoren nach IARC / IACR sind Empfehlungen des Europäischen Netzwerks der epidemiologischen Krebsregister ENCR, IARC und IACR. Damit national und international Vergleiche durchgeführt werden können, sind diese für epidemiologische Auswertungen geltenden Richtlinien anzuwenden.

Für die klinische Dokumentation bei soliden Mehrfachtumoren gelten die Verschlüsselungsempfehlungen der Tabellen 3.4, 3.5 und 3.6 dieses Handbuchs sowie die NCT-Handbücher der Organspezifischen Dokumentationen.

ENCR, IARC und IACR⁷⁰ haben (epidemiologisch orientierte) Empfehlungen publiziert, wie mehrere, syn- oder metachron auftretende Primärtumoren zu dokumentieren sind. Die direkt übersetzten Regelsätze sind fett, Ergänzungen normal gedruckt. Im Vergleich zu den IARC-Empfehlungen sind jedoch die (klinisch orientierten) Anleitungen nach Johnson and Adamo 2007 (SEER) genauer, leichter anzuwenden, umfassender und systematischer. Das klinische Krebsregister des NCT folgt den SEER-Regeln 2012 in abgewandelter Form, insbesondere hinsichtlich der Zeitregeln, wann ein neuer Tumor angelegt werden sollte.

1. Die Anerkennung der Existenz zweier oder weiterer Primärtumoren hängt nicht vom Zeitpunkt der Diagnose ab.

Dies bedeutet: zwei oder weitere Primärtumoren gleicher oder unterschiedlicher Histologie können gleichzeitig oder nacheinander, auch an gleicher Lokalisation, auftreten. Entscheidend dafür, ob es sich z. B. um *zwei* oder mehr histologisch gleiche oder unterschiedliche Primärtumoren oder *einen* Primärtumor und *eine* Metastase handelt, ist die histomorphologische Beurteilung des Tumorgewebes.

⁶⁹ Demaret et al (2004).

⁷⁰ Demaret et al 2004.

2. Eine primäre Neoplasie entsteht an einer bestimmten Lokalisation oder in einem bestimmten Gewebe und ist dementsprechend weder ein Fortsatz, noch ein Rezidiv, noch eine Metastase.“

Die Begriffe „Fortsatz“, „Rezidiv“ und „Metastase“ besagen, dass sie einem Ursprungstumor zugeordnet sind. Wenn der Pathologe ausschließen kann, dass dies der Fall ist, da das untersuchte Ausläufergewebe, die Histologie des Rezidivs und die Metastase nicht mit einem Ursprungstumor in Beziehung stehen, dann ist die Schlussfolgerung, dass zwei Primärtumoren vorliegen.

3. Nur ein einziger Tumor soll als in einem Organ, Organpaar oder Gewebe entspringend anerkannt werden. Einige Gruppen von Kodierungen werden für die Zwecke der Definition von Mehrfachtumoren als ein Organ angesehen. Diese Topographiekodierungsgruppen werden in Tabelle 3.7 gezeigt.

Multifokale Tumoren – d. h. diskrete Massen offensichtlich nicht in Kontinuität mit anderen primären Tumoren, entstanden an demselben Ursprungsort oder –gewebe, z. B. der Blase - werden als ein einziger Tumor gezählt.

4. Die Regel 3 gilt nicht unter zwei Umständen:

Systemische (oder multizentrische) Krebsformen, die potentiell viele verschiedene Organe einbeziehen, werden nur einmal pro Individuum gezählt. Diese sind das Kaposi-Sarkom (Gruppe 15 in Tabelle 3.1) und Tumoren des hämatopoietischen (und lymphoiden, ergänzt KHA) Systems (Gruppen 8-14 in Tabelle 3.1).

Neoplasien unterschiedlicher Morphologie sollten als unterschiedliche Tumoren angesehen werden (selbst wenn sie gleichzeitig an derselben Lokalisation diagnostiziert werden). Wenn die morphologischen Diagnosen in eine Kategorie der Tabelle 3.1 fallen und an derselben Primärlokalisation entstehen, werden sie als dieselbe Morphologie in Hinsicht des Zählens unterschiedlicher Primärtumoren angesehen. Wenn die morphologischen Diagnosen in zwei oder mehr der Kategorien der Tabelle 3.1 fallen, auch wenn sie dieselbe Lokalisation betreffen, wird die Morphologie als unterschiedlich angesehen, und es sollten zwei oder mehr Fälle gezählt werden“ (zwei Tumoren angelegt werden, KHA).

Einzelne Tumoren, die mehrere unterschiedliche Histologien enthalten, die in eine histologische Gruppe der Tab. 3.1 fallen, werden als ein einzelner Fall (ein Tumor) kodiert, wobei der numerisch höchste ICD-O-3.1-Morphologiekode benutzt wird.

Wenn jedoch eine Morphologie nicht spezifisch ist [Gruppe (5), (14) und (17)] und eine spezifische Morphologie vorhanden ist, sollte der Fall mit der spezifischen Histologie gemeldet und die nicht-spezifische Diagnose ignoriert werden.

3.2.11 Definition und Verschlüsselung „Intraepithelialer Neoplasien“ (IEN)

Das Gebiet der in situ „Intraepithelialen Neoplasien“ ist seit einigen Jahren einer patho-histologischen Bewertungswandlung unterworfen und in der Folge auch in einem dokumentarischen Umbruch begriffen. IEN unterschiedlicher Organbereiche werden zunehmend differenziert und seit einigen Jahren bevorzugt in zwei Kategorien – niedrig- und hochgradig – aufgeteilt. Dabei gelten neben den schon immer dokumentationspflichtigen, *hochgradigen* Dysplasien Grad 3 zunehmend auch Grad 2 intraepitheliale Veränderungen, z. B. der Mamma, als dokumentationspflichtig. Alle „Intraepitheliale Neoplasien Grad 3“ werden mit dem biologischen Verhaltenskode (Behavior-Kode) /2 „Carcinoma in situ, intraepithelial, nicht invasiv“ verschlüsselt, da sie definitionsgemäß die Basalmembran nicht durchbrechen.

Wird eine intraepitheliale Neoplasie mit mehreren Graden angegeben, z. B. VAIN Grad 2-3, synonym „VAIN II-III“ oder „VAIN II/III“, so soll der *niedrigere* Grad für die Dokumentation gelten und der Tumor ist dann nicht dokumentationsfähig (*kein* in situ Tumor).

Tabelle 3.9 zeigt die gebräuchlichen Abkürzungen für häufige Lokalisationen bei Intraepithelialen Neoplasien Grad 2-3, die Verschlüsselungstabelle 3.10 die zugehörigen Morphologieziffern nach ICD-O-3.1 2003, 1. Rev. 2011, Lokalisationen nach ICD-O-3-T und die zugehörigen ICD-10-Diagnosen. Die Morphologie-Bezeichnungen und –Ziffern des Allgemeinen Handbuchs 2017 und der Organspezifischen Handbücher 2017 folgen der aktualisierten ICD-O-3.1⁷¹.

Tab 3.9 Gebräuchliche Abkürzungen für in situ intraepitheliale Neoplasien einiger Lokalisationen

Anus	AIN 3
Eileiter	TIC
Endometrium	EIN
Kehlkopf	LIN 3
Leber, intrahepatische Gallengänge	BILN 3
Mamma	DIN 2, DIN 3, LIN 2, LIN 3
Ösophagus, Kolon	HGIN
Pankreas	PaIN (PanIN)
Penis	EIN 3
Prostata	PIN 3
Haut, Schleimhaut	SIN 3
Testikel	TIN
Vagina	VAIN 3
Vulva	VIN 3
Zervix	CIN 2 und CIN 3

⁷¹ DIMDI 2014.

Tab 3.10 Verschlüsselung häufiger Intraepithelialer Neoplasien (IEN) mit ICD-O-3.1-Morphologieziffer⁷², ICD-O-3-Lokalisation und ICD-10-Schlüsselziffer
(weitere Lokalisationen von IEN sind möglich und sollen verschlüsselt werden)

Akro- nym	Tumor ⁷³	ICD-O- 3.1-M	ICD-O- 3-T	ICD-10 GM 2017
AIN3	Anale intraepitheliale Neoplasie Grad 3, intraepitheliale Neoplasie Grad 3	8077/2	C21.0-1, C21.8	D01.3
BiIN3	Biliäre intraepitheliale Neoplasie, hochgradig, <i>syn Biliäre intraepitheliale Neoplasie Grad 3</i> ⁷⁴	8148/2	C23.9, C24.0-9	D01.5
CIN2	<i>Zervikale intraepitheliale Neoplasie Grad 2</i> ⁷⁵	8077/2	C53.0-1,	D06.0-1,
CIN3	<i>Zervikale intraepitheliale Neoplasie Grad 3</i> ⁷⁶ Intraepitheliale Neoplasie Grad 3		C53.8-9	D06.7, D06.9
DIN1c	Duktale intraepitheliale Neoplasie Grad 1c ⁷⁷ ,	8500/2	C50.0-9	D05.1
DIN2	Duktale intraepitheliale Neoplasie Grad 2,			
DIN3	Duktale intraepitheliale Neoplasie Grad 3, DCIS, Nichtinfiltrierendes intraduktales Karzinom o. n. A. (obso- let) ⁷⁸			
LIN2	Lobuläre intraepitheliale Neoplasie Grad 2 ⁷⁹ ,	8520/2	C50.0-9	D05.0
LIN3	Lobuläre intraepitheliale Neoplasie Grad 3, nichtinfiltrieren- des lobuläres Karzinom o. n. A., Lobuläres Carcinoma in situ o. n. A., LCIS o. n. A., nicht-invasives lobuläres Karzinom			
EIN	<i>Endometriale intraepitheliale Neoplasie Grad 3,</i> intraepitheliale Neoplasie Grad 3	8077/2	C54.1	D07.0
FIN	Flache intraepitheliale glanduläre Neoplasie, hochgradig; <i>syn</i> flache intraepitheliale Neoplasie (Dyplasie), hochgradig (<i>Grad</i> 3) (<i>Ampulla Vateri</i>)	8148/2	C24.1	D01.5
HGIN	Ösophageale squamöse intraepitheliale Neoplasie (Dyspla- sie), hochgradig (<i>Grad 3</i>)	8077/2	C15.0-9	D00.1
HGIN	Ösophageale glanduläre Dysplasie, hochgradig; <i>syn.</i> ösophageale intraepitheliale Neoplasie, hochgradig (<i>Grad 3</i>) (<i>High Grade Intraepitheliale Neoplasie, adenomatösen Ur- sprungs</i>) (<i>Ösophagus</i>)	8148/2	C15.0-9	D00.1
IDPIN	Intraduktales(r) papilläres(r) Neoplasma/Tumor mit hochgra- diger intraepithelialer Neoplasie; <i>syn</i> intraduktales(r)	8503/2	C22.1 C23.9 C24.0	D01.5
IZPIN	papilläres(r) Neoplasma / Tumor mit hochgradiger Dysplasie; Intrazystisches(r) papilläres(r) Neoplasma/Tumor mit hoch- gradiger intraepithelialer Neoplasie; <i>syn</i> intraduktales(r)			
IEN	<i>Intraepitheliale Neoplasie Grad 3 des Penis</i> , intraepitheliale Neoplasie Grad 3	8077/2	C60.0-3, C60.8	D07.6
IPMINI	Intraduktales papillär-muzinöses Neoplasma mit hochgradi- ger Dysplasie	8453/2	C25.1-3, C25.7-9	D01.7
ITPIN	Intraduktales tubulär-papilläres Neoplasma, hochgradig	8503/2	C22.1 C23.9 C24.0	D01.5
KIN	<i>Keratinozytische intraepidermale Neoplasie Grad 3</i> , Platten- epithel-Carcinoma in situ o. n. A., intraepitheliales Karzinom	8070/2	C44.0-9	D04.0-9

⁷² DIMDI 2014.⁷³ Die offizielle Bezeichnung der in situ Tumormorphologie nach ICD-O-3.1, aktualisiert 2011, in Normalschrift. Übliche Beschreibung der Morphologie in histologischen Befunden und zusätzliche, klinisch-pathologisch gebräuchliche Begriffe in *Kursivschrift*.⁷⁴ Die histomorphologische Beschreibung des BiIN3 in Kasper et al 2006 ordnet diese biliäre in situ Läsion eher als „8507/2 intraduktales mikropapilläres Karzinom“ ein (KHA); wir folgen den Empfehlungen der WHO 2011.⁷⁵ Siehe Zervixtumoren, Abschnitt 5.3. In: Tumoren der Brust und der weiblichen Geschlechtsorgane, Organspezifische Dokumentation 2012.⁷⁶ Siehe vorherige Fußnote.⁷⁷ Sinn et al 2010⁷⁸ Edge et al 2010. (AJCC Cancer Staging Manual, 7th ed).⁷⁹ Siehe Adzersen, Becker 2017(06), s. Kapitel 1.2, Anmerkung zur Morphologie 8520/2.

Akro- nym	Tumor ⁷³	ICD-O- 3.1-M	ICD-O- 3-T	ICD-10 GM 2017
	o. n. A.			
MZINI	Muzinös-zystischer Tumor mit hochgradiger Dyplasie; syn muzinös-zystisches Neoplasma mit hochgradiger intraepithelialer Neoplasie, muzinös-zystisches Neoplasma mit hochgradiger Dysplasie	8470/2	C25.1-3, C25.7-9	D01.7
PaIN	Pankreatische intraepitheliale Neoplasie Grad 3	8148/2	C25.0-9	D01.7
PIN3	Glanduläre intraepitheliale Neoplasie Grad 3, prostatistische intraepitheliale Neoplasie Grad 3	8148/2	C61.9	D07.5
PPBIN	Papilläres Neoplasma pankreato-biliären Typs mit hochgradiger intra-epithelialer Neoplasie; syn nicht-invasives pankreato-biliär-papilläres Neoplasma mit hochgradiger Dysplasie, nicht-invasives pankreato-biliär-papilläres Neoplasma mit hochgradiger intraepithelialer Neoplasie (<i>Ampulla Vateri</i>)	8163/2	C24.1	D01.5
TIC	Tubales intraepitheliales Carcinom Grad 3, intraepitheliale Neoplasie Grad 3	8077/2	C57.0, C57.8-9	D07.3
TIN	Testikuläre intraepitheliale Neoplasie Grad 3, maligne intratubuläre Keimzellen, germinales Carcinoma in situ	9064/2	C62.0-1, C62.9	D07.6
VaIN3	Vaginale intraepitheliale Neoplasie Grad 3, intraepitheliale Neoplasie Grad 3	8077/2	C52.9	D07.2
VIN3	Vulväre intraepitheliale Neoplasie Grad 3, intraepitheliale Neoplasie Grad 3	8077/2	C51.0-2, C51.8-9	D07.1
	Adenokarzinoma in situ o. n. A.	8140/2	C00-C75, C80.9	D00.0- D09.9

3.2.12 Verschlüsselung der Adenokarzinome bei mehrdeutiger Wortwahl im histologischen Bericht

Adenokarzinome des Magens, der Ampulla Vateri, des Duodenums, Dünndarms, der Appendix, des Kolons und Rektums

Hauptsächliche Varianten des Adenokarzinoms o. n. A. sind⁸⁰:

- 8480/3 Muzinöses Adenokarzinom
- 8490/3 Siegelringzellkarzinom
- 8510/3 Medulläres Karzinom o. n. A.
- 8213/3 Serrated adenocarcinoma
- 8201/3 Kribriiformes Adenokarzinom vom Comedo-Typ
- 8265/3 Mikropapilläres Karzinom o. n. A.

Varianten des Adenokarzinoms mit < 50% der o. g. spezifischen Anteile werden mit Adenokarzinom o. n. A. kodiert. Gleichwertig für weniger als 50% gilt: „geringe Anteile“, „Komponente“, „wenige Anteile“, „fokal“, u. a.

⁸⁰ Bosman et al 2010, S. 137 ff.

Varianten des Adenokarzinoms mit $\geq 50\%$ der o. g. spezifischen Anteile werden mit der spezifischen Morphologieziffer kodiert. Gleichwertig für größer als 50%-Anteil gilt: „überwiegend“, „große Anteile“, „mehrheitliche Komponente“, u. a.

Werden zwei Komponenten innerhalb eines Tumors mit 50% zu 50% beschrieben, wird die höhere M-Ziffer gewählt.

Werden zwei oder mehr der o. g. möglichen Komponenten innerhalb eines Tumors beschrieben, wird Adenokarzinom o. n. A. kodiert.

Tab 3.11 Verschlüsselung der Adenokarzinome des Vorder-, Mittel- und Enddarmes bei entsprechender Wortwahl im histologischen Bericht

Tumorbeschreibung in Histologieberichten	Erläuterung	Zu kodierende M-Ziffer
„Adenokarzinom, überwiegend muzinöses“	„überwiegend muzinös“ entspricht $> 50\%$ Anteil von extrazellulärem Muzin $> 50\%$ ⁸¹ .	8480/3
„Adenokarzinom mit $> 50\%$ muzinösem Anteil“	„überwiegend muzinös“ entspricht $> 50\%$ Anteil von extrazellulärem Muzin $> 50\%$ ⁸² .	8480/3
„Adenokarzinom, teilweise muzinös“ oder „fokal schleimbildend“	Anteil von extrazellulärem Muzin $< 50\%$ ⁸³ . „geringe muzinöse Anteile“ = $< 50\%$	8140/3
„Adenokarzinom, teilweise muzinös, teilweise siegelzellringartig“	Muzin-Anteil $< 50\%$ Siegelringzell-Anteil $< 50\%$	8140/3
„Adenokarzinom mit siegelringzelliger Komponente“	Komponente wird meist als ein bestimmter Anteil eines Ganzen verstanden, der weniger als die Hälfte des Ganzen ausmacht.	8140/3
„Adenokarzinom mit siegelringzelliger Differenzierung“	Wenn das Adenokarzinom i. S. einer <i>spezifische Differenzierung</i> bezeichnet wird, wird das spezifische Adenokarzinom, hier „Siegelringzell“ kodiert.	8490/3
„Adenokarzinom 30% kribriform“	Anteil kribriform $< 50\%$	8140/3
„Adenokarzinom überwiegend muzinös, teilweise siegelringzellartig“	Anteil von extrazellulärem Muzin $> 50\%$.	8480/3
„Adenokarzinom mit tubulären, kribriformen, soliden, siegelringzellartigen Anteilen“	Anteile mehrerer Komponenten	8140/3
„Adenokarzinom, gering verschleimend“ „Adenokarzinom abschnittsweise schleimbildend“ „Papilläres Adenokarzinom, teilweise schleimbildend“	„geringer“ Anteil Schleim entspricht $> 50\%$	8140/3
„Siegelringzellartiges, intra- und extrazellulär verschleimendes Adenokarzinom“	Siegelringzellkomponente und verschleimend, ohne % Angabe % Anteile, Wahl der höheren M-Ziffer	8490/3
„Adenokarzinom mit Nachweis von Siegelringzellen“	Keine %-Angaben; Siegelringzellen offenbar nachrangig	8140/3
„Wenig differenziertes Adenokarzinom“ oder „schlecht differenziertes Karzinom“ oder „anaplastisches“ Karzinom, auch wenn Teilaspekte andere sind, z. B. „invasiv-duktales“	„Wenig differenziertes“ oder „anaplastisches“ Adenokarzinom“ wird als „Undifferenziertes Karzinom o. n. A.“ ⁸⁴ kodiert, da dieser Anteil wahrscheinlich die Prognose bestimmt	8020/3

⁸¹ Bosman et al 2010, S. 137.

⁸² Bosman et al 2010, S. 137.

⁸³ Bosman et al 2010, S. 137.

⁸⁴ Bosman et al 2010, S. 138.

Teilaspekt“, etc.		
„Muzinöses Zystadenom mit Übergang in ein mäßig differenziertes Adenokarzinom“	Entspricht wahrscheinlich einem „Muzinösen zystischen Tumor mit Borderline-Malignität“	8472/1
„Tubuläres Adenokarzinom“		8211/3

Anmerkung zu den pankreatischen Adenokarzinomen

Der häufigste Pankreastumor ist das „Invasive duktales Karzinom o. n. A. 8500/3“, synonym: „invasives duktales Adenokarzinom“.

Hauptsächliche histologische Varianten des invasiven duktales Adenokarzinoms des Pankreas 8500/3 sind⁸⁵:

8480/3 Muzinöses Adenokarzinom (*muzinöses non-zystisches Karzinom*), kolloidales Adenokarzinom

8576/3 Hepatoides Karzinom

8510/3 Medulläres Karzinom

8552/3 Gemischtes azinär-duktales Karzinom

8154/3 Maligner gemischter Inselzell-endokriner und exokriner Pankreastumor,

Gemischt azinär-endokrin-duktales Karzinom,

Gemischt azinär-endokrines Karzinom,

Gemischt duktales-endokrines Karzinom,

Gemischtes endokrines und exokrines Adenokarzinom

Gemischtes Inselzell- und exokrines Adenokarzinom

8490/3 Siegelringzellkarzinom

8560/3 Adenosquamöses Karzinom

8020/3 Undifferenziertes Karzinom

8035/3 Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen (*undifferenziertes Karzinom*)

Tab 3.12 Verschlüsselung der Adenokarzinome des Pankreas entsprechend der Wortwahl im histologischen Bericht

Formulierung im Histologiebericht	Erläuterung	M-Schlüssel
„Partiell schleimbildendes, partiell siegelringzellhaltiges, schlecht differenziertes duktales Adenokarzinom des Pankreas“	Das duktales Adenokarzinom des Pankreas wird in „Gut differenzierte“, „mäßig differenzierte, duktales-ähnliche Strukturen und tubuläre Drüsen“ und „schlecht differenzierte Drüsen, abortive muko-epidermoide und pleomorphe Struktur“ den respektiven Grad 1, Grad 2 und Grad 3 eingeteilt. Die Beschreibung in der Spalte links entspricht eindeutig einem Grad 3 eines duktales Adenokarzinoms	8500/3
„Azinuszellkarzinom mit neuroendokriner Differenzierung“	Die Beschreibung entspricht ziemlich genau der neuen ICD-O-3.1 2014-Beschreibung eines gemischt-neuroendokrinen Tumors des Pankreas	8154/3

⁸⁵ Bosman et al 2010, S. 292 ff.

4 ALLGEMEINE MERKMALE, DATENSATZBESCHREIBUNG UND STANDARDS DER DOKUMENTATION

4.1 Aufgabe

Kapitel 4 des Handbuches des NCT-Krebsregisters beschreibt

- den Kerndatensatz des NCT-Krebsregisters; er umfasst die Datenfelder, die routinemäßig zu dokumentieren von der NCT-Leitung und dem NCT-Krebsregister angestrebt wird;
- den Datensatz der Zentralen Erfassung im NCT-Krebsregister; er umfasst die Datenfelder, die derzeit (Stand 01.01.2012) für alle Tumoren verbindlich zu kodieren sind;
- den Datensatz des Landeskrebsregister Baden-Württemberg (KRBW); die Pflichtfelder dieses Datensatzes werden derzeit vollständig, die Options- oder „Kann“-Felder werden im NCT-Krebsregister mehrheitlich dokumentiert.

Die Definitionen und Regeln, nach denen die Merkmalsausprägungen des *NCT-Kerndatensatzes*, der *Zentralen Erfassung* und des *KRBW-DS* verschlüsselt werden, sind in sich konsistent und miteinander kompatibel. (Einige Namen der KRBW-Datenfelder sind gegenüber den Namen der NCT-Felder unterschiedlich, aber leicht zu identifizieren, da die Synonyme für die KRBW-Namen in den NCT-Datenfeldbeschreibungen immer aufgenommen worden sind).

Den Merkmalsbeschreibungen liegen Definitionen und Verschlüsselungsregeln zugrunde, die auf internationalen, europäischen und nationalen Standards beruhen. Dies gilt auch für die *organspezifischen Merkmale*. Besonderheiten, Abweichungen oder spezifische Regeln werden in den Organspezifischen Dokumentations-Handbüchern des NCT-Krebsregisters 2017 der jeweiligen organ- bzw. abteilungs-spezifischen Tumordokumentationen explizit beschrieben.

Meldungen an das KRBW erfolgen aus den Datenfeldern der Zentralen Erfassung im NCT-Krebsregister.

4.2 NCT-Kerndatensatz

Tabelle 4.1 listet die Kerndatensatzfelder des NCT. Spalte vier „Zentrale Erfassung“ bezeichnet diejenigen Merkmale, die als Arbeitsfunktionsfelder derzeit (Stand 01.01.2014) routinemäßig für alle auftretenden Tumoren des Klinikums Heidelberg / des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen registriert werden. Spalte fünf bezeichnet das Modul im NCT-Krebsregistersystem, in dem das Datenfeld gefunden wird. Die Merkmale des Kerndatensatzes sind nach sechs Bereichen geordnet:

- Demographische Daten
- Tumordiagnose, Stadium, Patientenmerkmale
- Primärtherapie
- Verlauf
- Vitalstatus / Patientenstatus im Register
- Organisatorische Daten

Alle zu dokumentierenden allgemeinen Merkmale des Kerndatensatzes werden in Abschnitt 4.6 einzeln mit Feldnamen, Definition, Begründung der Dokumentation des Merkmals, Synonymen, Datentyp, möglichem Datenbereich, Verschlüsselungshinweisen, Gültigkeitsregeln, Prüfungsregeln, Referenzen, Referenzorganisationen, etwaigen Kommentaren und spezifischen Anmerkungen zum NCT-Krebsregister Heidelberg dargestellt.

Der Kerndatensatz enthält als Untermengen die Datenfelder für die Zentrale Erfassung (ZE) und das Krebsregister Baden-Württemberg (KRBW). Die über den Kerndatensatz hinausgehenden Datenfelder sind in den „Organspezifischen Datensätzen“ wie z. B. dem „Datensatz Mammakarzinom“, „Datensatz Urologie“, „Datensatz Multiples Myelom“, etc. enthalten. Wenn „Kerndatensatz“ im NCT-Krebsregister aufgerufen wird, erscheinen die in Tabelle 4.1 unter der „Spalte Kerndatensatz“ durch „1“ bezeichneten Felder. Der Kerndatensatz enthält derzeit (01.01.2012) 109 Felder mit den entsprechenden Merkmalen.

Tab 4.1 NCT-Kerndatensatz, Datensatz des Landeskrebsregisters Baden-Württemberg (KRBW), Datensatz der Zentralen Erfassung des NCT-Krebsregisters und Module im NCT-Krebsregister

Merkmal / Feldname	NCT-Kern-DS	KRBW alle Felder ⁸⁶	KRBW Pflicht Ja/Nein ⁸⁷	Zentrale Erfassung ⁸⁸	NCT-Modul ⁸⁹
DEMOGRAPHISCHE DATEN (STAMMDATEN)					
Patientenidentifikator	1	1	1	1	M00
Name	1	1	1	1	M00
Vorname(n)	1	1	1	1	M00
Geburtsname	1	1	1	1	M00
Andere(r), frühere(r) Name(n), Namenszusatz, Titel	1	1	1	1	M00
Geburtsdatum	1	1	1	1	M00
Geschlecht	1	1	1	1	M00
Geburtsort /-land	1	0	0	0	M00
Staatsangehörigkeit / Nationalität	1	1	1	1	M00
Sprache(n) (lt. ISH)	1	0	0	0	M00
Anschrift Land	1	1	1	1	M00
Anschrift PLZ	1	1	1	1	M00
Anschrift Wohnort	1	1	1	1	M00
Anschrift Straße	1	1	1	1	M00
Anschrift Hausnummer	1	1	1	1	M00
Anschrift „Ohne festen Wohnsitz“	1	1	1	1	M00
Gemeindekennziffer	1	1	1	1	M00
Telefonnummer	1	0	0	1	M00
Versichertenstatus	1	1	1	1	M00

⁸⁶ Spalte „KRBW Alle Datenfelder“: 1 = Datenfeld vorhanden, möglichst kodieren. 0 = Datenfeld nicht vorhanden.

⁸⁷ Spalte „KRBW Pflicht Ja/Nein“: 1 = Pflichtfeld; 0 = Datenfeld Optionsfeld = Kann-Feld.

⁸⁸ In der Spalte „Zentrale Erfassung (NCT-R-ZE)“ sind die im Jahr 2012 in der Dokumentationszentrale des NCT-Krebsregisters tatsächlich erfassten Merkmal mit der Ziffer 1 bezeichnet = Datenfeld muss und wird kodiert. 0 bedeutet: dieses Datenfeld wird bei der Zentralen Erfassung derzeit (01.01.2012) nicht kodiert. Sämtliche im Klinikum der Universität Heidelberg einschließlich des NCT erfassten Neoplasien werden mittels der „1“-Zentraldatensatzfelder dokumentiert. Onkologische Abteilungen der Pädiatrie, Urologie, Brust und Strahlenonkologie dokumentieren darüber hinaus weitere Datenfelder.

⁸⁹ Spalte „NCT-Modul“: Modul im NCT-Krebsregister, in dem das Datenfeld aufzusuchen ist.

Merkmal / Feldname	NCT- Kern-DS	KRBW alle Felder ⁸⁶	KRBW Pflicht Ja/Nein ⁸⁷	Zentrale Erfas- sung ⁸⁸	NCT- Modul ⁸⁹
TUMORDIAGNOSE, TUMOR-/PATIENTENMERKMALE, STADIUM			0 0 0		0
Datum Anmeldung	1	0	0	0	M01
Datum Erstvorstellung	1	0	0	1	M01
Primärer Grund der Erhebung ⁹⁰	1	0	0	1	M01
Diagnoseanlass (Anlass Malignomdiagnostik)	1	1	1	0	M02
Durchführende Institution (Diagnostik, Therapieplan)	1	0	0	1	M03
Datum* Diagnose	1	1	1	1	M01
Diagnose n. ICD-10	1	1	1	1	M01
Leistungszustand nach ECOG / Karnofsky	1	0	0	0	M02
Komorbidität n. ICD-10	1	0	0	0	M02
Patientenaufklärung	1	1	1	1	M03
Patientenwiderspruch	1	1	1	1	M03
ICD-O Version	1	1	1	1	M03
Lokalisation Primärtumor (ICD-O-3-Topographie)	1	1	1	1	M03
Seitenlokalisierung	1	1	1	1	M03
Histologie (ICD-O-3.1-Morphologie)	1	1	1	1	M03
Grading	1	1	1	1	M03
Fokalität	1	0	0	1	M03
Diagnosesicherheit (Histol. Diagnosesicherung, etc.)	1	1	0	1	M03
TNM Version u. andere Klassifik. des Stadiums	1	1	0	1	M03
Stadium	1	1	0	1	M03
Fernmetastasen nachgewiesen (bei Diagnose)	1	1	1	1	M03
Fernmetastasenlokalisierung (bei Diagnose)	1	1	1	1	M03
L-Klassifizierung	1	1	0	0	M05
V-Klassifizierung	1	1	0	0	M05
Pn-Klassifizierung	1	1	0	0	M05
Anzahl befallene Lymphknoten	1	1	0	0	M05
Anzahl untersuchte Lymphknoten	1	1	0	0	M05
Sicherheitsabstand minimal	1	0	0	0	M05
Datum* Tumorkonferenz	1	0	0	0	M04
Therapieplan Primärtherapie	1	0	0	1	M03
Studieneinschluss	1	0	0	0	M06
PRIMÄRTHERAPIE	0	0	0	0	
Chirurgische / operative Therapie(n) ja nein f. A.	1	1	1	1	M07
Durchführende Institution	1	0	0	1	M07
Datum* OP	1	1	1	1	M07
Tumorresektion im Gesunden (lokale R-Situation)	1	1	0	0	M05,M07
OPS-Version	0	0	1	1	M07
OPS	1	1	1	1	M07
Chemotherapie ja nein f. A.	1	1	1	1	M08
Durchführende Institution	1	0	0	1	M08
Art der Chemotherapie (Protokolle / Substanzen)	1	0	0	0	M08
Beginn Chemotherapie*	1	1	1	1	M08
Ende Chemotherapie*	1	1	0	0	M08
Abbruch Chemotherapie	1	1	0	1	M08
Anzahl durchgeführter Zyklen	1	0	0	0	M08
Strahlentherapie ja nein f. A.	1	1	1	1	M09
Durchführende Institution	1	0	0	1	M09
Applikationsart Strahlentherapie	1	0	0	1	M09
Verwendetes Radionuklid	1	1	0	0	M09
Beginn Strahlentherapie*	1	1	1	1	M09
Ende Strahlentherapie*	1	1	0	0	M09

⁹⁰ Wird ab ED 01.10.2010 bei „Zweitmeinung“ immer kodiert.

Merkmal / Feldname	NCT- Kern-DS	KRBW alle Felder ⁸⁶	KRBW Pflicht Ja/Nein ⁸⁷	Zentrale Erfas- sung ⁸⁸	NCT- Modul ⁸⁹
Abbruch Strahlentherapie	1	1	0	1	M09
Kumulative Gesamtdosis (in Gy)	1	0	0	0	M09
Stammzellsammlung / -transplantation ja nein f. A.	1	0	0	1	M10
Durchführende Institution	1	0	0	1	M10
Stammzelltransplantation durchgeführt	1	1	1	1	M10
Art der Stammzelltransplantation	1	1	0	1	M10
Art der Beendigung Stammzelltransplantation	1	1	0	1	M10
Datum Stammzelltransplantation*	1	0	1	1	M10
Hormon-, Immun-, sonstige Therapie(n) ja nein f. A.	1	1	1	1	M18
Durchführende Institution	1	0	0	1	M18
Beginn Hormon-/ Immun-/ andere Therapie*	1	1	1	1	M18
wenn ja: Medikament / Substanz	1	0	0	0	M18
Abbruch Hormon-Immun-/ andere Therapie	1	1	0	1	M18
Datum Unerwünschtes Ereignis (UE)	1	0	0	0	M07-10,18
Therapiemodalität und UE	1	0	0	0	M07-10,18
Klassifikation UE	1	0	0	0	M07-10,18
Unerwünschtes Ereignis (UE)	1	0	0	0	M07-10,18
Schweregrad UE	1	0	0	0	M07-10,18
Definitive R-Klassifikation (postprimärtherapeutische)	1	1	0	1	M03, M13
Datum* R-Klassifizierung	1	0	0	1	M03
VERLAUF	0	0	0	0	
Datum* Verlaufsuntersuchung(en)	1	1	1	1	M13
Durchführende Institution (Verlaufsuntersuchung)	1	0	0	1	M13
Status Primärtumor	1	0	0	1	M13
Status Regionäre Lymphknoten	1	0	0	1	M13
Status Fernmetastasen	1	0	0	1	M13
Fernmetasenlokalisierung (im Verlauf)	1	1	1	1	M13
Datum* Fernmetastase (im Verlauf)	1	1	1	1	M13
Klassifikation Remissionsstatus	1	0	0	1	M13
Remissionsstatus („Tumorgeschehen“)	1	1	1	1	M13
NCT-Beratungsdienst(e)	1	0	0	0	M20
Durchführende Institution Beratungsdienst(e)	1	0	0	0	M20
Datum* Beratungsdienst(e)	1	0	0	0	M20
Begleittherapie(n)	1	0	0	0	M20
VITALSTATUS / REGISTERSTATUS PATIENT	0	0	0	0	
Datum* letzte Information	1	1	1	1	M16
Quelle letzte Information	1	0	0	1	M16
Vitalstatus / Registerstatus Patient („Abschlussgrund“)	1	1	1	1	M16
Sterbedatum*	1	1	1	1	M16
Tod tumorbedingt	1	1	1	1	M16
ORGANISATORISCHE DATEN	0	0	0	0	
Mitbehandelnde Versorgungseinrichtungen / Ärzte	1	0	0	0	M19
Mitbehandelnde Ärzte / Ärztepartner	1	1	0	0	M19
	109	66	48	76	

*

Blaue Schrift

0 oder 1 in Spalte „KRBW Pflicht ja/nein“

→ Kennzeichnungspflicht bei Schätzung des Datums

→ automatisch aus ISH-med

→ 1 = Pflichtfeld KRBW = Mussfeld für Kliniken und Tumorzentren;

→ 0 = Kein Pflichtfeld

4.3 Zentrale Erfassung

Die Aufgabe der Zentralen Erfassung (ZE) ist es, durch geeignete Suchverfahren im Krankenhausinformationssystem (KIS) und Abgleiche mit dem NCT-Krebsregister alle in den NCT-Institutionen auftretenden Neoplasien und alle Patienten mit einem onkologischen Bezug zu identifizieren und im Falle eines positiven Befundes im NCT-Krebsregister zu erfassen.

Die Erfassung der onkologischen Patienten erfolgt in zwei Schritten:

Erster Schritt: Quartalsweise Suche und Extraktion der ambulanten und stationären Erkrankungsfälle mit onkologischem Bezug nach ICD-10–Diagnosegruppen entsprechend Tabelle 2.1 aus dem Krankenhausinformationssystem ISH-med.

Zweiter Schritt: Die gefundenen Patienten mit onkologischem Bezug werden über Listen nach den in Kapitel 2 und 3 festgelegten Regeln dokumentiert. Dies sind alle Tumorpatienten mit Histologien der biologischen Verhaltenscodes /1, /2, /3 und /9 und zusätzlich alle primären intrakraniellen und ZNS-Neubildungen mit einem Verhaltenskode /0.

Ziel ist, alle im NCT und Klinikum Heidelberg ratsuchenden und behandelten Patienten mit onkologischem Bezug möglichst *vollzählig und vergleichsweise zeitnah* zu erfassen. Dies schließt die kurzdokumentarische Erfassung von Neoplasien in Bereichen ein, in denen nur Zweitmeinungskonsultationen, Tumorkonferenzen, spezifische Therapien, etc. bei *externen* Patienten durchgeführt werden.

Da im Rahmen der zentralen Erfassung (ZE) in aller Regel viele Patienten zu bearbeiten sind, wird eine Beschränkung der Erfassung auf einige wenige Felder, die zur Charakterisierung des betreffenden Tumors unerlässlich sind, vorgenommen (s. Tabelle 4.1). Die *demographischen* Daten werden *automatisch* aus dem Krankenhausinformationssystem (ISH-med) übernommen. Die restlichen in Tabelle 4.1 in Spalte „Zentrale Erfassung“ mit „1“ bezeichneten, nicht-demographischen „onkologischen“ Felder, insgesamt 57, sind von den Dokumentarinnen des NCT-Krebsregisters verbindlich zu kodieren. Bei deren Erhebung sind die unten erläuterten Regeln verbindlich. Wenn nicht explizit abweichend vereinbart, ist es ausdrücklich *nicht erwünscht*, dass fallbezogene zusätzliche *Daten*, die *nicht* zur Menge des Zentralen Erfassungsdatensatzes *gehören*, aber bei den erforderlichen Recherchen im ISH auch sichtbar werden, „nebenher“ *mit dokumentiert werden*. Der damit erfahrungsgemäß verbundene Zeitaufwand würde die angestrebte Zeitnähe des gesamten Procedere der zu dokumentierenden Erkrankungsfälle gefährden.

Gleichwohl ist bei der Zentralen Erfassung auf die Genauigkeit der erfassten Angaben zu achten. Insbesondere muss beispielsweise die *Unterscheidung zwischen Angaben zur Primärdiagnose und dem weiteren Verlauf* gewahrt werden. Für die angegebenen Merkmale (Ziffer „1“ in Spalte „Zentrale Erfassung“ der Tabelle 4.1) gilt Dokumentationspflicht: das heißt, *alle* „1“-Felder müs-

sen ausgefüllt werden, da sie teilweise *Pflichtfelder* für das KRBW darstellen. Sind keine Daten auffindbar, ist „fehlende Angabe“ oder „unbekannt“ einzugeben.

Für eine ausführlichere Dokumentation können später im Registerdokument, falls erforderlich, weitere onkologische Daten in den Datensatz dieses Patienten problemlos aufgenommen werden. Auch in der Übersicht sind die Daten der Zentralen Dokumentation sichtbar.

4.4 Anmerkungen zum Datensatz des Krebsregisters Baden-Württemberg

In Tabelle 4.1 sind die Datenfelder des Landeskrebsregisters in der Spalte „KRBW – alle Felder“ mit „1“ gekennzeichnet, in der Spalte „KRBW Pflicht Ja/Nein“ die Pflicht-Ja mit „1“, die Pflicht-Nein mit „0“ (Kann-Felder).

Die *Stammdaten* werden über eine laufende ISH-Schnittstelle eingelesen, wenn ein Patient angelegt wird. Der Abschnitt enthält die wichtigsten demographischen Daten des Patienten (hellgraue Schrift in der Tab. 4.1).

Das Feld *Patientenaufklärung* in Modul 03 *muss* ausgefüllt werden, da ohne Kennzeichnung „Patientenaufklärung durchgeführt“ und „Ja“ aus juristischen (Datenschutz-)Gründen keine Meldung an das KRBW erfolgt.

Der Abschnitt *Tumordiagnose* enthält

- a) die wichtigsten Datenfelder zur Beschreibung dieser Neoplasie bei Erstdiagnose, d. h. keine anderen Daten als die des Primärtumors zum Zeitpunkt seiner erstmaligen Diagnose und
- b) die Informationen zur Ausbreitung des Tumors zum Zeitpunkt der Erstdiagnose (Staging-Daten, also das *Stadium*, das über TNM, UICC-Stadiengruppierung und andere Klassifikationen erfasst wird).

Durchgeführte Therapien werden entsprechend des KRBW-Pflichtenkatalogs in knapper Form erfasst. An das KRBW werden bei Patienten mit einer ED 2010 und bis auf weiteres nur Therapien, die im NCT (Universitätsklinikum Heidelberg, DKFZ, Thoraxklinik Rohrbach) durchgeführt worden sind, gemeldet⁹¹.

Für den *Verlauf* in den Pflichtdatensatzfeldern des KRBW gelten folgende Regeln:

Mehrere Verläufe können angelegt und gemeldet werden. Das Datum Verlaufsuntersuchung („Verlaufsdatum“) gibt an, wann der Patient untersucht oder beraten wurde. Der Befund, z. B. das Auftreten einer Metastase, der Remissionsstatus, eine Verlaufstherapie, etc. kann so dem

⁹¹Vgl. e-Mail des KLR Stuttgart vom 11. März 2010 an alle Melder und Cc an das Epidemiologische Krebsregister BW. Betreff: Meldungen an das Krebsregister BW - Informationen zu Therapie und Verlaufsmeldungen.

Verlaufsdatum zugeordnet werden. Verlaufs-/Nachsorgeuntersuchungen können routinemäßig und überprüfbar, je nach Entität, in verschiedenen Intervallen mit „Datum Verlaufsuntersuchung“ gemeldet werden. Eine Verlaufsmeldung in einem Zeitraum kürzer als drei Monate tritt meist dann auf, wenn ein für den Patienten schwerwiegendes Ereignis eingetreten ist, z. B. bei Verschlechterung der Krankheit. Eine „Verschlechterung“ ist z. B. das Auftreten eines Rezidivs. Dies kann sein:

- Auftreten eines lokalen Rezidivs am Ort des Primärtumorsitzes oder die Vergrößerung eines verbliebender Resttumor, z. B. von T1 auf T2;
- Auftreten neuer regionärer Lymphknotenmetastasen oder Vergrößerung regionär verbliebender Resttumorzellen;
- Auftreten einer neuen Fernmetastase („Metastasierung“) (über das regionäre Lymphabflussgebiet des solitären Primärtumors hinaus).

Diese Befunde werden im Remissionsstatus nach RECIST oder im „Aktuellen Tumorstatus“ mittels TNM erfasst (Datenfelder in Modul 13). Bevorzugt wird klinisch der Remissionsstatus, ein TNM im Verlauf wird in NCT / Klinikumsdokumenten selten beobachtet.

Die Daten für den *Abschluss* gelten nur ein einziges Mal für alle eventuell registrierten Tumoren.

Die geltenden Verschlüsselungsregeln und Verschlüsselungsverfahrenswesen der Merkmale und ihrer Ausprägungen sind im Abschnitt 4.8 dieses Handbuchs für alle 117 Datenfelder des „ausführlichen“ NCT-Kerndatensatz beschrieben.

4.5 Allgemeine Form der Merkmalsdatenfelder

Jedes Merkmal im NCT-Kerndatenkatalog wird in folgender allgemeinen Form beschrieben:

Merkmal	Beschreibung
FELDDNAME	Der Name des Merkmals
DEFINITION	Beschreibung des Merkmals, seine begriffliche Bedeutung und Eingrenzung
BEGRÜNDUNG	Beschreibung des Sinns der Erfassung des Merkmals
SYNONYME	Andere Bezeichnungen für das Merkmal (ADT, ATO, KRBW, etc.)
DATENTYP	Bezeichnet die Symbole, die benutzt werden, um das Merkmal darzustellen, z. B. numerisch (Ziffer), alpha-numerisch (Ziffer, Buchstabe oder Sonderzeichen wie Punkt, Komma, usw.) oder nur Buchstaben (alphabetisch)
DATENBEREICH	Satz möglicher Werte für die Merkmalsausprägungen; dies kann ein Katalog (Kodierliste) oder eine Beschreibung möglicher Werte sein. Wertebereiche werden spezifiziert, wo die Kodierliste im System angemessen dargestellt werden kann. Der Datenbereich kann auch durch Hinweis auf ein externes Quelldokument wie z. B. den Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) vorgeschrieben sein.
BENUTZUNGSHINWEIS	Kommentare oder Hinweise zur Verschlüsselung und dem Kodiervorgehen, hauptsächlich in Bezug auf die Interpretation des Datenbereichs von Merkmalsausprägungen. Dient häufig der Klarstellung von Problemen in Bezug auf die Klassifizierung von Merkmalen.
GÜLTIGKEITSREGELN	Überprüfung der Gültigkeit der Kodierung, um Eingabefehler zu verringern. Soweit Gültigkeitsregeln vorhanden sind, wurden diese bei der Programm- und Katalogerstellung berücksichtigt; z. B. können bestimmte Datumsangaben nicht kodiert werden, wenn sie nicht gültig sind.
PRÜFUNGSREGELN	Überprüfung der Daten auf Richtigkeit, Sinnhaftigkeit der Merkmalsausprägungen und Plausibilität der Ausprägungen untereinander; die eingegebenen Patientenmerkmale müssen miteinander logisch und biologisch kompatibel sein, z. B. Diagnosedatum nach Geburtsdatum, Diagnosedatum vor Datum Therapiebeginn, Uterus und weiblich, etc.
REFERENZDOKUMENTE	Referenzen, die herangezogen wurden, um das Datenfeld zu konstruieren. Die letztendlich festgelegten Charakteristika des Datenfeldes müssen jedoch nicht mit dem(n) Quelldokument(en) übereinstimmen.
REFERENZORGANISATION	Name der Organisation(en), der Arbeitsgruppe oder des Autors, die das zitierte Quelldokument mit entwickelt und veröffentlicht haben oder Empfehlungen zu dem spezifischen Merkmal gegeben haben.
KOMMENTAR	Erläuterungen zu dem Merkmal / Datenfeld
NCT-KREBSREGISTER	Spezifische Bemerkungen und Informationen zum NCT-Krebsregister

4.6 Kurzbeschreibung der Merkmale und Verschlüsselungshinweise

Im Folgenden werden alle im Kerndatensatz des NCT-Krebsregisters enthaltenen Merkmale in der Reihenfolge der Tabelle 4.1 beschrieben. Zusätzliche Datenfelder, die ausschließlich organspezifisch verschlüsselt werden, finden sich in den jeweiligen Handbüchern „Organspezifische Dokumentation im NCT-Krebsregister 2012“, z. B. zusätzliche Felder bei den „Tumoren der Brust“. Die Datenfelder sind über die Seitenzahlangebe in der Inhaltsangabe leicht aufzufinden.

4.6.1 Demographische Daten (Stammdaten)

4.6.1.1 Patientenidentifikator

FELDNAME	Patientenidentifikator
DEFINITION	PIZ (Personenidentifikationsziffer), vergeben vom Universitätsklinikum Heidelberg / NCT zur eindeutigen Identifizierung eines Patienten
BEGRÜNDUNG	- Eindeutige Personenidentifikation im Krebsregister - Eindeutige Zuordnung der Befunde im Krankenhausinformationssystem (KIS) - Eindeutige Zuordnung der Landeskrebsregisterdaten bei Rückfragen - Analyse personenbezogener Diagnose-, Therapie- und Nachsorgedaten und des Sterbedatums - Personenidentifikation bei einer Person mit mehreren Tumoren und bei Informationen aus mehreren Quellen.
SYNONYM	Referenznummer (KRBW), PIZ (Personenidentifikationsziffer), PID (Personally-Identifiable Data, engl. für personenbezogene Daten), Patienten-ID, Patienten-Nr.
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0 bis 9 999 999 999
BENUTZUNGSHINWEIS	Der Personenidentifikator im ISH-System des Klinikums Heidelberg wird laufend aus dem KIS automatisch in das Krebsregistersystem (Orbis) übernommen. Die PIZ ist im KIS und Orbis identisch.
GÜLTIGKEITSREGELN	Im ISH-med eindeutige Zuordnung des Namens, Vornamens und Geburtsdatums zu einem Patientenidentifikator (einer PIZ)
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	SAP-R3 1993.
REFERENZORGANISATION	SAP, ZIM des Klinikums der Universität Heidelberg
KOMMENTAR	
NCT-KREBSREGISTER	M00; im Rahmen der automatischen Übernahme der Registerstammdaten aus ISH-med wird auch die PIZ übernommen.

4.6.1.2 Name

FELDNAME	Name
DEFINITION	Amtsdeutsche Bezeichnung für die Zugehörigkeit zu einer Familie („Familiennamen“)
BEGRÜNDUNG	- Personenidentifikation - für KRBW zur Ermittlung der Adresse zum Inzidenzeitpunkt (Datum Diagnose) zur korrekten Inzidenzberechnung nach Ländern - Analyse personenbezogener Diagnose-, Therapie- und Nachsorgedaten und des Sterbedatums - Personenidentifikation bei einer Person mit mehreren Tumoren und bei Informationen aus mehreren Quellen - Anschreiben - Nachsorge - Vitalstatus entsprechend Melderegister
SYNONYM	Nachname, Familienname, Zuname
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Text
BENUTZUNGSHINWEIS	Der volle „Familiennamen“ der Person ist zu erfassen. Mehrfachnamen, Leerzeichen, Zwischenräume, Bindestriche, Spezialbuchstaben, Apostrophe, Abkürzungen, Künstlernamen, Präfixe und Zeichensetzungen sind erlaubt. Reihenfolge von Vornamen und Nach- bzw. Familiennamen sind zu beachten.
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M00; im Rahmen der automatischen Übernahme der Registerstammdaten aus ISH-med wird auch der Name übernommen.

4.6.1.3 Vorname(n)

FELDNAME	Vorname(n)
DEFINITION	Im Deutschen und in anderen europäischen Sprachen bildet der individuelle Name bei den heute allgemein üblichen zweigliedrigen Namen den <u>ersten</u> Namensteil als Vorname.
BEGRÜNDUNG	- Personenidentifikation - Analyse personenbezogener Diagnose-, Therapie- und Nachsorgedaten und des Sterbedatums - Personenidentifikation bei einer Person mit mehreren Tumoren und bei Informationen aus mehreren Quellen - Anschreiben - Nachsorgeorganisation - Vitalstatus
SYNONYM	Rufname
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Text
BENUTZUNGSHINWEIS	Der volle „Vorname“ der Person ist zu erfassen. Rufname, mehrere Vornamen, Leerzeichen, Zwischenräume, Bindestriche, Spezialbuchstaben, Apostrophen, Präfixe und Zeichensetzungen sind erlaubt. Die Reihenfolge der Vornamen und der Nach- bzw. Familiennamen sind zu beachten. In einigen Kulturen, beispielsweise im Ungarischen, Vietnamesischen, Chinesischen, Japanischen oder Koreanischen, steht der Vorname <u>hinter</u> dem Familiennamen.
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M00; im Rahmen der automatischen Übernahme der Registerstammdaten aus ISH-med wird auch der Vorname übernommen.

4.6.1.4 Geburtsname

FELDDNAME	Geburtsname
DEFINITION	Der Teil des Namens einer Person, der in der Regel in der amtlichen Geburtsurkunde als Familienname des Neugeborenen vom Standesamt eingetragen wird.
BEGRÜNDUNG	- Personenidentifikation - Analyse personenbezogener Diagnose-, Therapie- und Nachsorgedaten und des Sterbedatums - Personenidentifikation bei einer Person mit mehreren Tumoren und bei Informationen aus mehreren Quellen
SYNONYME	Mädchenname
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Text
BENUTZUNGSHINWEIS	Der Geburtsname der Person ist möglichst zu erfassen, um die Identifikation beim Standesamt des Geburtsortes zu ermöglichen. Der Geburtsname kann durch Heirat vom geführten Namen abweichen oder zu einem Teil des Namens werden. Die Schreibweisen für Namen / Vornamen gelten auch für die Geburtsnamen.
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M00; im Rahmen der automatischen Übernahme der Registerstammdaten aus ISH-med wird auch der Geburtsname übernommen.

4.6.1.5 Andere(r), frühere(r) Name(n), Namenszusatz, Titel

MERKMAL	Andere(r) / frühere(r) Name(n), Namenszusatz, Titel
DEFINITION	Name einer Person, der vom amtlich eingetragenen Namen abweicht und für diese Person häufig oder ausschließlich gebraucht wird.
BEGRÜNDUNG	- Personenidentifikation - Analyse personenbezogener Diagnose-, Therapie- und Nachsorgedaten und des Sterbedatums - Personenidentifikation bei einer Person mit Wechsel des beim Meldeamt eingetragenen früheren Namens.
SYNONYME	Namenszusatz wie „von“, „Freifrau“, „Graf“, etc., Pseudonym, Künstlername, spiritueller Name, Zusatzname, „nickname“, Spitzname, Kurzname; Dr., Prof., Dipl.
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Text
BENUTZUNGSHINWEIS	„Andere Namen ...“ der Person sind möglichst zu erfassen, um die Identifikation der Person zu ermöglichen. Der „Andere Name ...“ kann vom geführten Namen abweichen, zusätzlich vorhanden sein oder zu einem Teil des Namens werden. Die Schreibweisen für „Andere Namen ...“ sind dieselben wie für die Geburtsnamen.
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	Sind nicht in den automatisch in das Modul M00 aus ISH übernommenen Stammdaten enthalten

4.6.1.6 Geburtsdatum

FELDNAME	Geburtsdatum
DEFINITION	Tag, Monat und Jahr der Geburt einer Person nach dem Gregorianischen Kalender
BEGRÜNDUNG	- Ableitung des Alters zu einem bestimmten Zeitpunkt für klinische oder administrative Zwecke - Alter bei Diagnose - Analyse des rezidivfreien und des Gesamt-Überlebens - Unterstützung der Personenidentifikation
SYNONYME	Geburtstag, Datum Geburt
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	Das Geburtsdatum kann nicht verändert werden
GÜLTIGKEITSREGELN	Mussfeld, 8 Zahlen
PRÜFUNGSREGELN	Das Feld darf • nicht 0 sein • muss $\leq$ Datum Erstvorstellung sein • muss $\leq$ Sterbedatum sein • muss $\leq$ Diagnosedatum sein
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999 GEKID 2008. Gregor VIII 1582.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren GEKID Kalenderreformkommission des Vatikan
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M00; im Rahmen der automatischen Übernahme der Registerstammdaten aus ISH-med wird auch das Geburtsdatum übernommen. Bei Fehlen eines genauen Datums ist das Geburtsdatum in Ausweispapieren der Bundesrepublik Deutschland geschätzt, z. B. 01.01.JJJJ, wenn Tag und Monat nicht bekannt sind.

Geschlecht

FELDNAME	Geschlecht
DEFINITION	Biologische Differenzierung einer Person nach weiblich oder männlich
BEGRÜNDUNG	- Erforderlich für medizinische Abläufe (Stationswahl, etc.) - Epidemiologische Auswertungen nach Geschlecht
SYNONYME	Sex, Geschlechtszugehörigkeit
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- weiblich - männlich - Intersexualität - unbekannt
BENUTZUNGSHINWEIS	Diese Information wird über ISH-med dem Register automatisch zugeführt und kann nicht verändert werden. „Unbekannt“ schließt Intersexualität, Personen mit Geschlechtsumwandlungen oder genetischer Geschlechtsanomalie wie XXY, etc. ein.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalogmerkmale; erlaubt nur die obigen Werte.
PRÜFUNGSREGELN	Diagnose soll auf Kompatibilität mit ICD-10-Kodes (geschlechtsabhängige Diagnose) geprüft werden. Bei Kodierung „unbekannt“ sollen keine Plausibilitätsprüfungen zu Assoziationen zwischen Geschlecht und Organlokalisierung des Tumors durchgeführt werden, da hier ein Konflikt zwischen Geschlecht und ICD-10-Kode resultieren kann.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999 Havener, Hultstrom 2006
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren. NAACCR 2007 (North American Association of Central Cancer Registries).
KOMMENTAR	Diese Information wird über ISH-med dem Register automatisch zugeführt. Die derzeitigen (TMS Jan. 2009) vorhandene Ausprägungen des Datenfeldes „Geschlecht“ sind unzureichend und bedürfen der Ergänzung, um internationalen Standards zu entsprechen; außer den obigen sollten folgende Ausprägungswerte ergänzt werden: a = anderes Geschlecht (Hermaphroditismus, Pseudohermaphroditismus, Chromosomenanomalie wie z. B. Turner, Klinefelter, etc.) s = sonstige (transsexuell, unbestimmt, unbekannt, etc.) Bei Widersprüchlichkeit zwischen dem anatomischen, genetisch - chromosomalen und gonadalen Geschlecht und nicht festgelegtem Geschlecht wird die Geschlechtsbestimmung i. d. R. nach dem anatomischen Geschlecht vorgenommen.
NCT-KREBSREGISTER	M00; automatische Übernahme aus ISH-med.

4.6.1.8 Geburtsort / -land

FELDNAME	Geburtsort / -land
DEFINITION	Ort und Land, in dem eine Person geboren wurde.
BEGRÜNDUNG	- Epidemiologische Auswertungen - Geburtsort kann kulturelle und ätiologisch relevante Unterschiede zwischen Personen anzeigen.
SYNONYME	Land der Geburt
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Text
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Geburtsort und -land kann aus Personalausweis / Pass (Deutschland) ersehen werden. 2. Der Geburtsort, falls bekannt, muss in ISH oder Orbis manuell eingegeben werden (Freitextfeld). 3. In den Stammdaten des ISH sind Geburtsort / und -land nur extrem selten kodiert, also auch im NCT-Krebsregister extrem selten vorhanden. Vorsicht bei der Nutzung und Auswertung dieses Merkmals ist geboten, da dieses Merkmalsfeld in ISH.med manchmal mit „DE“ (Deutschland) vorbelegt ist.
GÜLTIGKEITSREGELN	Existierende Staaten und einige assoziierte Gebiete nach ISO 3166-1; ehemaligen Staaten nach ISO 3166-3.
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Länderkode ISO 3166-1-alpha 2006
REFERENZORGANISATION	International Organisation for Standardization (ISO)
KOMMENTAR	Geburtsort und -land werden in Deutschland im Standesregister registriert. Die Länderliste folgt, falls erforderlich, den Aktualisierungen der ISO. Siehe http://www.iso.org/iso/country_codes/iso_3166_code_lists.htm
NCT-KREBSREGISTER	M00

4.6.1.9 Staatsangehörigkeit / Nationalität

FELDNAME	Staatsangehörigkeit
DEFINITION	Die rechtliche Zugehörigkeit einer natürlichen Person zu einem Staat und die sich daraus ergebende Staatsbürgerschaft. Amtliches Dokument der Staatsangehörigkeit ist der Pass oder Personalausweis.
BEGRÜNDUNG	- Meldepflicht der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte (OSP) an das Krebsregister Baden-Württemberg; für andere Melder in Baden-Württemberg besteht die Meldepflicht nicht
SYNONYME	Staatsbürgerschaft
DATENTYP	Alphanumerisch
FORMATSCHREIBWEISE	Text
DATENBEREICH	- Katalog nach ISO 3166-1 - unbekannt
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Der ISH-Katalog enthält „afghanisch“, „albanisch“, ... „deutsch“, etc. 2. Automatische Erfassung über ISH-med - Stammdatenschnittstelle
GÜLTIGKEITSREGELN	Pflichtfeld KRBW
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Länderkode 3166-1-alpha 2006
REFERENZORGANISATION	International Organisation for Standardization (ISO)
KOMMENTAR	1. Der gültige Datenbereich im Katalog des KRBW ist „Deutsch, Nicht deutsch, Unbekannt“. Aus dem NCT-Krebsregister-Katalog lassen sich die Daten für die KRBW-Meldung generieren. 2. Das NCT-Krebsregister hat neben der „Nationalität“ aus den ISH-Stammdaten in M00 ein Extradatenfeld „Staatsangehörigkeit“ im Modul 02. Die Informationen der beiden Datenfelder überschneiden sich. Über den Katalog des M02-Datenfeldes kann ein Land nach Bedarf ausgewählt werden. 3. Der Begriff „Nationality“ (lat. natio, „Geburt; Herkunft; Volk“) wird oft mit „Staatsangehörigkeit“ synonym verwendet und steht z. B. auch im deutschen Pass, er ist jedoch wenig genau; z. B. kann sich jemand einer Nation oder nationalen Minderheit zugehörig fühlen, die nicht mit der in seinem Pass aufgeführten Staatsbürgerschaft übereinstimmt. 4. Der Staatenkatalog in M02 kann aktualisiert werden, wann immer eine Änderung der offiziellen Kodeliste in ISO 3166-1 durch die ISO 3166/MA getätigt wird. ISO 3166-1 listet seit 1974 u. a. zwei- (ALPHA-2) und dreibuchstabige (ALPHA-3) Länderkürzel auf. Benutzt werden sollte ALPHA-2.
NCT-KREBSREGISTER	M02

4.6.1.10 Sprache(n)

FELDNAME	Sprache(n)
DEFINITION	Kommunikationsform des Menschen
BEGRÜNDUNG	- Anamnese; - Patientenverständigung; - eventuelle Dolmetscherbereitstellung
SYNONYME	Zunge; Lingua;
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	Freitext: deutsch, türkisch, russisch, arabisch, etc.; es können mehrere Sprachen eingegeben werden.
BENUTZUNGSHINWEIS	Wird über ISH-med automatisch übernommen, falls dort eingegeben.
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	ISO 3166-1-alpha 2006.
REFERENZORGANISATION	International Organisation for Standardization (ISO)
KOMMENTAR	Datenfeld soll bei der Aufnahme kodiert werden, wird jedoch äußerst selten ausgefüllt. Die „Codes for the Representation of Names of Languages“ sind alphabetisch geordnet, s. alpha-3/ISO 639-2 Code, Oktober 2010.
NCT-KREBSREGISTER	M00; im Rahmen der automatischen Übernahme der Registerstammdaten aus ISH-med wird auch die Sprache übernommen, falls dieses Feld bei der Patientenaufnahme ausgefüllt wurde.

Anschrift Land

FELDNAME	Anschrift Land
DEFINITION	Land, in dem der Patient per postalischem Anschreiben gewöhnlich zu erreichen ist.
BEGRÜNDUNG	- Erfassung der Landesanschrift zur Zeit der Erstvorstellung des Patienten wegen dieses Tumors - Zuordnung des Landes für das KRBW - Anschrift des Patienten für ein weiteres Follow-up - Assoziation Behandlungsort und Wohnort des Patienten - Registrierung des Einzugsgebietes des NCT
SYNONYME	Nation, Staat
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	KFZ-Nationalitätszeichen
BENUTZUNGSHINWEIS	Wird automatisch über ISH-Stammdaten ins Register übernommen; Beispiele D = Deutschland DK = Dänemark F = Frankreich P = Portugal etc.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valide KFZ-Nationalitätszeichenliste
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M00

Anschrift Postleitzahl

FELDNAME	Anschrift Postleitzahl
DEFINITION	Kombinierte Zusammensetzung von Ziffern-/Buchstaben- / Sonderzeichen zur Eingrenzung des Zustellortes für Postsachen
BEGRÜNDUNG	- Erfassung des Wohnortes zur Zeit der Diagnose - Zuordnung für das KRBW und die Anschrift des Patienten für das weitere Follow-up - Assoziation Behandlungsort und Wohnort des Patienten - Einzugsgebiet NCT.
SYNONYME	Postkode; Ortskode; Zustellkode;
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	0-999999, A Z
BENUTZUNGSHINWEIS	Wird automatisch über ISH-Stammdaten ins Register übernommen
GÜLTIGKEITSREGELN	Zum Diagnosedatum gültige PLZ der Deutschen Bundespost oder entsprechend für Auslandspostcodes
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	1. Übliche PLZ sind 4- oder 5-stellig; 2. UK und IRL --> bis 8-stellig, P --> 7-stellig mit Bindestrich, RO --> 6-stellig, u. a. m. 3. Die PLZ 99998 in ISH-med des Univers.-Klinikum Heidelberg bezeichnet Patienten „Ohne festen Wohnsitz“ / ohne Anschrift.
NCT-KREBSREGISTER	M00

Anschrift Wohnort

FELDNAME	Anschrift Wohnort
DEFINITION	Anschrift des Ortes, an dem der Patient wohnt
BEGRÜNDUNG	- Erfassung des Wohnortes zur Zeit der Diagnose - Zuordnung für das KRBW und die Anschrift des Patienten für das weitere Follow-up; - Assoziation Behandlungsort und Wohnort des Patienten, - Einzugsgebiet NCT.
SYNONYME	Anschrift des Ortes, der Stadt, des Fleckens, des Dorfes (an dem sich der Patient überwiegend aufhält).
DATENTYP	Alphanumerisch, alle Zeichen erlaubt
DATENBEREICH	AZ, alle Zeichen erlaubt
BENUTZUNGSHINWEIS	Wird automatisch über ISH-Stammdaten ins Register übernommen
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	
NCT-KREBSREGISTER	M00 Wird automatisch mit dem Stammdatensatz aus ISH geliefert

Anschrift Straße

FELDNAME	Anschrift Straße
DEFINITION	Anschrift der Straße, an der der Patient wohnt
BEGRÜNDUNG	- Erfassung des Wohnortes zur Zeit der Diagnose - Zuordnung für das KRBW und die Anschrift des Patienten für das weitere Follow-up; - Assoziation Behandlungsort und Wohnort des Patienten, - Einzugsgebiet NCT.
SYNONYME	Straßenname, Wegname
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	AZ, alle Zeichen erlaubt
BENUTZUNGSHINWEIS	Wird automatisch über ISH-Stammdaten ins Register übernommen
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M00

Anschrift Hausnummer

FELDNAME	Anschrift Hausnummer
DEFINITION	Nummer des Hauses, in dem der Patient wohnt
BEGRÜNDUNG	- Erfassung des Wohnortes zur Zeit der Diagnose - Zuordnung für das KRBW und die Anschrift des Patienten für das weitere Follow-up; - Assoziation Behandlungsort und Wohnort des Patienten, - Einzugsgebiet NCT.
SYNONYME	Gebäudenummer
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	0-9, A Z, alle Zeichen erlaubt wie „/“ etc.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Wird automatisch über ISH-Stammdaten ins Register übernommen 2. Anschriften müssen keine Hausnummer enthalten
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M00

Anschrift ohne festen Wohnsitz

FELDNAME	Anschrift ohne festen Wohnsitz
DEFINITION	Anschrift von Patienten, die keinen festen Wohnsitz haben
BEGRÜNDUNG	- Assoziation Diagnose-, Behandlungsort und KRBW - Einzugsgebiet NCT
SYNONYME	Angaben für Obdachlose
DATENTYP	alphanumerisch
DATENBEREICH	Wird abgeleitet aus der ISH-med_PLZ 99998
BENUTZUNGSHINWEIS	Wird automatisch über ISH-Stammdaten ins Register übernommen
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	GEKID 2008.
REFERENZORGANISATION	GEKID
KOMMENTAR	Persönliche Mitteilung Frau Gögring, ZIM, 05.03.2009
NCT-KREBSREGISTER	M00

Gemeindekennziffer

FELDNAME	Gemeindekennziffer
DEFINITION	Zahlenfolge zur eindeutigen Identifizierung administrativ selbständiger Gemeinden in Deutschland
BEGRÜNDUNG	- Erlaubt den epidemiologischen Krebsregistern die Inzidenzraten für geographische Regionen zu schätzen
SYNONYME	Amtliche Gemeindeschlüssel (AGS), Amtliche Gemeindekennzahl (GKZ)
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0-99 999 999 (Achtstellige Ziffer)
BENUTZUNGSHINWEIS	Automatisch im Register auf Basis der Adresse generiert
GÜLTIGKEITSREGELN	Kodes des Statistischen Bundesamtes Wiesbaden für Deutschland
PRÜFUNGSREGELN	Zahlen im Gültigkeitsrahmen des AGS
REFERENZDOKUMENTE	Gemeindeverzeichnis GV 2000.
REFERENZORGANISATION	Statistisches Bundesamt Deutschland, Wiesbaden.
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M00 Registerstammdaten

Telefonnummer(n)

FELDNAME	Telefonnummer(n)
DEFINITION	Folge aus Zahlen, Buchstaben oder beidem, die einmalig vorkommend einen Telefonanschluss des Patienten kennzeichnen
BEGRÜNDUNG	- Patientenkontakt während der Diagnostik und Behandlung - Patientenkontakt während Nachsorge - Patientenkontakt für Follow-up.
SYNONYME	Fernsprechnummer, Phone number, Mobil-Nummer, Handy-Nummer
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Entsprechend ITU
BENUTZUNGSHINWEIS	Manuelle Erfassung notwendig, da keine Übernahme über ISH-med-Schnittstelle
GÜLTIGKEITSREGELN	Max. 15 Ziffern nach Internationale Fernmeldeunion (ITU)
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	ITU-T E.123 (2001)
REFERENZORGANISATION	ITU (Internationale Fernmeldeunion)
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M00 Registerstammdaten

Versichertenstatus

FELDNAME	Versichertenstatus
DEFINITION	Zugehörigkeit zu einer gesetzlichen oder privaten Krankenkasse und / oder Zusatzversicherung, in der der Patient selbst oder der Patient als Familienangehöriger zum Zeitpunkt der Erstvorstellung Mitglied ist; bei fehlender Mitgliedschaft ist das Sozialamt die zuständige Institution
BEGRÜNDUNG	- Möglichkeit der Aufschlüsselung und Auswertung von Patienten nach Krankenkassenzugehörigkeit
SYNONYME	Krankenversicherungszugehörigkeit
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Katalog Krankenkassen - Sozialamt - unbekannt - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Wird bei Erstaufnahme im NCT / Klinikum erhoben und mit den Stammdaten übermittelt
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Merkmal des Datenbereiches / entsprechend Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Manuelle Eingabe erforderlich, da nicht ISH-med Stammdatenbestandteil
REFERENZDOKUMENTE	GKV 2012. http://www.krankenkassentarife.de/baseportal/kassenliste 2012 Privat KK (2010) http://www.abc-krankenversicherung.de/private-krankenstellen/index.php
REFERENZORGANISATION	GKV
KOMMENTAR	Der Versichertenstatus wird im Rahmen der ISH-Stammdaten übernommen.
NCT-KREBSREGISTER	M00 Registerstammdaten

4.6.2 Diagnose, Tumormerkmale, Patientenmerkmale, Stadium

Datum Anmeldung

FELDNAME	Datum Anmeldung
DEFINITION	Tag der Kontaktaufnahme zur Konsultation in einer NCT-Institution wegen der dokumentierten Neoplasie
BEGRÜNDUNG	- Intervall Datum Einweisung bzw. Anmeldung und Datum Konsultation; - Indikator Prozessqualität onkologischer Versorgung - Ressourcenallokation
SYNONYME	Erstkontakt Patient - NCT
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Vollständiges valides Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Das Datum ist in folgender Rangfolge zu kodieren: 1.1 Datum der telefonischen oder persönlichen Anmeldung im NCT 1.2 Falls Notfallaufnahme wegen dieser tumorbezogener Erkrankung Datum der Aufnahme 1.3 Einweisung wegen dieser Neoplasie 1.4 Überweisung wegen dieser Neoplasie 2. Das Datenfeld bleibt leer, falls Datum unbekannt.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum, das früheste Datum für diesen Tumor gilt
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein ≥ Geburtsdatum ≤ Todesdatum
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	Internes Datum; das Datum gilt nur für einen kodierten Tumor. Datum Anmeldung ist das Datum, an dem der Patient sich selbst oder ein Arzt oder Angehöriger den Patienten für eine Untersuchung oder stationäre Behandlung des kodierten Tumors telefonisch oder persönlich im NCT, dem Klinikum Heidelberg oder einer seiner onkologischen Abteilungen anmeldet: "Ich möchten einen Termin". Das Datum dient der Abschätzung der Patientenwartezeit zwischen Anmeldung und dem Termin der Durchführung der Erstvorstellung, einer Untersuchung, ambulanten oder stationären Behandlung wegen dieser Krebserkrankung oder des Krebsverdachts.
NCT-KREBSREGISTER	M01; internes Datenelement

Datum Erstvorstellung

FELDNAME	Datum Erstvorstellung
DEFINITION	Tag des ersten direkten Kontaktes Patient-Arzt oder Fallvorstellung auf einer Tumorkonferenz im NCT / Universitätsklinikum wegen der dokumentierten Neoplasie
BEGRÜNDUNG	- Zählung aller neuen Patienten mit einem onkologischen Bezug / einer Neoplasie - Intervall zwischen Erstvorstellung und Therapiebeginn (Op-, RT-, CT-, etc.) - Datum Einweisung bzw. Anmeldung und Datum Erstvorstellung - Prozessqualität im NCT / onkologischen Abteilungen des Klinikums - Ressourcenallokation
SYNONYME	Erstkonsultation, Erstbesuch, Erstaufnahme, „Neukommer“
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	TTMMJJJJ, OOMMJJJJ erlaubt.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Bei allen Patienten, die sich mit einem onkologischen Bezug (Verdacht auf Neoplasie, Diagnostik, Therapie, Metastasen / Rezidiv, Nachsorge, Beratung / Zweitmeinung, u. a. m.) ab 01.10.2010 im NCT / Klinikum vorstellen, wird ein Datum Erstvorstellung kodiert. Dies gilt für alle Patienten, auch wenn andernorts eine Diagnose, Therapie, Nachsorge, etc. durchgeführt wurde oder noch wird. Da erst ab dem Jahr 1997 medizinische Dokumente elektronisch gespeichert werden, gilt die Pflicht, das Erstvorstellungsdatum zu kodieren, erst für Patienten mit Erstdiagnosedatum ab 1997. Bei Erstvorstellung wegen einer Metastase / eines Rezidivs kann das ED-Datum auch vor 1997 liegen. Für Patienten mit Erstvorstellung <u>vor</u> 1997 wird kein Erstvorstellungsdatum erhoben, das Datenfeld wird freigelassen. 2. Für einen Patienten mit onkologischem Bezug wird das früheste Datum als Erstvorstellungsdatum kodiert. Falls kein direktes Erstvorstellungsdatum aus einem Arztbrief gefunden wird, soll das Datum des ersten aufgefundenen, schriftlichen Untersuchungsbefundes des NCT / Klinikums Heidelberg als Datum Erstvorstellung kodiert werden. 3. Werden in medizinischen Dokumenten Tumoren als Nebendiagnosen gefunden, zu denen überhaupt <u>keine Aktivität</u> im Klinikum Heidelberg / NCT gefunden werden, wird auch <u>kein Erstvorstellungsdatum</u> kodiert. Ein früheres Erstvorstellungsdatum zu einem Tumor, der in der Nebendiagnose erscheint, wird nach den o. g. Regeln zu diesem Tumor kodiert. 4. Erläuterungen für verschiedene Dokumentationsbereiche: 4.1 Zentrale Erfassung: Das Datum der Vorstellung wird im Regelfall im Arztentlassungsbrief gefunden. Die Listen der Patienten beruhen auf den ICD-10-Kodes der DRG-Abrechnungen. Aus dem chronologisch ältesten Arztbrief zu diesem Tumor sollte das Erstvorstellungsdatum kodiert werden. 4.2 Tumorkonferenzpatienten: Falls ein externer Patient während einer Tumorkonferenz zum ersten Mal vorgestellt wird (mit oder ohne physische Präsenz), wird dieses Datum als Erstvorstellungsdatum kodiert (ISH-med-Stammdaten müssen in jedem Falle aufgenommen worden sein!)

4.3 Urologie

Es wird das "Datum Erstvorstellung" (ambulant) oder das „Aufnahmedatum“ bei den direkt zur stationären Behandlung eingewiesenen Patienten in der Urologie kodiert. Sie sind in den Akten immer vorhanden.

4.4 Radiologie:

Wie für alle ambulanten und stationären Patienten ist die Dokumentation des „Datum Erstvorstellung“ auch bei allen, direkt zur radiologischen Behandlung einbestellten Patienten verbindlich. Falls das „Datum Erstvorstellung“ nicht auffindbar oder nicht in den Akten notiert ist, wird das "Datum erste Bestrahlung" in der Strahlenonkologie als Surrogat für das "Datum Erstvorstellung" genommen. Bei einem signifikanten Anteil der Strahlentherapiepatienten wird das Datum Erstvorstellung vor der ersten Bestrahlung erfasst sein, da sie vorher mit anderen onkologischen Abteilungen Kontakt hatten.

4.5 Sektion multiples Myelom:

Datum Erstvorstellung (ambulant oder stationär wie in der Urologie) in Sektion MM; immer vorhanden.

4.6 Abteilung Pädiatrie:

Datum Erstvorstellung (ambulant oder stationär) in der Kinderklinik; immer vorhanden.

GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum; es kann nur ein Datum pro Tumor kodiert werden.
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss ≥ Anmeldedatum ≥ Geburtsdatum ≥ erstem Untersuchungsdatum ≤ Todesdatum sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	Intern geführtes Datenelement
NCT-KREBSREGISTER	M01

Primärer Grund der Erhebung

FELDNAME	Primärer Grund der Erhebung
DEFINITION	Motivation des Patienten oder eines Arztes, das NCT / Klinikum Heidelberg wegen einer onkologischen Frage aufzusuchen
BEGRÜNDUNG	- Erfassung des onkologischen Anforderungsspektrums des NCT / der onkologischen Abteilungen des Klinikums Heidelberg, insbesondere zur Erfassung der „Zweitmeinungspatienten“ - Ressourcenallokation.
SYNONYME	Primäre onkologische Fragestellung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	<u>DIAGNOSTIK</u> - Diagnostik - Diagnostik, weil Tumormarker erhöht - Diagnostik, weil Verdacht auf Tumor - Diagnostik zum Tumorausschluss - Erweiterte Diagnostik nach externer Vordiagnostik - Verlaufsdiagnostik <u>THERAPIE</u> - Therapie - Erstbehandlung bei extern diagnostizierter Tumorerkrankung - Weiterbehandlung bei extern vorbehandelter Tumorerkrankung - Erstbehandlung - Weiterbehandlung bei intern diagnostiziertem Tumor - Weiterbehandlung bei extern vorbehandelter Tumorerkrankung - Weiterbehandlung - Therapie bei intern diagnostiziertem(r) Rezidiv / Progress / Verschlechterung - Therapie bei intern diagnostizierter(n) Fernmetastase(n) - Therapie bei extern diagnostiziertem(r) Rezidiv / Progress / Verschlechterung - Therapie bei extern diagnostizierter(n) Fernmetastase(n) <u>ZWEITMEINUNG, NACHSORGE, SONSTIGES</u> - Nachsorgeuntersuchung / Langzeitbetreuung bei Tumorerkrankung - Zweitmeinung / ergänzende Meinung zu einer bestehenden Tumorerkrankung (Definition „Zweitmeinung“ s. Benutzungshinweis) - Gutachten - Beratung, einschließlich Prä- und Posttransplantationsberatung - Sekundäre Präventionsberatung (bei bestehender Tumorerkrankung) - Primäre Präventionsberatung (ohne bestehender Tumorerkrankung) - Beratung eines Risikopatienten - Frühere Tumorerkrankung - Weitere Tumorerkrankung - Rezidiv / Progress / Verschlechterung - Verlaufsbeobachtung (ohne bestehende Tumorerkrankung) - Sonstige Gründe - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Bei allen Patienten ab Anlegedatum $\geq$ 01.07.2011 wird überprüft, ob sie „Zweitmeinungspatienten“ sind. Wenn ja wird „Zweitmeinung“ kodiert. Ansonsten wird das Datenfeld „Primärer Grund der Erhebung“ nicht ausgefüllt. 2. Für <u>externe</u> und <u>partiell interne</u> onkologische Patienten, deren medizini-

sche Dokumente im NCT-Krebsregister gesichtet werden, gelten folgende Vorgehensweisen:

Situation	Uni.- Kli- nikNC T-	Zweit- mei- nung	Kei- ne Doku
Diagnose intern, alle Th. extern	X		
Diagnose extern, alle Th. extern, Beratung		X	
Diagnose extern, Th. extern, Pat. kommt 1-jährl./2-jährl. zur Beratung; Beratung, auch bei NC, wird als Verlauf mit Grund „Zweitmeinung“ aufgenommen		X	
Diagnose und Th. extern, im Verlauf PD intern diagnost. Biopsie, Op.	X		
Diagnose und Th. extern, kommt zur genetischen Beratung			X
Diagnose extern, Th. extern, kommt zum Fertilitätserhalt			X
Diagnose und Th. extern, kommt zur einmal. / mehrmal. Nachsorge	X		
Diagnose und Th. extern, hier Nachsorge Hochrisikoprogr. Mamma	X		
Diagnose und Th. extern, hier Nachsorge Hochrisikoprogr. Kolon FAP			X
Diagnose extern, Th. bei uns geplant, Pat. stirbt vor Th. Beginn	X		
Früheres Malignom extern, z. B. vor Jahren, Pat. kommt mit V. a. Rezidiv z. B., wird nicht bestätigt.			X
Diagnose extern, Therapieplanung intern, Behandlung wird abgesagt		X	
PE/Biopsie/Gewebeentnahme, etc. extern; Patho-Beurteilung im Auftrag von extern intern durchgeführt; Th. extern			X

3. Definition des Zweitmeinungspatienten: Patient *wird im NCT / Klinikum Heidelberg nicht diagnostiziert oder therapiert*. Ein Zweitmeinungsfall erhält ausschließlich eine Empfehlung zur weiteren Diagnostik und / oder Therapie.

Der semantische Ausdruck „Zweitmeinung / ergänzende Meinung ist unscharf.

Folgende Synonyme sollen als Ausdruck einer „Zweitmeinung“ gelten, sodass bei Auftreten folgender Begriffe in medizinischen Dokumenten „Zweitmeinung“ kodiert werden soll:

- Ergänzende Meinung (bezüglich der Tumorerkrankung)
- Beratung, Beratungsgespräch
- Beratung zum weiteren Vorgehen („Weiteres Prozedere“)
- Mitbeurteilung (Mitevaluation)
- Stellungnahme
- Zweitkonsultation
- Aktenvorstellung
- Tumorkonferenz (als Entscheidungsvorschlag für Diagnostik, Therapie oder Palliation, ohne eigene weitere Intervention).
- Patienten mit zweidiagnostischen Untersuchungen (klinisch, z. B. Mund-Nasen-Rachen Inspektion, Labor, Röntgen, CT, MRT, PET, etc.).

4. Zweitmeinungspatienten werden ab Erfassungsdatum $\geq 01.07.2011$ mittels reduzierter Datenfelder der „Zentralen Erfassung“, also wie Tumorpatienten vor 2009, dokumentiert: M01, M03, M13 (1. Verschlechterung) und M16 Vitalstatus werden erfasst.
5. Wird der Patient nach dem Datum der Zweitmeinungs-Vorstellung im NCT / Klinikum behandelt, bleibt die Eintragung „Zweitmeinung“ bestehen und eventuelle nachfolgende diagnostische und / oder therapeutische Ereignisse im NCT / Klinikum werden wie üblich dokumentiert.

	Wenn weder „Zweitmeinung“ noch andere Merkmale kodiert sind, gilt bei Auswertungen „f. A.“.
PRÜFUNGSREGELN	„Zweitmeinung“ kann nur dann kodiert sein, wenn innerhalb von drei Monaten nach Erstvorstellung innerhalb des NCT /Klinikums Heidelberg keine Therapien, Nachsorge- oder Verlaufsuntersuchungen durchgeführt wurden und umgekehrt.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	NCT-Krebsregister
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M01, M13

Diagnoseanlass (Anlass der Tumordiagnostik)

FELDNAME	Diagnoseanlass
DEFINITION	Umstand, der erstmals den Patienten in ärztliche Behandlung und / oder zur aktuellen onkologischen Diagnose geführt hat
BEGRÜNDUNG	- Zählung, welcher Umstand bei welchem Tumor zu weiteren onkologischen Maßnahmen Anlass gegeben und zu dieser Tumordiagnose geführt hat. - Beziehung zwischen Anlass und Stadium.
SYNONYME	Anlass Malignomdiagnostik, Anlass Diagnosestellung; Anlass Tumordiagnose; Anlass Arztbesuch
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Tumorsymptomatik - Selbstuntersuchung - Gesundheits-Check-Up: U1, U2, U3, U4, U5, U6, U7, U8, U9, J1 - Krebsfrüherkennungsuntersuchung: - o Abstrich (Zervix) - o Hämokulttest / FOBT (Darm) - o Dickdarmspiegelung/ Koloskopie (Darm) - o Sonographie (Brust) - o Mammographie (Brust) - o Tastbefund (Knoten) - Screening - o Mammographie-Screening - o Mammographie-Hochrisikoprogramm - o Koloskopie-Screening - Berufliche (arbeitsmedizinische) Vorsorgeuntersuchung - Zufallsbefund (bei anderer Untersuchung) - Langzeitbetreuung - Sonstige Untersuchung - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Als „Langzeitbetreuung“ / Nachsorge sollen nur Untersuchungen nach Abschluss der Primärtherapie gelten. Nachuntersuchungen nach früheren benignen Neoplasien sind nicht als Langzeitbetreuung zu kodieren. 2. „Zufallsbefund bei anderer Untersuchung“ ist dann zu verschlüsseln, wenn ein Karzinom im Rahmen einer klinischen Untersuchung wegen Symptomen, die nicht Hinweise für ein Karzinom sind bzw. wegen Verdachtes auf eine andere Erkrankung diagnostiziert wird, z.B. bei Herz-Kreislauf-Untersuchungen. Ebenfalls unter „Zufallsbefund bei anderer Untersuchung“ werden Zufallsbefunde bei pathologischen Untersuchungen eingereiht, wenn ein Karzinom pathologisch zufällig erkannt wird (z.B. an einem Sigmaresektat wegen Divertikulitis) (Sinn et al 2003).
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	http://www.bmg.bund.de/cln_110/SharedDocs/Downloads/DE/Standardartikel/K/Glossar-Krebs/Glossar_begriff-Krebs_Check-Up-35_Vorsorge_templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Glossar_begriff-Krebs_Check-Up-35_Vorsorge.pdf 2009 Sinn et al 2007
REFERENZORGANISATION	Bundesministerium für Gesundheit

	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M02; dort auch „Sonstiger Anlass Diagnostik“ als Freitextfeld verfügbar.

Durchführende Institution (Diagnostik, Therapieplan)

FELDDNAME	Durchführende Institution (Diagnostik, Therapieplan)
DEFINITION	Einrichtung der Gesundheitsversorgung, die die Diagnose dieser Neoplasie und den Therapieplan erstellt
BEGRÜNDUNG	- Erfassung der Tumoren nach „extern“ und „intern“ in Bezug auf die Diagnoseerstellung und Therapieplan - Trennung intern-extern für Meldung an KRBW - Selektion der Patienten / Tumoren, die im NCT / Klinikum Heidelberg diagnostiziert und behandelt wurden und in Bezug auf Erfolg bzw. Misserfolg im Vergleich zu anderen therapeutischen Einrichtungen verglichen werden sollen - - Benchmarking
SYNONYME	Erstdiagnostizierende Institution, Durchführende Fachabteilung, Durchführende Klinik, Ausführendes Krankenhaus, Durchführende Praxis/niedergelassener Arzt
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Universitätsklinikum Heidelberg - Externe Klinik (<i>Thoraxklinik, Salem, Vincentius</i>) - Niedergelassener Arzt - Extern o. n. A. - - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Diejenige Einrichtung, die die in Modul 02 und 03 (Anamnese und Diagnostik respektive Tumordiagnose und Therapieplan) repräsentierten medizinischen Aktivitäten durchführt, wird hier dokumentiert. Falls gewünscht oder erforderlich können weitere Datenfelder im Anschluss genutzt werden: „Durchführende Fachabteilung (Auswahlkatalog)“, „Wenn Externe Klinik: Durchführende externe Klinik (Auswahlkatalog)“, „Wenn Praxis/niedergelassener Arzt: Durchführende Praxis (Auswahlkatalog)“. 2. In der „Zentralen Erfassung“ beschränkt sich die Dokumentation auf das Feld „Durchführende Institution (Diagnostik, Therapieplan)“! 3. Bis 31.12.2009 umfassten die Begriffe - „Intern“: NCT / Klinikum Heidelberg / DKFZ, - „Extern“: alle anderen Kliniken außerhalb „Intern“. 4. Aufgrund von neuen Kooperationen und Klinikzusammenschlüssen haben sich die Ausprägung „intern“ und „extern“ bei „Durchführende Institution“, „Erstdiagnostizierende Institution“ und „Durchführende Institution“ geändert: • „Intern“ bedeutet: Uniklinik HD und Orthopädie (seit 01.01.2010) • „Extern o.n.A.“ bedeutet <u>alle anderen Kliniken</u> AUSSER • „Externe Klinik“ und nächste Zeile Klinik aus dem Katalog auswählen: Thoraxklinik, Krankenhaus Salem und St. Vincentius-Krankenhaus.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalogeintrag
PRÜFUNGSREGELN	Mindestens <u>ein anderes</u> Datenfeld in M02 oder M03 muss ausgefüllt sein, wenn „Durchführende Institution“ in M02 oder „Fachabteilung“ in M03 kodiert ist.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	Voraussetzung für eine Meldung an das KRBW ist die Kodierung des Da-

	tenfeldes „ Durchführende Institution “. An das KRBW sollen nur medizinische Daten zur Tumordiagnose gemeldet werden (M02, M03), die „intern“ generiert wurden.
NCT-KREBSREGISTER	M02, M03

Datum Diagnose

FELDDNAME	Datum Diagnose
DEFINITION	Zeitpunkt, angegeben in Tag, Monat und Jahr, an dem die Neoplasie als Primärtumor oder Metastase erstmals durch einen Arzt klinisch oder mikroskopisch gesichert wurde
BEGRÜNDUNG	Das Diagnosedatum ist ein zentraler Orientierungspunkt - für den Patienten, - für mögliche therapeutische Entscheidungen, - für Gesundheitsdienste, - für epidemiologische Studien, - für ein Krebsregister, - für analytische, z. B. klinisch-therapeutische Forschungsvorhaben - Grundlage für Berechnungen der Follow-up-Zeiten, Rezidiv- und Überlebensraten in epidemiologischen Auswertungen
SYNONYM	Diagnosedatum, Erstdiagnosedatum ⁹² (KRBW), Inzidenzdatum (Ereignis der Feststellung der Diagnose), Erstdiagnosezeitpunkt, Datum Tumordiagnose, Datum Diagnosestellung
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum; 00MMJJJJ, 0000JJJJ
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Die „<u>Empfehlungen zur Verschlüsselung des Inzidenzzeitpunkts</u>“ des European Network of Cancer Registries ENCR⁹³ (ergänzt und leicht modifiziert) werden für die Festlegung des Diagnosedatums angewandt. <u>Der Zeitpunkt des chronologisch zuerst auftretenden Ereignisses (der nachfolgend aufgeführten sechs Ereignisse) ist als Diagnosezeitpunkt = Inzidenzzeitpunkt zu wählen.</u> Tritt ein Ereignis höherer Priorität <u>innerhalb von drei Monaten</u> nach dem zu Beginn gewählten Zeitpunktes auf, ist der Zeitpunkt des Ereignisses höherer Priorität vorzuziehen = das Datum zu ändern. Ereignisse in Reihenfolge abnehmender Priorität: 1.1 Zeitpunkt der <u>ersten histologischen oder zytologischen Sicherung</u> des vorliegenden malignen Tumors (mit Ausnahme der Histologie bzw. Zytologie bei Autopsie). Darunter ist einer der folgenden Zeitpunkte zu verstehen, wobei die Reihenfolge zu beachten ist: a) <u>Zeitpunkt der Probenentnahme (Biopsie)</u>, Blutentnahme oder Entnahme anderer biologischer Materialien b) <u>Zeitpunkt des Eingangs beim Pathologen</u>, Labor, Institut, etc. c) <u>Datum des pathologischen Befundes</u>, Laborbefundes, etc. 1.2 Zeitpunkt der <u>Einweisung ins Krankenhaus</u> aufgrund des vorliegenden malignen Tumors. 1.3 Nur bei Auswertung in einer Ambulanz: Zeitpunkt der <u>ersten Konsultation</u> in der Ambulanz (externe Klinikambulanz oder Praxis niedergelassener Arzt) wegen des vorliegenden malignen Tumors. 1.4 <u>Diagnosezeitpunkt</u>, abweichend von 1.1, 1.2 oder 1.3. 1.5 <u>Todeszeitpunkt</u>, wenn keine anderen Informationen vorliegen als die Tatsache, dass der Patient an einem malignen Tumor gestorben ist. 1.6 Todeszeitpunkt, wenn der maligne Tumor bei der <u>Autopsie</u> festge-

⁹² Ein „Zweitdiagnosedatum“ gibt es nicht. Die Benutzung des Begriffs „Erstdiagnosedatum“ kann zu Mißverständnissen führen und zum Gedanken verleiten, als wenn es noch ein anderes „Datum der Diagnose“ geben könnte. Deswegen versucht das NCT-KREBSREGISTER den eindeutig definierten Begriff „Datum Diagnose“ bzw. „Diagnosedatum“ im hier beschriebenen Sinne zu benutzen.

⁹³ Phelby et al 1995 (revised 1997)

stellt wird.

Die Wahl des Diagnosedatums = „Datum ED erfolgt unabhängig von der Verschlüsselung des Merkmals „Diagnosesicherheit“.

Falls zuerst eine Metastase diagnostiziert wurde und erst später der Primärtumor, wird das frühere Diagnosedatum nicht überschrieben.

Bei synchronen multiplen Primärtumoren wird das Diagnosedatum des zuerst diagnostizierten Primärtumors registriert.

2. Schätzung des Datums, falls kein genaues Datum vorliegt. Das Datum Diagnose wird annähernd geschätzt bzw. kann bei 00-Kodierung rechnerisch im Dokumentationssystem gesetzt werden. Dabei wird im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW -System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ.

Es gelten folgende Kodierregeln:

- Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ
- Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ

Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres:

- Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ
- Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ
- Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ
- Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ
- oder..... → 0001JJJJ
- des Jahres, das in Frage kommt.
- Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ
- Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ

Fehlendes Jahr:

- Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992
- Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre.... → 00001997
- Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“ → 00001995

Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt).

Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet.

Aufmerksamkeit erfordert die Schätzung des „Diagnosedatums“ im Zusammenhang mit weiteren Zeitpunktangaben im onkologischen Prozess. Ganz gleich, welches Diagnosedatum geschätzt wird, darf der geschätzte Diagnosezeitpunkt nicht später sein als das „Datum Therapiebeginn“, das „Datum Therapieende“, das „Todesdatum“ und das „Datum letzte Information“. Allgemein gilt folgende Konvention: das Datum der Diagnose, des Beginns / des Endes der Therapie, des Todes und der letzten Information müssen vom Dokumentierenden logisch (*chrono*-logisch) zusammengefügt werden (s. auch Gültigkeitsregeln).

Wenn also z. B. nach Schätzung des Diagnosedatums dieses später als das Todesdatum liegt, fällt das geschätzte Diagnosedatum mit dem Todesdatum zusammen. Dasselbe gilt für das Therapiebeginn / -endedatum

und jedes auftretende Verlaufsdatum.

Bei Kodierung 00MMJJJJ wird im Orbis-Programm der 15. des Monats im Hintergrund rechnerisch gesetzt (nicht sichtbar).

Bei Kodierung 0000JJJJ wird im Orbis-Programm der 15.07. im Hintergrund rechnerisch gesetzt (nicht sichtbar).

Dies ist bei Eingabe folgender anderer Datumsangaben zu berücksichtigen:

- Beginn Therapie,
- R-Klassifizierung,
- Verlaufsuntersuchung,
- Fernmetastase,
- Beratungsdienst,
- letzte Information und
- Sterbedatum.

Diese Datumsangaben müssen $\geq$ „Datum Diagnose“ sein und dürfen entsprechend z. B. bei der Eingabe 0000JJJJ nicht vor dem 15.07. des betreffenden Jahres liegen!

3. Bei „V. a. malignen Tumor“ wird kein „Diagnosedatum“ sondern in M01 „Datum erster Tumorverdacht“ und „Verdachtsdiagnose ICD-10“ kodiert. Bei Ambulanzfällen kann eine Verdachtsdiagnose oder ein „Ausschluss“ eines Tumors mit einem nachgestellten „V“ respektive „A“ hinter der ICD-10-Diagnose verschlüsselt werden (DIMDI ICD-10). Die Kodierung von Verdachtsdiagnosen in der *stationären* Versorgung erfolgt nach den DRG-Regeln der Deutschen Kodierrichtlinien und sollte so übernommen werden (Deutsche Kodierrichtlinien 2012).

GÜLTIGKEITSREGELN	Das Diagnosedatum muss sein $\geq$ Geburtsdatum $\geq$ Beginn Therapie $\geq$ R-Klassifizierung $\geq$ Datum Verlaufsuntersuchung $\leq$ Todesdatum
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Parkin et al 1994. Phelby et al 1995 Johnson and Adamo 2007 (The SEER program coding and staging manual) ICD-10 2010. Deutsche Kodierrichtlinien 2011.
REFERENZORGANISATION	IACR (International Association of Cancer Registries ENCR (European Network of Cancer Registries, Europäisches Netzwerk der Krebsregister) WHO SEER DIMDI InEK GmbH – Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus.
KOMMENTAR	Das Diagnose<u>datum</u> ist neben der ICD-10-Diagnose, der Histologie (ICD-O-3.1-Morphologie) und Lokalisation (ICD-O-3–Topographie) die wichtigste Information im Krebsregister. Das strikte Einhalten der Verschlüsselungsanweisungen ist die Voraussetzung für Vergleichbarkeit der Daten innerhalb und außerhalb des Registers über verschiedene Zeiträume und zwischen den Registern. In der <u>Urologische Klinik</u> der Universität Heidelberg werden zwei Felder

	„Diagnosedatum“ ausgefüllt: 1. „Apparatives Diagnosedatum“, 2. „Diagnosedatum“ nach Untersuchung des biologischen Materials, das während einer Operation / chirurgischen Intervention und anschließender patho-histologischer Beurteilung. Die Diagnosedatumfelder können getrennt ausgewertet werden. Grundsätzlich gelten auch für die Urologie die internationalen Regeln der Feststellung des Diagnosedatums. Das „Apparative Diagnosedatum“ ist ein klinisches Datum und eine zusätzliche Information bei einer entsprechenden Entität, Sektion oder Abteilung. Als valides und definitives Diagnosedatum, das das klinische Datum schlägt, gilt auch hier das Datum der Probeentnahme bei OP mit der anschließenden histo-pathologischen Diagnostik. Wenn auf Basis der klinisch-apparativen Diagnostik eine <i>Therapie</i> begonnen wird, gilt das Diagnosedatum, das <u>vor</u> dem Zeitpunkt der Therapie liegt, einerlei ob es ein klinisches oder patho-histologisch definiertes Diagnosedatum ist.
NCT-KREBSREGISTER	M01 „Datum Diagnose“

Diagnose n. ICD-10

FELDNAME	Diagnose n. ICD-D-10
DEFINITION	Bezeichnung einer Erkrankung nach Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification, Version 2011
BEGRÜNDUNG	1. Abgleich der verschlüsselten Todesursachen mittels des ICD-10-Diagnosenschlüssels der WHO 2. Interner Vollzähligkeitsabgleich des Registers mit verschlüsselten DRG-Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (ICD-10-GM, vs. 2011) 3. Pflichtfeld des KRBW
SYNONYM	Tumordiagnose ICD (KRBW), Name der Krankheit n. ICD-10
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	B21 C00.0–C96.9 C97 D00.0–D09.9 D13.0–3, D13.9, D12.0–8, D21.4 D32.0–D33.9 D35.2–D35.4 D37.0–D48.9 D72.1 Z08.0–Z08.9 Z51.1
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Erfasst werden durch den Datenbereich alle <i>bösartigen</i> Neubildungen einschließlich Metastasen und in-situ-Neubildungen, alle <i>gutartigen intrakraniellen</i> und <i>ZNS-Tumoren</i> sowie <i>Neubildungen unsicheren Charakters</i> in Form der ICD-10-Diagnosen. Die Kodierung erfolgt entsprechend den Nutzungsanweisungen ICD-10-GM-vs.2011, Kapitel II, Neubildungen ‚Hinweise‘. 2. Erfasst werden auch diagnostisch im NCT / Klinikum erkannte, genetische und symptomatische Erkrankungen, <u>die mit einem erhöhten Erkrankungsrisiko</u> für Neoplasien assoziiert sind. Falls noch keine Neoplasie nachgewiesen ist, verbleiben die Diagnosen im diagnostischen Teil des Registers (M00–M02), z. B. B21, D12.6, E85.4–9, G11.3, Q85.0 u. v. a. m. 3. Die große Anzahl der im NCT aus Forschungszwecken erhobenen Diagnosen nach ICD-10 gehen weit über die Anzahl der vom KRBW gesammelten Diagnosen hinaus. Jedoch sind sämtliche zu meldenden Diagnosen sind in den Ausprägungen des NCT-Krebsregister-Kataloges enthalten. 4. Nur folgende ICD-10-Diagnosen werden vom KRBW gesammelt und damit akzeptiert: C00.0–C76.9, C80.0–C96.9, D00.0–D09.9, D32.0–D33.9, D35.2–D35.4, D37.0–D48.9 (Ministerium für Arbeit und Soziale 2009). 5. <i>Wird eine Diagnose nach ICD-10 als fehlerhaft erkannt, wird sie geändert.</i> Eine auf Grund von neuen (besseren) Informationen oder festgestellten Kodierfehlern als fehlerhaft erkannte Diagnose soll mit Name des Änderers, Datum und Grund der Änderung geändert werden. Der

	Rückwirkungszeitraum ist nicht limitiert. Die Aufzeichnung der Historie dieser Änderungen ist durch Systemprogrammierung obligat. Die alte und die neue Diagnose sind in der Historie zu dokumentieren. Die neue Diagnose wird nach der Version der ICD-10-GM kodiert, die z. Z. des Datums der Diagnose gültig war.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valider Kode nach ICD-10-GM
PRÜFUNGSREGELN	Kompatibilität der ICD-10-Diagnose mit ICD-O-3-Topographie - und ICD-O-3.1-Morphologie-Kodierung.
REFERENZDOKUMENTE	DIMDI 2011. DIMDI 2003 Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg 2009
REFERENZORGANISATION	DIMDI / WHO DIMDI / WHO Ministerium für Arbeit und Soziales Baden-Württemberg
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M01

Leistungszustand nach ECOG / Karnofsky

FELDNAME	Leistungszustand nach ECOG / Karnofsky																			
DEFINITION	Abschätzung der allgemeinen körperlichen Funktion und Leistung eines Patienten																			
BEGRÜNDUNG	- Therapiewahl in Abhängigkeit vom ECOG - Zur Abschätzung der Prognose bei der gleichen Entität - Korrelation Leistungszustand und Überlebenszeit nach Entität, Stadium und Therapie - Indikator für die Qualität onkologischer Versorgung																			
SYNONYME	Performancestatus, Karnofsky-Index																			
DATENTYP	Alphanumerisch																			
DATENBEREICH	0	ECOG 0 Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung																		
	1	ECOG 1 Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich																		
	2	ECOG 2 Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen																		
	3	ECOG 3 Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden																		
	4	ECOG 4 Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden																		
	5	ECOG 5 Moribund / Tod																		
	f. A.	fehlende Angabe																		
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Die ECOG-Merkmale können in M02 (Anamnese und Diagnostik), M10 (SZT) und M14 (Verlaufsdiagnostik) kodiert werden und sind damit in jedem Fall einem Datum zugeordnet. 2. Die ECOG-Merkmale können in M02 einmal („bei Diagnosestellung“), in M10 und M14 mehrfach kodiert werden (Wiederholmodule). 3. Der <u>erste</u> ECOG-Status wird immer innerhalb von drei Monaten des „Datums Diagnose“ und immer vor Beginn der tumorspezifischen Therapie erstellt. 4. Im NCT-Kerndatensatz soll der Leistungszustand des Patienten nur prätherapeutisch im Modul 02 „Anamnese und Diagnostik“ erfasst werden. In den anderen Modulen (vor SZT M10, bei Verlaufsdiagnostik M14 „Aktueller Leistungszustand“) wird der ECOG / Karnofsky nur bei ausführlicher bzw. organspezifischer Dokumentation festgehalten. 5. Falls nur Karnofsky-Index oder der modifizierte Karnofsky-Index aus den medizinischen Unterlagen abstrahiert werden kann, wird folgende Tabelle zur Überleitung in die ECOG-Skala benutzt (AJCC 1988):																			
	<table> <tr> <th>KARNOFSKY (%) original</th><th>KARNOFSKY modifiziert</th><th>ECOG</th></tr> <tr> <td>90% - 100%</td><td>0,1</td><td>0</td></tr> <tr> <td>70% - 80%</td><td>2</td><td>1</td></tr> <tr> <td>50% - 60%</td><td>3,4</td><td>2</td></tr> <tr> <td>30% - 40%</td><td>5,6</td><td>3</td></tr> <tr> <td>10%- 20%</td><td>7,8</td><td>4</td></tr> </table>		KARNOFSKY (%) original	KARNOFSKY modifiziert	ECOG	90% - 100%	0,1	0	70% - 80%	2	1	50% - 60%	3,4	2	30% - 40%	5,6	3	10%- 20%	7,8	4
KARNOFSKY (%) original	KARNOFSKY modifiziert	ECOG																		
90% - 100%	0,1	0																		
70% - 80%	2	1																		
50% - 60%	3,4	2																		
30% - 40%	5,6	3																		
10%- 20%	7,8	4																		

GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog																																				
PRÜFUNGSREGELN																																					
REFERENZDOKUMENTE	Oken et al 1982. Karnofsky and Burchenal 1949. Karnofsky et al 1948. Beahrs et al 1988.																																				
REFERENZORGANISATION	ECOG AJCC																																				
KOMMENTAR	Die Zuordnung der Leistungsgruppen nach ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group, Oken et al 1982) sind folgende: <table> <tr> <th>ECOG</th><th>LEISTUNGSZUSTAND</th></tr> <tr> <td>0</td><td>Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung</td></tr> <tr> <td>1</td><td>Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber geh fähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Geh fähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Moribund / Tod</td></tr> </table> Im amerikanischen Original sind die Merkmale nach ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) (Oken et al 1982, s. o.) folgendermaßen definiert: <table> <tr> <th>ECOG</th><th>PERFORMANCE STATUS</th></tr> <tr> <td>0</td><td>Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction</td></tr> <tr> <td>1</td><td>Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work</td></tr> <tr> <td>2</td><td>Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours</td></tr> <tr> <td>3</td><td>Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours</td></tr> <tr> <td>4</td><td>Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair</td></tr> <tr> <td>5</td><td>Dead</td></tr> </table> Die in der Onkologie in Deutschland noch häufig gebräuchliche Klassifikation zur Festlegung des Leistungsindex eines Patienten ist der Karnofsky-Index. <table> <tr> <th>KARNOFSKY INDEX</th><th>LEISTUNGSZUSTAND</th></tr> <tr> <td>100 %</td><td>Normalzustand, keine Beschwerden, keine manifeste Erkrankung</td></tr> <tr> <td>90 %</td><td>Minimale Krankheitssymptome</td></tr> <tr> <td>80 %</td><td>Normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung</td></tr> </table>	ECOG	LEISTUNGSZUSTAND	0	Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung	1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber geh fähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich	2	Geh fähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen	3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden	4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden	5	Moribund / Tod	ECOG	PERFORMANCE STATUS	0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction	1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work	2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours	3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours	4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair	5	Dead	KARNOFSKY INDEX	LEISTUNGSZUSTAND	100 %	Normalzustand, keine Beschwerden, keine manifeste Erkrankung	90 %	Minimale Krankheitssymptome	80 %	Normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung
ECOG	LEISTUNGSZUSTAND																																				
0	Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung																																				
1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber geh fähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich																																				
2	Geh fähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50% der Wachzeit aufstehen																																				
3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden																																				
4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden																																				
5	Moribund / Tod																																				
ECOG	PERFORMANCE STATUS																																				
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction																																				
1	Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work																																				
2	Ambulatory and capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours																																				
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours																																				
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair																																				
5	Dead																																				
KARNOFSKY INDEX	LEISTUNGSZUSTAND																																				
100 %	Normalzustand, keine Beschwerden, keine manifeste Erkrankung																																				
90 %	Minimale Krankheitssymptome																																				
80 %	Normale Leistungsfähigkeit mit Anstrengung																																				

	70 %	Eingeschränkte Leistungsfähigkeit, arbeitsunfähig, kann sich alleine versorgen
	60 %	Gelegentliche fremde Hilfe
	50 %	Krankenpflegerische und ärztliche Hilfe, nicht dauernd bettlägerig
	40 %	Bettlägerig, spezielle Pflege erforderlich
	30 %	Schwerkrank, Krankenhauspflege notwendig
	20 %	Krankenhauspflege und supportive Maßnahmen erforderlich
	10 %	Moribund, Krankheit schreitet schnell fort
	Der Leistungszustand kann und sollte mehrfach gemessen werden, um den Einfluss der Krankheit und der spezifischen Therapie im Verlauf messen zu können (s. o. Zusammenhang mit Überlebenszeit). Ein ECOG-Status ist nur mit einem Datum interpretations- und auswertungsfähig.	
NCT-KREBSREGISTER	M02, M10, M14	

Komorbidität(en) n. ICD-10

FELDNAME	Komorbidität n. ICD-10
DEFINITION	Komorbidität bezeichnet die bei Diagnose der Neoplasie bestehende(n) zusätzliche(n) Erkrankung(en) einschließlich relevanter anamnestischer Vorerkrankungen
BEGRÜNDUNG	Assoziation Komorbidität und rezidivfreies Überleben Assoziation Komorbidität und Gesamtüberlebenszeit Assoziation Komorbidität und Tod aufgrund Neoplasie Assoziation Komorbidität und Tod nicht aufgrund Neoplasie
SYNONYME	Nebendiagnose(n)
DATENTYP	alphanumerisch
DATENBEREICH	A00-B99, D50-U99 der ICD-10
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Erfasst werden sollen gleichzeitig bestehende Erkrankungen (Komorbiditäten), die für Art und Intensität des diagnostischen Vorgehens und der Behandlung des dokumentierten Tumors relevant sind. Diese werden als ICD-10 Diagnosen verschlüsselt, können somit auch als „Nebendiagnosen“ bezeichnet werden. 2. Ausgeschlossen sind synchrone andere Tumoren (s. Datenbereich), also alle C00-D48 Diagnosen, da diese als Tumoren einzeln im Register erfasst werden. 3. Empfehlenswert ist die Absprache mit den Klinikern, um festzulegen, welche Komorbiditäten für welche Gruppe von Entitäten bzw. KOG relevant ist, z. B. Herzerkrankungen, Apoplexie, starkes Übergewicht, Diabetes mellitus, Immundefizienzkrankheiten, etc.
GÜLTIGKEITSREGELN	Alle ICD-10-Kodierungen mit Ausnahme der Neubildungen (C00-D48)
PRÜFUNGSREGELN	Alle Verschlüsselungen nach ICD-10 außer C00 - D48 werden akzeptiert.
REFERENZDOKUMENTE	Iversen et al 2009. Geraci et al 2005. Satariano 1993.
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	Im NCT-Krebsregister werden die Komorbiditäten in M02 unter „Tumor-relevante Nebendiagnosen“ erfasst; hier können die „Nebendiagnosen“ auch im „Freitext Nebendiagnose“ als Freitext und zusätzlich das „Datum Beginn Nebendiagnose (TT-MM-JJJJ)“ und „Nebendiagnose aktuell vorhanden (ja, nein, f.A.)“ erfasst werden. Erwünscht und prioritär ist, die Komorbidität in „ICD10 Nebendiagnose (ICD10)“ und somit auswertbar zu verschlüsseln. Derzeit (Stand 01.01.2012) wird das Datenfeld im NCT-Krebsregister nicht gefüllt.
NCT-KREBSREGISTER	M02

Patientenunterrichtung

FELDNAME	Patientenunterrichtung
DEFINITION	Gibt an, ob der Patient über die Meldung an das KRBW unterrichtet worden ist.
BEGRÜNDUNG	Gesetzliche Verpflichtung nach dem Landeskrebsregistergesetz Baden-Württemberg, bei Meldung an das KRBW den Patienten von der Datenweitergabe zu unterrichten.
SYNONYME	Patientenaufklärung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Ja (§4, Abs.2) - Nein (§4, Abs.2, Satz 2) - Nein, Aufklärung aus medizinischen Gründen nicht möglich (§4, Abs. 2)
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Ärztliche Dokumentationspflicht in der Klinikakte, dass Patient unterrichtet wurde und nicht widersprochen hat. Ohne Eintrag keine Meldung an das KRBW. 2. Dokumentationspflicht in M03 in Abhängigkeit vom Akteneintrag in ISH-Med.
GÜLTIGKEITSREGELN	Gültiger Katalogeintrag Datenbereich
PRÜFUNGSREGELN	Mussfeld bei Meldung an das KRBW
REFERENZDOKUMENTE	Landeskrebsregistergesetz 2006
REFERENZORGANISATION	Landtag Baden-Württemberg
KOMMENTAR	Der diagnostizierende bzw. behandelnde Arzt ist gesetzlich verpflichtet, die Unterrichtung vorzunehmen. <i>In der Regel erfolgt die <u>Meldung nach</u> der <u>Unterrichtung</u>. Meldungen können aber auch vor der Unterrichtung des Patienten abgegeben werden, weil dieser z. B. noch nicht unterrichtet werden konnte oder aus medizinischen Gründen nicht unterrichtet werden sollte.</i> Manchmal ist eine Unterrichtung des Patienten nicht mehr möglich, z. B. wenn er zwischenzeitlich verstorben ist. Pathologen können ohne persönlichen Patientenkontakt eine Meldung ohne Unterrichtung abgeben, müssen aber den Auftrag gebenden Arzt oder Zahnarzt darüber unterrichten.
NCT-KREBSREGISTER	M03 Auch zu erheben, wenn Wohnort des Patienten nicht in Baden-Württemberg ist.

Patientenwiderspruch

FELDNAME	Patientenwiderspruch
DEFINITION	Gibt an, ob der Patient der Weitergabe seiner Daten an das KRBW widersprochen hat oder nicht
BEGRÜNDUNG	- Bei Widerspruch wird KRBW unterrichtet und die Daten des Patienten sind zu löschen - Datenschutz
SYNONYME	Patienteneinspruch
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Ärztliche Dokumentationspflicht in den Akten, dass Patient schriftlich widersprochen hat. Bei mündlichem Widerspruch gegenüber dem Arzt während einer Konsultation wird dies vom Patienten wie vom Arzt unterschrieben und in ISH-med dokumentiert. 2. Der Widerspruch kann jederzeit erfolgen.
GÜLTIGKEITSREGELN	Gültiger Katalogeintrag
PRÜFUNGSREGELN	Mussfeld für Löschung der Daten beim KRBW
REFERENZDOKUMENTE	Landeskrebsregistergesetz 2006.
REFERENZORGANISATION	Landtag Baden-Württemberg
KOMMENTAR	Der diagnostizierende bzw. behandelnde Arzt ist gesetzlich verpflichtet, die Unterrichtung über das Widerspruchsrecht vorzunehmen. Der Widerspruch des Patienten ist immer und gesondert in den Akten zu dokumentieren.
NCT-KREBSREGISTER	M03 Auch zu erheben, wenn Wohnort des Patienten nicht in Baden-Württemberg ist.

ICD-O-Version

FELDNAME	ICD-O-Version
DEFINITION	Version der Internationalen Klassifikation für die Onkologie (International Classification of Diseases for Oncology)
BEGRÜNDUNG	- Eindeutige Zuordnung der Schlüsselnummern der ICD-Morphologie und -Lokalisation im Datensatz des Patienten - Überleitung von einer Version in eine andere bei Auswertungen
SYNONYME	Onkologieschlüssel, Tumorhistologieschlüssel (THS) und Tumorlokalisationsschlüssel (TLS)
DATENTYP	alphanumerisch
DATENBEREICH	- ICD-O-2 mit Tumorhistologieschlüssel (THS) und Tumorlokalisationsschlüssel (TLS) - ICD-O-3.1 2003, 1. Revision 2014 (<i>kurz: ICD-O-3.1 2014</i>)
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Die Version der ICD-O muss bei Verschlüsselung der Topographie- und -Morphologieziffern nach ICD-O immer angegeben werden. 2. Das Datenfeld kann für die Eingabe von Daten ab 01.01.2004 (manuell änderbar!) mit ICD-O-3.1 vorbelegt werden, da die ICD-O-3.1 ab diesem Datum im NCT-Krebsregister gilt.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Datenfeld „ICD-O-Version“ muss bei Verschlüsselung der ICD-O-Topographie und -Morphologie-Datenfelder kodiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	Percy et al 1990
REFERENZORGANISATION	DIMDI
KOMMENTAR	Die seit 1994 verwendete deutsche Version der ICD-O-2 [Tumorhistologieschlüssel (THS) und Tumorlokalisationsschlüssel (TLS)] wurde 2003 mit der deutschen Version der ICD-O-3 von der ICD-O-3.1 abgelöst. Die dritte englische Version der "International Classification for Oncology" (ICD-O-3.1) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahr 2000 publiziert. Sie löst die 2. Revision der ICD-O ab. Die ICD-O-3.1 2003 wurde einer Revision unterzogen und als ICD-O-3.1 2003, 1. Revision 2014 publiziert (DIMDI 2014).
NCT-KREBSREGISTER	M03, M05

Lokalisation Primärtumor

FELDNAME	Lokalisation Primärtumor
DEFINITION	Ort der primären Entstehung der Neoplasie
BEGRÜNDUNG	- Zählung der Neoplasien nach anatomischem Ursprung - Ressourcenallokation (Verteilung der Anzahl und Art behandelter Tumoren am NCT / onkologische Abteilungen des Klinikums) - Klinisch-epidemiologische Forschung
SYNONYM	Lokalisation ICD-O (KRBW), Tumorlokalisierung, Sitz des Tumors, Primärtumorlokalisierung, Ursprungslokalisierung des Tumors
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	C00.0 – C80.9
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Kodierung erfolgt nach den Regeln der ICD-O-3.1 2003, 1. Revision 2014, Systematik Topographie, S. 65 ff. 2. Der Ort der primären Entstehung des Tumors wird kodiert, auch wenn er sich in angrenzende anatomische Regionen ausdehnt. 3. Wenn Tumoren unterschiedlicher Dignität an unterschiedlichen Lokalisationen der gleichen anatomischen Region gefunden werden (z. B. invasives und in-situ-Karzinom verschiedener Quadranten der Mamma), wird die Lokalisation mit der schwerwiegenderen Komponente kodiert. 4. Wenn mehrere Tumoren in derselben anatomischen Region auftreten und der Ursprung kann nicht entschieden werden, ist als Primärtumort „C xxxx.9“ zu kodieren. 5. Nur Primärtumoren werden hier verschlüsselt. <i>Metastasen</i> werden hier <i>nicht verschlüsselt</i>. Im Falle von Metastase bei unbekanntem Primärtumor (CUP) ist „C80.9 Unbekannte Primärlokalisierung“ zu verschlüsseln. 6. Bei gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) wird die Lokalisation kodiert, wo der <i>maligne</i> GIST seinen Ursprung hat. 7. Wenn die medizinischen Unterlagen keine ausreichenden Informationen enthalten, um den Ursprung des Tumors zu verschlüsseln, ist die „C76.- Sonstiger oder Mangelhaft bezeichneter Sitz“ zu kodieren, alle mit „o. n. A.“. Es ist eine C80.9 zu verschlüsseln, wenn auch für eine „C76.0-C76.8 o. n. A.“ nicht genügend Informationen vorhanden sind. 8. Verschlüsselung des Kaposi-Sarkoms: 8.1 Die Lokalisation eines Kaposi-Sarkoms - sei es AIDS bezogen oder nicht - wird wie üblich nach dem primären Ursprungsort des Tumors zum Zeitpunkt der Diagnose kodiert. 8.2 Wenn das Kaposi-Sarkom gleichzeitig an der Haut <i>und</i> einer anderen Lokalisation auftritt, ist die Haut C44.- zu kodieren (nach SEER 2010). 8.3 Wenn der Ursprung des Kaposi Sarkoms unbekannt oder nicht bestimmt werden konnte, ist „Haut o. n. A. C44.9“ zu kodieren (SEER 2010). 9. Verschlüsselung der Lokalisation eines Sarkoms: 9.1 Die übliche Lokalisationsverschlüsselung für Sarkome in den gastrointestinalen Hohlorganen, gynäkologischen Organen oder anderen inneren Organen ist die der Ursprungsorgane. 9.2 Ist der Ursprungsort unbekannt, wird „C49.9 Bindegewebe, Subkutangewebe und sonstige Weichgewebe o. n. A.“, nicht C80.9 kodiert (SEER 2010), da ja zumindest der Morphologietyp bekannt

ist.

10. Lokalisationsverschlüsselung bei hämatopoietischen Neoplasien und Lymphomen:

10.1 Lokalisationsverschlüsselung *aller Leukämien*: C42.1 (Knochenmark), außer Myelosarkom (9930/3), das nach Ursprungsort verschlüsselt wird.

10.2 Lokalisationsverschlüsselung *aller Lymphome*: C77.0-C77.9 (Lymphknoten) verschiedener Lokalisationen; ohne Lokalisationsangabe in Dokumenten: C77.9 (Lymphknoten o. n. A.), s. a. Hematopoietic and Lymphoid Neoplasm Case Reportability and Coding Manual and the Hematopoietic Database (DB) for instructions on coding the primary site for hematopoietic and lymphoid neoplasms.

GÜLTIGKEITSREGELN	Valider ICD-O-3.1-Kode
PRÜFUNGSREGELN	Kompatible Verschlüsselung zwischen ICD-10-GM, ICD-O-3.1-M und ICD-O-3-T
REFERENZDOKUMENTE	ICD-O-3.1 2003, 1. Revision 2014 SEER 2010
REFERENZORGANISATION	DIMDI SEER
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M03

Seitenlokalisation

FELDNAME	Seitenlokalisation
DEFINITION	Die Seitenlokalisation gibt die Seite des Körpers oder die Seite eines paarigen Organs an, die der Ursprungsort des primären Tumors ist
BEGRÜNDUNG	1. Differenzierung des Ursprungsortes zweier Primärtumoren; z. B. rechte und linke Niere 2. Seite eines nicht-paarigen Organs, z. B. rechte Leber oder Leber rechts oder rechter Leberlappen 3. Zählung des syn- oder metachronen Auftretens von Tumoren in paarigen Organen, z. B. Mamma
SYNONYM	Lateralität, Seitenlokalisation, Seitenangabe
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- links - rechts - beidseits - Mittellinie - Entfällt - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Mussfeld. Für jeden Primärtumor ist zu entscheiden, ob und wie die Seitigkeit zu kodieren ist. Die Tumorlokalisation nach ICD-O-3, für die die <i>Seitenlokalisation erfasst werden muss</i> (n. SEER 2007), sind unten in der Tabelle aufgeführt. Darüber hinaus kann die Seitenlokalisation auch bei anderen Tumoren kodiert werden, die nicht in der Tabelle enthalten sind, z. B. Peritoneum, Kolon, Axilla, Inguinalregion, etc., wie aus der Definition hervorgeht. 2. Bei einer Metastase ist „f. A.“ zu kodieren, da die Seitigkeit in diesem Datenfeld ausschließlich für den Primärtumor verschlüsselt wird.

Pflichtkodierung der Seitenlokalisation für folgende paarigen Organe

ICD-O-3-Lokalisation	ORGAN
C07.9	Ohrspeicheldrüse
C08.0	Unterkieferspeicheldrüse
C08.1	Unterzungenspeicheldrüse
C09.0	Fossa tonsillaris
C09.1	Gaumenbogen
C09.8	Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
C09.9	Tonsille o.n.A.
C30.0	Nasenhöhle (<i>exkl.</i> Nasenknorpel, Nasenscheidewand)
C30.1	Mittelohr
C31.0	Sinus maxillaris (Nasennebenhöhle)
C31.2	Sinus frontalis (Stirnhöhle)
C34.0	Hauptbronchus (<i>exkl.</i> Carina)
C34.1-C34.9	Lunge
C38.4	Pleura o. n. A.
C40.0	Lange Knochen d. oberen Extremität, Schulterblatt u. assoziierte Gelenke
C40.1	Kurze Knochen der oberen Extremität und assoziierte Gelenke
C40.2	Lange Knochen der unteren Extremität und assoziierte Gelenke
C40.3	Kurze Knochen der unteren Extremität und assoziierte Gelenke
C41.3	Rippe, Schlüsselbein (<i>exkl.</i> Brustbein)

C41.4	Beckenknochen (<i>exkl.</i> Kreuz-, Steiß-, Schambein, Symphyse)
C44.1	Haut des Augenlides
C44.2	Haut des äußeren Ohres
C44.3	Haut anderer unspezifischer Teile des Gesichtes [wenn Mittelzone (s. Definition der Merkmalsausprägungen unten) gilt „Mittellinie“]
C44.5	Haut des Stammes [wenn Mittelzone (s. Definition der Merkmalsausprägung unten) gilt „Mittellinie“]
C44.6	Haut der oberen Extremität und Schulter
C44.7	Haut der unteren Extremität und Hüfte
C47.1	Periphere Nerven u. autonomes Nervensystem der oberen Extremität und Schulter
C47.2	Periphere Nerven und autonomes Nervensystem der unteren Extremität und Hüfte
C49.2	Bindegewebe, subkutanes und anderes Weichgewebe der unteren Extremität und Hüfte
C50.0-C50.9	Brust
C56.9	Ovar
C57.0	Eileiter
C62.0-C62.9	Testis
C63.0	Epididymis
C63.1	Samenleiter
C64.9	Niere, o. n. A.
C65.9	Nierenbecken
C66.9	Ureter
C69.0-C69.9	Auge und Augenanhangsgebilde
C70.0	Hirnhäute, o. n. A.
C71.0	Gehirn
C71.1	Frontallappen
C71.2	Temporallappen
C71.3	Parietallappen
C71.4	Okzipitallappen
C72.2	Nervus olfactorius
C72.3	Nervus opticus
C72.4	Nervus acusticus
C72.5	Hirnnerven, o. n. A.
C74.0-C74.9	Nebenniere
C75.4	Glomus caroticum

Definition der Merkmalsausprägungen bei paarigen Organen

- links = Ursprung des Primärtumors ist die linke Seite eines paarigen Organs.
- rechts = Ursprung des Primärtumors ist die rechte Seite eines paarigen Organs.
- beidseits = synchron beidseitig aufgetretener Primärtumor, Seitenlokalisation des Ursprungs nicht bekannt, aber ein einziger Primärtumor.
- Mittellinie = Mittelzone = 4 cm breiter Bereich in der Mittellinien (2 cm re und 2 cm li von der Medianlinie).
- Entfällt = nicht zutreffend, keine paarige Lokalisation wie bei nicht-paarigen, mittelständigen Organen, bei Systemerkrankung wie Lymphomen, Leukämien, etc.
- f. A. = Keine Angabe in medizinischen Dokumenten zur Seitigkeit.

Definition eines paarigen Organs

Ein paariges Organ ist eines, das zwei getrennte Organe derselben Art hat, eine auf jeder Seite des Körpers, z. B. Lunge, Niere, Brust, Eierstöcke, Hoden, u. a. m. (s. obige Liste) und nicht mittelständig ist, wie z. B. Thy-mus.

Die Seitenlokalisation muss per definitionem bei allen *paarigen* Organen kodiert werden. Per exclusionem bedeutet dies, dass bei Tumoren bei al-len *nicht-paarigen* Organen (alle, die nicht in der Liste oben aufgeführt sind) „Entfällt“ kodiert werden kann, wie z. B. bei der Schilddrüse.

Zur Erläuterung: Von Klinikern wird häufig innerhalb von nicht-paarigen oder mittelständigen Organen eine Seitenangabe gemacht, z. B. „re Le-ber“, „laterale Blasenwand li“, „Schilddrüsenlappen re“, re Prostatalap-pen, etc.

Seitigkeitsbeschreibungen innerhalb unpaariger Organe können ver-schlüsselt werden, müssen es aber nicht. Vereinbarungen mit Klinikern zur Seitigkeitskodierung von unpaarigen Organen sind entitätsspezifisch zu treffen, die vorliegende Konvention wird immer angewendet.

Der Kode „beidseits“ tritt selten auf, ausgenommen:

- Ovarien (Voraussetzung: gleiche Histologie)
- Retinoblastome
- Wilms Tumoren

Hier treten nicht selten gleichzeitige (synchrone) Primärtumoren auf. Die Feststellung der Beidseitigkeit ist *von einem Arzt* zu treffen.

GÜLTIGKEITSREGELN	s. Tabelle „Paarige Organe“ und deren Ausnahmen.
PRÜFUNGSREGELN	Seitigkeit ist entsprechend Pflichtkodierung oben erfasst
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999 NSW Health Department 2006 Adamo et al 2015.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren Cancer Institute NSW and NSW Health Department SEER
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M03

Histologie (n. ICD-O-3.1-Morphologie)

FELDNAME	Histologie
DEFINITION	Mikroskopische Struktur (Morphologie) der Zellen und / oder des Gewebes des Primärtumors. Beschreibt den feingeweblichen Aufbau des Tumors, sein mutmaßliches biologisches Verhalten und klassifiziert ihn systematisch entsprechend seiner Morphologie
BEGRÜNDUNG	- Klassifizierung der Neoplasien in klinisch relevante Gruppen auf der Basis ihrer Zellmorphologie und des Grades an Invasivität - Therapieplanung in Abhängigkeit der Art und der Dignität - Bewertung der Prognose in Abhängigkeit der Dignität - Zählung der Tumoren nach Dignität, z. B. in Bezug auf die Zahl der durchgeführten Operationen, präoperativ diagnostizierten malignen Tumoren, etc.
SYNONYM	Histologie ICD-O (KRBW), Morphologie Primärtumor, Histomorphologischer Tumortyp, Histologiekode, Tumorhistologie, Histopathologischer Typ
DATENTYP	alphanumerisch
DATENBEREICH	8000/0 – 9992/3
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Verschlüsselung erfolgt nach ICD-O-3.1-Morphologie bei Diagnose. Einige Histologie-/ biologische Verhaltenscodes in der ICD-O-3.1-Morphologie haben einen verbundenen Lokalisationscode in Klammern; dies <i>bedeutet aber nicht</i>, dass nicht andere Lokalisationscodes mit dieser Morphologieziffer verbunden sein können. Z. B. wird bei der Morphologie „8148/2 Glanduläre intraepitheliale Neoplasie Grad 3“ nur die Lokalisation „C61.9 Prostata“ aufgeführt. Die „Glanduläre intraepitheliale Neoplasie Grad 3“ kann jedoch auch in den meisten Organen des Verdauungssystems C15.-, C16.-, C17.-, C18.-, C19.-, C20.-, C21.- und anderen Organen auftreten. 2. Mussfeld für Onkologische Zentren und Kliniken. 3. Einzuhaltende Rangordnung für die besten Referenzdokumente der Histomorphologie: 3.1. Pathologiebericht der repräsentativsten Untersuchungsprobe und der endgültigen patho-histologischen Diagnose des Primärtumors (bei mehreren Operationen Nutzung der „Zusammenfassenden Beurteilung“ im letzten Bericht). Falls die patho-histologische Diagnose revidiert oder ergänzt wird, ist die Revision / Ergänzung zu kodieren. 3.2. Zytologie-Bericht 3.3. Diagnose eines malignen Tumors auf der Basis klinisch-apparativer Befunde, Metastasen, etc. eines Klinikers oder niedergelassenen Arztes. 4. Verschlüsselung aller Tumoren mit den biologischen Verhaltenscodes /0 Benigne (zu erfassen nur für intrakranielle und ZNS-Lokalisationen)(s. Lokalisationen Tab. 2.2) /1 fragliche Dignität, Borderline-Malignität, niedriges Malignitätspotential, unsicheres Verhalten [semimaligne], [potentiell maligne] /2 Karzinoma-in-situ, intraepithelial, nicht-invasiv /3 maligne, Primärtumor /9 maligne, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase

Anmerkung 1

	Der Verhaltenskode /6 wird nicht kodiert. • Wenn ein histo-morphologischer Befund des <i>Primärtumors</i> fehlt und nur eine Metastasenhistologie (/6) vorhanden ist, wie z. B. bei einem Krebs mit unbekannten Primärtumor (CUP → Lokalisation C80.9), ist der entsprechende bösartige Verhaltenskode /3 zu kodieren. Tumor und Metastase haben meist die gleiche Grundhistologie. • Wenn überhaupt <u>keine</u> Histo-Morphologie, aber nach ärztlicher Aussage mittels klinischer und / oder apparativer Diagnostik sicher eine Neoplasie vorliegt, wird eine ICD-O-3.1-Morphologie 8000/0 – 8000/3 kodiert. <u>Anmerkung 2</u> Liegt ein biologisches Tumorverhalten /1 vor, kann im NCT-Krebsregister die TNM-Klassifikation zur anatomischen Ausbreitung des Tumors, das UICC Stadium oder FIGO kodiert werden, wenn diese in Arztbriefen beschrieben werden, obwohl diese Klassifikationen für /1-Tumoren nicht vorgesehen sind.
GÜLTIGKEITSREGELN	Gültige Kodierung der ICD-O-3.1-Morphologie
PRÜFUNGSREGELN	Kompatibel mit ICD-O-3-Topographie und ICD-10-Diagnosen
REFERENZDOKUMENTE	ICD-O-3.1 2000, 1. Revision 2014 Sinn et al 2007. WHO 1967-1981⁹⁴, 1988-1999. WHO (2000-2006)⁹⁵ WHO (2007-)⁹⁶ Wittekind et al (Hrsg) 2002. Wittekind et al 2003.
REFERENZORGANISATION	DIMDI Deutsche Krebsgesellschaft, ADT WHO UICC
KOMMENTAR	Die Verschlüsselung nach ICD-O-3.1 hat sehr hohe Priorität im Register (3. Stelle). <u>Alle</u> gut- und bösartigen Tumoren sind nach ICD-O-3.1 im Falle des Vorhandenseins der Information unbedingt zu verschlüsseln, z. B. wenn Information in Präsenzakte oder anderer Hardware-Akte oder als elektronisch gespeicherter Befund vorhanden. Das Freitextfeld „Morphologie“ in M03 sollte nur in Notfällen genutzt werden. In Kombination mit ICD-O-3-Topographie stellt die Morphologie-Kodierung eine zentrale und genaue Information dar, die therapeutische Entscheidungen bestimmen und deren Ausgang zu überprüfen. Die ICD-O-3.1-Verschlüsselung ist ein entscheidender Qualitätsindikator für die Güte onkologischer Dokumentation und klinischer Versorgung!
NCT-KREBSREGISTER	M03

⁹⁴ WHO (1967-1980).⁹⁵ WHO/IARC (2000-2006).⁹⁶ WHO/IARC (2007-)

Grading

FELDDNAME	Grading	
DEFINITION	Grad der Entdifferenzierung des Tumors. Abweichung der histomorphologischen Struktur der Tumorzellen und des Tumorgewebes vom normalen Aufbau der Zellen und des Gewebes, aus denen sie entstanden sind, ausgedrückt in Gradzahlen. Je höher die Abweichung vom histologischen Normalbefund, desto höher i. A. die Grading-Zahl.	
BEGRÜNDUNG	- Festlegung der Therapie - Bewertung der Prognose - Erfassung der Zahlen von gut- und bösartigen Tumoren, z. B. in Bezug auf die Zahl der durchgeführten Operationen, präoperativ diagnostizierten malignen Tumoren, etc.	
SYNONYM	Grad der Malignität, Gradeinteilung der Malignität, Grad der Entartung, Grad der Differenzierung, Grad der Entdifferenzierung	
DATENTYP	Alphanumerisch	
DATENBEREICH ⁹⁷	G0	Kein Grading vorgesehen; gutartig, normale Histologie
	GX	Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden
	G1	Gut differenziert, differenziert o. n. A.
	G1-2	L = Low Grade
	G2	Mäßig differenziert, mäßig gut differenziert, mittelgradig differenziert
	G3	Schlecht differenziert
	G3-4	H = High grade
	G4	Undifferenziert, anaplastisch
	L	Low Grade
	I	Intermediate
	H	High Grade
	B	Borderline
	Unbekannt	Grad oder Differenzierung nicht bekannt oder Grad und Zelltyp nicht bestimmt
	f. A.	Fehlende Angabe
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Der Befund des histopathologischen Gradings des Tumors soll nach den Empfehlungen der WHO (1967 ff.; 2000 ff.) und der UICC (2002; 2003, 2010) erfasst werden. 2. Kein histopathologisches Grading ist bei folgenden Tumoren vorgesehen⁹⁸ (G0 zu verschlüsseln): - Schilddrüsenkarzinom - Pleuramesotheliom - Malignes Melanom der Haut - Trophoblastäre Schwangerschaftstumoren - Germinale Hodentumoren - Retinoblastom - Nebennierenrindentumoren	

⁹⁷ Auf die folgenden Gradings wird im Ausprägungskatalog „Grading“ verzichtet, da sie klinisch im NCT / Klinikum Heidelberg u. W. praktisch nicht gebräuchlich sind und in medizinischen Dokumenten des Universitätsklinikums nicht erscheinen. SEER (Adamo et al 2015) fasst zur Dokumentation unter „grade“ in einer Kodierungstabelle den *Differenzierungsgrad* (1-4) solider Tumoren *und* Zugehörigkeit zum *Immunophänotyp* (B-, T-, Null- und NK-Zelltyp)(5-8) der hämatopoietischen und lymphoiden Tumoren in nicht sehr logischer Weise zusammen.

G5 T-Zellen

G6 B-Zellen, Vor-B-Zelle, B-Zellvorläufer

G7 Null-Zellen; Non-T-, Non-B-Zellen

G8 NK-Zellen, Natürliche Killer Zellen

G9 Grad/Differenzierung unbekannt, nicht dokumentiert oder nicht zutreffend.

⁹⁸ TNM 8th ed. 2017. AJCC. Cancer Staging Manual 7th ed. 2010, S. 552: Zellspezifisches Grading; s. a. Sinn et al 2007.

- Karzinom der Konjunktiva
- Malignes Melanom der Uvea
- Retinoblastom
- Sarkom der Orbita
- Karzinom der Tränendrüse

3. Bei mehreren histo-pathologisch gradierten Tumorherden oder mehreren unterschiedlich gradierten Regionen in *einem* Tumor wird *der höchste Grad* kodiert, d. h. der aggressivste Herd respektive die am höchsten anaplastische Region dokumentiert, also das höchste Grading. Bei unterschiedlichen Gradierungen in demselben Tumor ist also der ungünstigste Differenzierungsgrad maßgeblich. Nur *eine* Schlüsselnummer wird kodiert.

4. Das international gültige histopathologische Grading solider maligner Tumoren der WHO umfaßt die 4 Stufen G1, G2, G3 und G4 (s. Tabelle 1). Dieser allgemeinen Einteilung folgt die UICC in der TNM-Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage. Dort wird für die meisten Tumoren die Art des Gradings (zwei-, drei- oder 4-stufig) bzw. dessen Nicht-Anwendbarkeit angegeben. Allgemein gilt folgende Zuordnung:

Tab 1 Histopathologische Grading, vierstufig⁹⁹

GX	Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden
G0	Normales Gewebe
G1	Gut differenziert
G2	Mäßig differenziert
G3	Schlecht differenziert
G4	Undifferenziert

Wenn keine Aussage zum Grading gemacht werden kann oder ein Grading nicht vorgesehen ist, wird GX kodiert (GX = Differenzierungsgrad oder Herkunft kann nicht bestimmt werden).

Das histopathologische Grading ist nicht für alle Neoplasien einheitlich, für einige Entitäten – Knochen und Weichgewebe, urologische Tumoren (außer Hoden), Tumoren des Corpus uteri, Ovarialtumoren, Melanom der Konjunktiva und Uvea - gelten eingeschränkte oder organspezifische Notationen.

5. „Grading“ bei Lymphomen und Leukämien

Das „Grading“ bei *Lymphomen und Leukämien* ist ein Zellindikator und **kein Grading i. S. der Beurteilung der Malignität** sondern ein Kodierungssystem. Es beschreibt die *Zelllinie* bzw. den Phänotyp der bösartig gewordenen Zelle:

G5	T-zellig
G6	B-zellig, prä-B, B-Vorläufer-
G7	0-zellig, nicht-T-zellig, NK-zellig, Natürliche Killerzellen
G9	Zelltyp nicht bestimmt, nicht angegeben oder entfällt.

6. Alle Auswahlmöglichkeiten sind im Ausprägungskatalog NCT-Krebsregisters für „Grading“ enthalten.

⁹⁹ Wittekind, Meyer 2009, S. 15.

7. Abhängig vom Organsystem werden solide Tumoren unterschiedlich nach zwei-, drei- und vierstufigen Grading-Systemen histologisch eingeteilt. Sie lassen sich aber ineinander überführen.

Das zweistufige Grading bezeichnet Tumoren entsprechend ihrer Bösartigkeit als low grade und high grade. Das vierstufige Grading kann in das zweistufige low/high grade übersetzt werden, siehe Tabelle 2.

Für Weichgewebetumoren wie Sarkome werden zwei-, drei- und vierstufige Gradings angewendet, am häufigsten das dreistufige¹⁰⁰. Übersetzungen in das jeweilige andere System zeigt Tabelle 4.

Tab 2 Zwei-stufiges Gradingssystem

Grading ¹⁰¹ -Einteilung	Abkürzung	Beschreibung
G1-G2	L oder LG	Low grade = Niedriggradig
G3-G4	H oder HG	High grade = Hochgradig

Tab 3 Drei-stufiges Gradingssystem

Grading ¹⁰² -Einteilung	Analogie	Beschreibung
G1	L = low grade	Low grade = Niedriggradig
G3	I = Intermediär	Schlecht differenziert
G4	H = high grade	Undifferenziert

Tab 4 Zuordnungstabelle der zwei-, drei- und vier-stufigen Gradingssysteme^{103,104} bei Weichgewebetumoren (Sarkome, etc)

Zweistufiges Grading	Dreistufiges Grading	Vierstufiges Grading
Niedriggradig = low grade	Grad 1	Grad 1 Grad 2
Hochgradig = high grade	Grad 2 Grad 3	Grad 3 Grad 4

8. Jeder spezifische Tumor soll nach dem für ihn international gültigen bzw. durch Regel festgelegten Gradingssystem dokumentiert werden. Die jeweiligen Gradingssysteme sind tumorspezifisch in den Handbücher angegeben. Die vom Grading ausgenommenen Tumoren sind oben unter Punkt 2 genannt.

GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Kompatibel mit ICD-O-3-Topographie und ICD-10-Diagnosen
REFERENZDOKUMENTE	ICD-O-3.1 2003, 1. Revision 2014. Sinn et al 2003. WHO 1967-1981, 1988-1999. WHO (2000-2006) Classification of Tumours.

¹⁰⁰ Edge et al 2010 (AJCC 2010); AWMF 2010.

¹⁰¹ Wittekind, Meyer 2010; Hentschel, Katalinic 2008.

¹⁰² Wittekind, Meyer 2010; Hentschel, Katalinic 2008.

¹⁰³ n. Wittekind, Meyer 2010, S. 144.

¹⁰⁴ Bielack et al 2010.

	WHO (2006-) Classification of Tumours. Wittekind et al (Hrsg) 2002. Wittekind, Meyer (Hrsg) 2010. Edge et al 2010. Wittekind et al 2003. Elston and Ellis 1991. AWMF 2010.
REFERENZORGANISATION	DIMDI, Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung Deutsche Krebsgesellschaft, ADT WHO UICC AJCC
KOMMENTAR	Im NCT-Krebsregister ist das Grading-Datenfeld eigenständig und getrennt vom TNM-Feld.
NCT-KREBSREGISTER	M03, M05

Fokalität

FELDNAME	Fokalität
DEFINITION	Mikro- oder makroskopischer Herd oder mehrere Herde einer Neoplasie in einem Organ oder abgegrenzten Gewebe
BEGRÜNDUNG	- Zur Bestimmung der patho-anatomische Größe bzw. Gesamtausdehnung eines ein- oder mehrherdigen Primärtumors in einem Organ - Unterscheidung eines <i>einzelnen</i> multifokalen Neoplasie von synchronen <i>mehrfachen</i> Primärtumoren in einem Organ - Unterscheidung von unifokalen / multifokalen Primärtumoren von systemischen Tumoren, z. B. beim multiplen Myelom - Zur Charakterisierung des R-Status (Tumorgeschehen) - Prognostische und therapeutische Bedeutung
SYNONYM	Zentrität, z. B. multizentrisch, polyzentrisch, unizentrisch
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- unifokal - multifokal - systemisch - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Bei Unifokalität findet sich <u>ein</u> Tumorzellhaufen an einem räumlich begrenzten Bezirk eines Organs, bei Multifokalität an mehreren Stellen. Per definitionem befinden sich die Herde eines multifokalen Tumors nicht in sichtbarer räumlicher Kontinuität (Diskontinuität bei „Multifokalität“ / „Multizentrität“). 2. Der Begriff „Fokalität“ bezieht sich auf solide Tumoren einer Entität, z. B. Tumoren der Mamma, Blase, des Kolons, etc.; er wird sowohl makro- wie mikroskopisch angewendet. 3. Das Datenfeld „Fokalität“ soll immer bei folgenden Lokalisationen angewendet werden: Mamma, Dickdarm, Kopf-Hals, Niere, Lunge, Malignes Melanom der Haut, Nierenbecken, Ureter, Blase und andere ableitende Harnwege. 4. Nicht zutreffend ist das Merkmal „Fokalität“ bei systemischen Neoplasien, d. h. bei allen lymphoiden, hämatopoetischen und verwandten Neoplasien nach WHO (s. „Tumoren der hämatopoietische und lymphoiden Gewebe“, Organspezifische Dokumentation¹⁰⁵. Bei allen Entitäten dieser systemischen Neoplasien (s. dort Tabelle 1.1) soll „systemisch“ kodiert werden. Wenn „<u>systemisch</u>“ kodiert wird, werden in der Verlaufsdokumentation folgende Datenfelder <u>ausgeblendet</u>, da sie nicht zutreffen: - Status Primärtumor - Status Regionäre LK - Status Fernmetastasen - Fernmetastasenlokalisierung - Datum Fernmetastasen. Metastatische Absiedlungen fallen nicht unter den Begriff Fokalität (des Primärtumors!!) und werden nicht gerechnet. 5. Bei Zutreffen von „multifokal“ muss immer die Frage der „Multiplen synchronen und metachronen Primärtumoren“ (s. d.) gestellt und entschieden werden. Hierbei wird überprüft, ob <u>ein</u> oder <u>mehrere</u> <u>Primärtumor(en)</u> vorliegen. Liegen <u>mehrere</u> primäre synchrone Tumoren vor, werden, falls zutreffend, mehrere Erhebungen entspre-

¹⁰⁵ Adzersen, Becker 2017(10)

	chend den organspezifischen Regeln der multiplen Primärtumoren angelegt.
	6. Wenn aus den vorliegenden Dokumenten <u>nicht</u> hervorgeht, ob ein oder mehrere Primärtumor(en) vorliegen, wird im Datenfeld „Fokalität“ „f. A.“ verschlüsselt.
GÜLTIGKEITSREGELN	Gültiges Katalogmerkmal
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999 Denkert 2005.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Das Tumormerkmal „Fokalität“ ist im KRBW-Datenkatalog nicht enthalten. 2. Die meisten hämatopoetischen, lymphoiden und verwandten Neoplasien sind nicht fokal, d. h. in vielen Fällen sitzen die neoplastischen Zellen polyfokal = multifokal, z. B. im Knochenmark, der Milz, der Leber, der Haut, der Schleimhaut, etc. oder zirkulieren im Kreislaufsystem. Es gibt Ausnahmen: - Plasmozytom, das solitär = unifokal auftreten kann. - Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphome sind anfänglich nicht selten auf eine Region „fokal“ beschränkt, in späteren Stadien oft „multifokal“, d. h. in mehreren Regionen aufzufinden. Hier werden aber spezifische Einteilungen angewendet. 3. Der derzeitige Merkmalskatalog des Datenfeldes „Fokalität“ im NCT-Krebsregister ist ergänzungsbedürftig: Unbekannt und Nicht zutreffend sollten hinzugefügt werden.
NCT-KREBSREGISTER	M03

Diagnosesicherheit

FELDNAME	Diagnosesicherheit
DEFINITION	Gibt das diagnostische Verfahren mit dem höchsten Evidenzgrad für die Diagnose des vorliegenden Tumors zum Diagnosedatum an
BEGRÜNDUNG	- Qualitätssicherung der Tumordiagnose - Zählung histologisch / zytologisch gesicherter versus nur klinisch gesicherter Diagnosen - Vergleichbarkeit der Validität der onkologischen Diagnosen
SYNONYM	Histologische Diagnosesicherung (KRBW), Diagnosebestätigung, diagnostische Konfirmation; Diagnosesicherungsart
DATENTYP	Text
DATENBEREICH ¹⁰⁶	- Klinisch - Zytologisch - Histologisch - Autoptisch - Ausschließlich durch Leichenschauschein (DOC) - Patientenangaben - Molekular - Zytogenetisch - Hämatologisch - Bildgebung (Sonographie, CT, MRT, PET, etc.) - Bioptisch - Histologie einer Metastase - Laborchemisch - Sonstiges - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Stärke der Evidenz ist nach Rang geordnet. Bei der Auswahl der Kodierung für die Diagnosesicherheit wird die höchste Stufe der Evidenz für die Diagnosestellung gewählt. Falls zu irgendeinem Zeitpunkt im Laufe der Diagnostik eine höhere Stufe der Evidenz erreicht wird, führt dies zur Ergänzung / Änderung der Verschlüsselung.

Definition einiger Begriffe der Diagnosesicherheit

- o histologisch = Histologie des Primärtumors: Histologische Untersuchung von Gewebe des Primärtumors einschließlich aller Schnitttechniken und Knochenmarksbiopsien. Dies schließt Proben des Primärtumors aus Autopsien ein. Histologische Untersuchung des Gewebes aus einer Metastase, einschließlich bei Autopsie.
- o Zytologisch = Untersuchung von Zellen aus primären oder sekundären Lokalisationen (z. B. Lungen, Pleuraraum, Aszites, etc.), inklusive Flüssigkeitsaspirationen mittels Endoskopien oder Nadeln. Schließt mikroskopische Untersuchungen von peripheren Blutaussstrichen und Ausstrichen von Beckenkammaspirationen ein.
- o Klinisch = Klinische Diagnose vor dem Sterbedatum durchgeführt; schließt körperliche Untersuchung und alle diagnostischen Techniken, inklusive Röntgen, Endoskopie, CT, MRT, weitere bildgebende Verfahren, Ultraschall, exploratorische Chirurgie (Laparatomie, etc.) und Autopsie ein, ohne mikroskopische Gewebediagnose.

¹⁰⁶ Der Katalog der Diagnosesicherheit kann falls erwünscht spezifiziert und erweitert werden, z. B. Probelaparatomie, -laparoskopie, Autopsie ohne Histologie, spezieller biochemischer und / oder imunologischer Test etc.

o Sonstiges (Beispiele)

- Spezifische Tumormarker, biochemische und / oder immunologische Marker, die für eine Tumorlokalisation spezifisch sind:
- Human Chorionic Gonadotrophin (HCG) für die Diagnose eines Choriocarcinoms (gewöhnlich >100,000 IU im Urin).
- Prostate Specific Antigen (PSA) für die Diagnose eines Prostatacarcinoms (gewöhnlich >10 µg/l Serum).
- Alpha-Feto-Protein (AFP) für die Diagnose eines Hepatocellulären Carcinoms (gewöhnlich >200 ng/ml Serum).
- Catecholamin-Abbauprodukte (HVA, VMA) für die Diagnose eines Neuroblastoms.
- Erhöhte Serumimmunoglobuline beim Myelom (IgG >35g/l or IgA > 20g/l).
- Waldenström's Macroglobulinämie (IgM > 10g/l); Urin Immunoglobuline beim Myelom (Leichtkettenausscheidung > 1g/24h)

o Leichenschauschein = Die einzige dem Register vorliegende Information ist der Leichenschauschein (DCO-Fall: Death Certificate Only).

o Patientenangaben = Patient gibt an, früher an diesem dokumentierten Tumor erkrankt gewesen zu sein.

o f. A. = keine medizinischen Unterlagen zur Frage, auf Basis welchen Verfahrens die Diagnose gesichert wurde (= unbekannt).

GÜLTIGKEITSREGELN	Valider NCT-Krebsregister-Katalog
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Jensen et al 1991; ICDO3 2003, S. 60.
REFERENZORGANISATION	IARC, WHO
KOMMENTAR	Anmerkungen zur Meldung aus dem NCT-Krebsregister an das KRBW: 1. „Diagnosesicherheit“ im NCT-Krebsregister entspricht dem Datenfeld „Histologische Diagnosesicherung“ im KRBW-Datenkatalog. 2. Wenn im NCT-Krebsregister „Histologisch“ oder „Zytologisch“ kodiert wird, bedeutet dies im KRBW-Datenkatalog „Ja“, wenn „klinisch“, „sonstiges“, „Leichenschauschein“, „Patientenangaben“ kodiert ist „Nein“ und wenn „f. A.“ kodiert ist bedeutet dies im KRBW-Datenkatalog „Unbekannt“. 3. Der Sicherheitsgrad der Diagnose wurde in der TNM-Klassifikation, 7. Auflage, S. 18 durch den C-Faktor (Certainty) ausgedrückt. In der TNM. 8. Aufl. ist der C-Faktor nicht mehr aufgeführt. Er wird damit als TNM-Faktor eliminiert und soll ab 01.01.2017 nicht mehr aufgeführt werden.
NCT-KREBSREGISTER	M03

TNM Version und andere Klassifikationen des Stadiums

FELDNAME	TNM Version und andere Klassifikationen des Stadiums
DEFINITION	Gliederung zur Verschlüsselung des anatomischen Ausbreitungsgrades von Neoplasien; Referenz für die Festlegung des Stadiums eines bestimmten Tumors.
BEGRÜNDUNG	- Anwendung gleicher Verschlüsselungsstandards bei Eingabe von Tumorstadien, um Vergleichbarkeit von Daten verschiedener Register zu erreichen. - Vergleichbarkeit von Studien- und Therapieergebnissen verschiedener Institutionen und Krebsregister - Benchmarking.
SYNONYM	TNM-Version (KRBW), System / Schema der Stadieneinteilung, Staging-System
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- <i>TNM</i> Auflage 3 (-1987) - <i>TNM</i> Auflage 4 (1987-1997) - <i>TNM</i> Auflage 5 (1997-2002) - <i>TNM</i> Auflage 6 (2003-2009) - <i>TNM</i> Auflage 7 (2010-2017) - <i>TNM</i> Auflage 8 (2017-) - <i>TNM</i> Auflage unbekannt - <i>AJCC Staging Manual</i> Sixth edition (2003-2009) - <i>AJCC Staging Manual</i> Seventh edition (2010-) - <i>Ann-Arbor</i> (Lymphome) - <i>BFM-Klassifikation</i> (ALL-Berlin-Frankfurt-Münster) - <i>Binet</i> (CLL) - <i>Breslow</i> (-2001) (Hauttumoren) - <i>Clark-Level</i> (Hauttumoren) - <i>CML-Stadien</i> (Chronische Myeloische Leukämie) - <i>Duke's System</i> Kolorektale Tumoren - <i>ACPS</i> (Australien Clinico-Pathological Staging System) - <i>Enneking SSS</i> Surgical Staging System (Weichgewebe- u. Knochensarkome) - <i>Evans</i> (Neuroblastom), s. <i>INSS</i> - <i>FAB ALL und AML</i> (Französisch-Britisches System für Leukämien) - <i>FIGO</i> (Vulva, Vagina, Cervix uteri, Uterus Endometrium, Uterus Sarkome, Ovar, Tuba uterina, Trophoblastäre Schwangerschaftstumoren) - <i>Gleason</i> Grading - <i>Gleason</i> Score - <i>IGCCG</i> Hodentumoren - <i>INDIANA</i> Metastasen Hodentumoren - <i>INSS</i> Neuroblastom - <i>Jansen und Hermans</i> Haarzellleukämie - <i>Kernohan</i> Schema Astrozytom - <i>Limited/extensive disease</i> (Bronchialkarzinom) - <i>Lugano</i> (Hoden) - <i>Lugano</i> (MALT) - <i>Marburger</i> Klassifikation für Bronchialkarzinome - <i>Masaoka</i> (Thymustumoren) - <i>Mattson</i> Stadieneinteilung bei Mesotheliom - <i>Murphy</i> (kindliche NHL) - <i>NWTS</i> (Wilms-Tumor, Nephroblastom)

- *Phasen CML* für CML
- *Philadelphia Chromosom* für CML
- *Radaszkiewicz* für Lymphome des GI
- *Rai* (CLL)
- *Robson* (Niere)
- *Salmon-Durie* (multiples Myelom)
- *Transformation NHL*
- *UICC/AJCC (-2001)* (Hauttumoren)
- *UICC/AJCC (2002-)* (Hauttumoren)
- VALG Veterans Administration Lung Study Group SCLC
- IASLC International Association for the Study of Lung Cancer
- *WHO-Klassifikation für ZNS Tumoren 2000*
- *WHO-Klassifikation für ZNS Tumoren 2007*
- Sonstige Klassifikation
- f. A.

BENUTZUNGSHINWEIS

1. Für solide Tumoren gelten die jeweils gültigen Stadieneinteilungen der Publikationen der UICC „TNM Klassifikation maligner Tumoren“, aktuell TNM 8. Aufl. 2017 für Diagnosen ab 01.01.2017 (Brierley JD, Gospodarowicz, Wittekind C 2017).
2. Zur FIGO (Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique) Einteilung:
Die FIGO-Stadien basieren auf *chirurgischem Staging*. Die Beziehung zwischen den TNM-Stadien (klinische und / oder pathologische Klassifikation) und der Stadiengruppierung nach FIGO ist in der TNM 8. Aufl. 2017 für Vagina, Cervix uteri, Corpus uteri, uterine Sarkome, Ovar, Tuba uterina, primäre peritoneale Karzinome und trophoblastäre Schwangerschaftstumoren) spezifisch aufgeführt.
3. Für das Multiple Myelom gilt am NCT Heidelberg Durie & Salmon. Ist ein ungenaues Zwischenstadium angegeben, z.B. Stadium II-III, so soll immer das schlechtere Stadium eingegeben werden, d.h. in diesem Fall Stadium III. (Festlegung vom 03.11.06, Dr. Dirk Hose, Dr. Ulrike Klein, Dr. Uta Mazitschek, Jens Klaus (alle Innere Medizin V), Dr. Karl-Heinrich Adzersen, Evelin Deeg, Daniela Beister (alle DKFZ, Abt. Klinische Epidemiologie).
4. Die Angabe eines TNM für solide Tumoren ist ein zu meldendes Pflichtfeld für das KRBW.
5. Hinweise zur TNM-Klassifikation:
Es gelten die Verschlüsselungsregeln des *jeweilig gültigen UICC-Handbuchs „TNM Klassifikation maligner Tumoren“*, die für das Diagnosedatum gelten. Ab 01.01.2011 gilt die 7. Auflage, ab 01.01.2017 die 8. Auflage.
6. *L- und eine V-Klassifikationen* werden von der UICC in den Klassifikationen maligner Tumoren seit 1992 empfohlen (s. TNM Publikationen).
- 6.1 Beim *Nierenkarzinom* wird der makroskopische Befall von V. renalis und V. cava in der T- und pT-Klassifikation berücksichtigt. Die V-Klassifikation ist in diesem Fall nur insofern von Interesse, als sie der zusätzlichen Erfassung einer mikroskopischen Veneninvasion dient.
- 6.2 Bei *Hodentumoren* entfällt die L- und V-Klassifikation, da Lymphgefäß- und Veneninvasion Kriterien der pT-Klassifikation sind.
7. Eine *Pn-Klassifikation* wird von der UICC seit 2003 empfohlen (s. TNM Publikationen)

	8. Das Tumorstadium wird nach der in dieser Klinik oder Abteilung festgelegten Klassifikation für diese Entität durchgeführt. Falls dies nicht bekannt ist, wird nach der international üblichen Klassifizierung vorgegangen (im Zweifel Nachfrage über „Register.NCT@med.uni-heidelberg.de“). 9. Das <i>Tumorstadium</i> gilt primär für das <i>Stadium bei Diagnose</i> und kann bis 3 Monate danach festgelegt werden, da oft ein Staging erst nach einer Op. durchgeführt wird. Es kann aber auch sehr gut mehrfach durchgeführt werden, z. b. bei Diagnosestellung, bei Downstaging nach neoadjuvanter Therapie, nach abgeschlossener Primärtherapie, im Verlauf. 10. Der im Kurzdatensatz des NCT-Krebsregisters erfasste TMN ist definitionsgemäß immer der erste TNM, also <i>TNM bei Diagnose</i>. Dieser kann auch ein rein klinischer sein, da nach neo-adjuvanter Therapie ein post-operativer pathologischer TNM ein pT0pN0M0 ergeben kann, wobei dann im nachhinein nicht mehr verständlich wäre, warum ein Patient mit einem initialen T0-TNM einer Krebstherapie unterworfen worden ist. 11. Das TNM-System wird hauptsächlich bei soliden Tumoren angewendet. Bei hämatopoetischen, lymphoiden und verwandten Tumoren, bei kindlichen Neoplasien und vielen anderen Entitäten und Entitätsgruppen werden andere Klassifikationen der Stadienfestlegung als sinnvoller angesehen. 12. Die wichtigsten Stadien-Einteilungen der <i>Entitäten</i> mit Non-TNM-Klassifikationen für die Zentrale Dokumentation sind im Anhang zu finden, weitere in den NCT-Krebsregister-Handbüchern 01-12 der organspezifischen Dokumentation.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valider Katalogeintrag
PRÜFUNGSREGELN	Klassifikation und Entität müssen kompatibel sein, z. B. ist FIGO für alle nicht-gynäkologischen Tumoren ausgeschlossen, & Salmon gilt nur für MM, etc.
REFERENZDOKUMENTE	Benedet et al 2000. Bennett et al 1985. Binet et al 1981. Breslow 1970. Brierley et al 2017. Carbonne et al 1971. Davis, Newland 1982. Durie, Salmon 1975. Gleason 1977. In: Tannenbaum M (ed) Jansen and Hermans 1982. Kramarova et al 1996. Micke et al 2002. NHMRC Guidelines 2005. NSW Health Department 2001. Rai et al 1975. Rosenberg 1977. Hermanek and Sobin 1992. Wittekind et al 2003. UICC 1987-2017. TNM Classification of Malignant Tumours.
REFERENZORGANISATION	s. Referenzen

KOMMENTAR	1. Das klinisch-diagnostische Verfahren, mit dem die anatomische Ausbreitung einer Neoplasie vor oder auch häufiger nach einer begonnenen Behandlung erfasst wird, heißt „Staging“. 2. Die anschließende Klassifizierung des Ausbreitungsgrades der Neoplasie erfolgt durch unterschiedliche Einteilungssysteme. 3. Das TNM-System dient im wesentlichen Beschreibung der anatomischen Ausbreitung von soliden Tumoren. Andere Klassifikationssysteme erfassen das Stadium bei systemischen Tumoren oder den organspezifischen Ausbreitungsgrad der speziellen Entität. 4. Der anatomische Ausbreitungsgrad - das Stadium eines Tumors - dient der Therapieentscheidung, der Prognosebestimmung bzw. des zukünftigen Rezidiv- oder Sterberisikos. Inhaltlich überschneiden sich in einigen Fällen die Begriffe (s. Breslow-Prognoseindex und Stadieneinteilung n. Balch beim Malignen Melanom). Für etliche Neoplasien bestehen aber neben Klassifikationen zur Stadieneinteilung auch besondere Systeme zur Risikoabschätzung, z. B. zytogenetische Faktoren bei der AML, der „Internationale Prognostische Index“ bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen, etc. 5. Für einige Tumorentitäten sind mehrere Klassifikationen in Gebrauch. Das Dokumentationsvorgehen ist je nach Entität und Klinik zu bestimmen, wobei, falls erforderlich, auch mehrere Klassifizierungen parallel kodiert werden können. 6. Für systemische Neoplasien, einschließlich Hodgkin- und Non-Hodgkin-Lymphome, wird die TNM-Klassifikation als wenig praktikabel erachtet. Das Staging systemischer Neoplasien beruht im klinischen Alltag auf zahlreichen krankheitsspezifischen Klassifikationen (siehe NCT-Handbuch der Tumoren der hämatopoietischen und lymphoiden Tumoren 2017).
NCT-KREBSREGISTER	M03

Stadium nach UICC (TNM)

FELDNAME	Stadium
DEFINITION	1. Solider Tumor: Anatomischer Ausbreitungsgrad der Neoplasie 2. Systemische Neoplasie: Stufe / Phase der Krankheitsentwicklung
BEGRÜNDUNG	- Aufschlüsselung der Stadienverteilung einer Neoplasie bei Diagnose - Prognosekriterium und Risikoabschätzung - Grundlage der Therapieplanung - Posttherapeutisches krankheitsfreies Intervall nach Stadium - Auswertung von Therapieergebnissen nach Stadium - Effekte multimodaler oder neoadjuvanter Therapien nach Stadium - Überlebensanalysen nach Stadium - Benchmarking
SYNONYM	Klinische Gruppen (entsprechend TNM-Kategorien)
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Katalog der zugrunde liegenden „Klassifikation Stadium“
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Die Klassifizierung des Tumors durch TNM beschreibt den anatomischen Ausbreitungsgrad bzw. das Stadium des Tumors zum „Datum der Diagnose“. Wenn innerhalb von drei Monaten nach Diagnose neue Informationen zum Stadium auftreten, darf ein bereits kodiertes Stadium geändert werden. Grund dieser Änderung, Name des Änderers und Datum der Korrektur müssen dokumentiert werden. 2. <u>Es gelten die Beschreibungen und Regeln der TNM-Klassifikation, die zum Datum der Diagnose gilt.</u> Ab Diagnosedatum 01.01.2017 ist dies die TNM 8. Aufl. 2017. 3. Bei multiplen synchronen Primärtumoren in einem Organ soll für T der Tumor mit der höchsten Kategorie (der Tumor mit der größten Ausdehnung) angegeben werden. 4. Bei jeder Angabe eines Stadiums ist zuvor die angewendete Klassifikation zu kodieren. 5. Beschreibungen der Stadieneinteilung bei anderen Neoplasien sind in Teil 4 dieses Handbuchs zu finden. 6. Anmerkungen zur UICC-Stadien-Klassifizierung von Tumoren ab Diagnosedatum 01.01.2017 (TNM-8 und AJCC-7) 6.1 TNM-8 und FIGO wurden aufeinander abgestimmt und angepasst. 6.2 In TNM-7 und AJCC-7 sind neue Kapitel eingeführt worden, die in TNM-8 erweitert wurden. Enthalten sind jetzt: - Malignes Melanom des oberen Aerodigestivtraktes - Gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST) - Appendix-Karzinom - Appendix-Karzinoid - Gastrointestinale neuroendokrine Tumoren (Magen-, DüDa-Karzinome, Kolo-Rektum) - Intrahepatische Gallengänge - Perihiläre Gallengänge - Pankreas (jetzt inkl. Neuroendokrine Tumoren und Karzinoide) - Merkelzell-Karzinome - Uterussarkome - Nebennierenrinde - Pädiatrische Tumoren Einige organspezifische Klassifizierungen wurden signifikant verändert, insbesondere die LK-Klassifizierung zahlreicher Organe. Dies ist ab 01.01.2017 zu berücksichtigen.

-
- 6.3 Ergänzungen der Grundregeln für alle anatomischen Bezirke und Hinweise zur Dokumentation nach TNM-7 und -8 und AJCC-7 ab 01.01.2017:
- 6.3.1 Prätherapeutische und neoadjuvante Klassifizierungen des TNM sind immer *klinische TNM* (einfach TNM oder cTNM).
- 6.3.2 Postoperative, pathologische Klassifizierungen (pTNM) dienen der Stadieneinteilung, Entscheidungsfindung bei der adjuvanten Therapie und der Prognosebeurteilung.
- 6.3.3 „MX“ ist keine valide Kategorie und soll nicht verschlüsselt werden, auch nicht, wenn im Arztbrief „MX“ steht („MX“ ist nach TNM-7 und AJCC-7 nicht zugelassen und wird vom KRBW zurückgewiesen). Wenn kein M-Status bekannt ist, wird das M-Feld freigelassen, d. h. nicht kodiert!
- 6.3.4 Die klinische M-Klassifizierung (cM) erfordert nur Anamnese und Untersuchung (körperliche Untersuchung durch Arzt, Bildgebung, Labor, etc.). Bildgebung entfernter Organlokalisationen ist nicht zwingend erforderlich, um cM0 zu bestimmen und zuzuweisen.
- 6.3.5 Pathologische M-Klassifikation (pM) erfordert eine positive Biopsie am Ort der Metastase (pM1, pM2, etc.).
- 6.3.6 Ein *pathologisches M0* (*„pM0“*) ist keine valide Kategorie und darf nicht verschlüsselt werden (wird vom KRBW zurückgewiesen). Wenn eine metastasenverdächtige Lokalisation untersucht wurde und der Befund negativ ist (kein malignes Gewebe), wird dies als cM0 verschlüsselt.
- 6.3.7 Alle Kombinationen von pathologischen und klinischen Klassifizierungen im TNM (z. B. pT2pN1cM, pT1cN0pM1, etc.) sind selbstverständlich möglich.
- 6.3.8 Fälle mit pathologischem M (*pM1*) können als *Stadium IV* eingruppiert werden, unabhängig vom „p“ oder „c“-Status von T oder N, da Metastase nachgewiesen.
- 6.3.9 Fälle, die nach Biopsie möglicher metastatischer Lokalisationen wie Knochenmark, Leber, Blut, etc.
- "Isolierte Tumorzellen" (ITC) oder
 - "Disseminierte Tumorzellen" (DTC) oder
 - Knochenmarks-Mikrometastasen ("mi") zeigen, die mittels mikroskopischer und/oder molekularer Techniken nachgewiesen wurden, werden als cM0(i+) kodiert, *wenn morpho-histologische Techniken* und M0(mol+), wenn nicht-morphologische = *molekulare Techniken* angewendet wurden. M0 (Null) wird kodiert, um die unsichere prognostische Signifikanz dieser Befunde zu kennzeichnen. Die resultierende Stadiengruppierung erfolgt entsprechend T, N und M0.
7. Werden bei einem Initial- oder Verlaufs-TNM keine Metastasen festgestellt, sei dies klinisch, mit oder ohne Bildgebung oder sonstige Untersuchungsmethoden, wird M0 kodiert. Dies entspricht der Regel, daß solange keine Metastasen festgestellt wurden, die Kodierung M=0 dokumentiert werden soll. Es entspricht auch der Regelung nach TNM-8, S. 8, nach der MX unzulässig und M0 oder M1 je nach Befund kodiert werden soll.
8. Die oben beschriebene TNM-Klassifizierung gilt derzeit (ab 01.01.2017 ff.) für den Zeitpunkt der Diagnose. Da häufig die OP vor dem Staging stattfindet und erst einige Wochen oder Monate nach der Diagnose das Staging abgeschlossen ist, wird erlaubt, dass die M-Klassifizierung bis drei Monate nach dem Diagnosedatum eingetragen
-

	und auch verändert werden darf. <i>Danach</i> ist eine vorher nicht nachgewiesene Metastase als Rezidiv im Verlauf anzulegen.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valide Kodierung entsprechend der bei der Entität anzuwendenden Klassifikation
PRÜFUNGSREGELN	Kompatibilität der Tumorentität und der angewendeten Klassifikation
REFERENZDOKUMENTE	Wittekind et al (Hrsg) 2002 Brierley et al 2017. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	UICC SEER Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Stadienbestimmungen sind entitätsspezifisch und werden bei Bedarf organspezifisch näher erläutert (s. NCT-Krebsregister Handbücher 1-10 der organspezifischen Dokumentation).
NCT-KREBSREGISTER	M03

Fernmetastasen nachgewiesen (bei Diagnose)

FELDDNAME	Fernmetastasen nachgewiesen
DEFINITION	Aussage, ob eine Fernmetastase bei der Diagnose nachweisbar war oder nicht
BEGRÜNDUNG	- Ausbreitung des Tumors - Stadiumfeststellung - Entscheidendes Prognosekriterium - Kriterium der Therapiestrategie - Gesamtüberlebenszeit in Abhängigkeit der Therapiestrategie
SYNONYME	Nachweis von Metastasen, Filiaenachweis; Fernabsiedlung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	- Ausgefülltes Feld ist <i>Voraussetzung</i> für die Kodierung der Fernmetastasenlokalisation - Eine Fernmetastase, die innerhalb von drei Monaten nach Datum der Diagnose festgestellt wird, gilt als Teil der Diagnose - Eine Absiedlung im <u>regionären</u> Lymphabflussgebiet gilt nicht als „Fernmetastase“, im sonstigen Lymphsystem wohl.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Bei Kodierung „Nein“ oder „f. A.“ kann Datenfeld „Fernmetastasenlokalisation“ nicht verschlüsselt sein.
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT
KOMMENTAR	Auch Mikrometastasen $\leq 0,5$ mm oder einzelne histo-chemisch nachgewiesene Tumorzellen gelten als Fernmetastasen (s. unter TNM-Stadium Abschnitt 6.3.9 zu Mikrometastasen).
NCT-KREBSREGISTER	M03

Fernmetastasenlokalisierung (bei Diagnose)

FELDNAME	Fernmetastasenlokalisierung	
DEFINITION	Anatomischer Ort der Absiedlung von Tumorzellen über das regionäre Lymphabflussgebiet des Primärtumors hinaus zum Zeitpunkt der Diagnose	
BEGRÜNDUNG	- Häufigkeit von Fernmetastasen bei Diagnose nach Entität - Klinische Suche von Metastasierungsherden (Staging) in prädislozierten Organen bei bereits diagnostiziertem spezifischem Primärtumor; - Metastastasierungsorgane nach Entität - Qualitätsindikator in Bezug auf Staging.	
SYNONYME	Metastasierungsart, Metastastasierungsorgan	
DATENTYP	Text	
DATENBEREICH	Lunge	PUL
	Knochen	OSS 1. Extremitäten, 2. Sonstige
	Leber	HEP
	Gehirn	BRA
	Lymphknoten	LYM
	Knochenmark	MAR
	Pleura	PLE
	Peritoneum	PER 1. Näher bezeichnet, 2. o. n. A.
	Nebenniere	ADR
	Haut	SKI
	Andere Organe	OTH
	Generalisiert	GEN (≥ 3 Lokalisationen)
	Mediastinum	MEDIA
	f. A.	fehlende Angabe
BENUTZUNGSHINWEIS	1. <u>Voraussetzung</u> für das Kodieren des Feldes „Fernmetastasenlokalisierung“ ist Verschlüsselung des Datenfeldes „Fernmetastase“ mit “Ja”. 2. Das Feld kodiert für Fernmetastasen <i>solider Primärtumoren</i> bei Diagnose. Für systemische Neoplasien treffen die Felder „Fernmetastase“ und „Fernmetastasenlokalisierung“ nicht zu. 3. Das Feld ist mit „f. A.“ zu kodieren, wenn nach Angaben eines Arztes eine <i>Metastasierung</i> (TxNxM1) nachgewiesen ist, <i>aber keine</i> Angabe zur <i>Lokalisation</i> vorliegt. 4. Mehrere Metastasenlokalisierungen können kodiert werden. 5. Wenn Fernmetastase „Ja“ kodiert wird, soll im NCT-Krebsregister immer ein <u>Datum</u> eingegeben werden (M03), auch wenn definitionsgemäß dieses ein Diagnosedatenfeld ist und datumsmäßig zum Datum Diagnose gehört.	
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog	
PRÜFUNGSREGELN	Falls M1 im TNM bei Diagnose, muss Datenfeld kodiert sein.	
REFERENZDOKUMENTE	Wittekind et al (Hrsg) 2002. Brierley et al 2017 (TNM-8)	
REFERENZORGANISATION	UICC	
KOMMENTAR	Pflichtfeld in KRBW	
NCT-KREBSREGISTER	M03, M13	

L-Klassifizierung (Lymphgefäßinvasion)

FELDNAME	L-Klassifizierung
DEFINITION	Charakterisierung des Tumors nach dem Kriterium des Einbruchs von neoplastischen Zellen in Lymphgefäße
BEGRÜNDUNG	- Zur Beurteilung möglicher Metastasierung - Prognosekriterium
SYNONYM	L-Kategorie (KRBW), L-Klassifikation
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	L0 = keine Lymphgefäßinvasion L1 = Lymphgefäßinvasion LX = Lymphgefäßinvasion kann nicht beurteilt werden f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Verschlüsselung erfolgt i. d. R. aufgrund eines mikroskopischen patho- histologischen Befundes. 2. Wenn im OP-Bericht oder Arztbrief erwähnt, kann auch bei <i>makrosko- pischer</i> Beobachtung von großen Lymphgefäßen der Befund kodiert werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Wittekind et al (Hrsg) 2002. Wittekind, Meyer (Hrsg) 2010. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	UICC Deutsche Krebsgesellschaft e. V. , ADT
KOMMENTAR	„Die Diagnose der Invasion kleiner Lymphgefäße erfordert den Nachweis von Tumorzellen (einzeln oder in Gruppen) innerhalb von zweifelsfrei endothelausgekleideten Hohlräumen. Hohlräume um Tumorzellnester, die durch Schrumpfung bei der Einbettung verursacht sind, dürfen nicht mit Lymphgefäßinvasion verwechselt werden“. (Sinn et al, 2005)
NCT-KREBSREGISTER	M05

V-Klassifizierung (Veneninvasion)0

FELDNAME	V-Klassifizierung
DEFINITION	Charakterisierung des Tumors nach dem Kriterium des Einbruchs von neoplastischen Zellen in Venengefäße
BEGRÜNDUNG	- Zur Beurteilung möglicher Metastasierung - Zur Abschätzung möglicher thrombo-embolischer Ereignisse - Prognosekriterium
SYNONYM	V-Kategorie (KRBW), Veneninvasion, Invasion in Venen, venöser Einbruch
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	V0 = Keine Veneninvasion V1 = Mikroskopische Veneninvasion V2 = Makroskopische Veneninvasion VX = Veneninvasion kann nicht beurteilt werden f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Makroskopischer Befall der Venenwand ohne Tumor innerhalb der Venenlichtung wird als V2 klassifiziert. 2. Beim Nierenkarzinom ist der makroskopische Befall von V. renalis und V. cava Teil der T- und pT-Klassifikation. Die V-Klassifikation ... (dient) der zusätzlichen Erfassung einer mikroskopischen Veneninvasion (Sinn et al 2003). 3. „Bei Hodentumoren entfällt die L- und V-Klassifikation, da die Lymphgefäß- und Veneninvasion Kriterien der pT-Klassifikation sind.“ (Sinn et al, 2005)
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Wittekind et al (Hrsg) 2002. Wittekind, Meyer (Hrsg) 2010. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	UICC Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M05

Pn-Klassifizierung (Perineuralinvasion)

FELDNAME	Pn-Klassifizierung
DEFINITION	Charakterisierung des Tumors nach dem Kriterium des Einbruchs von neoplastischen Zellen in die Nervenscheide
BEGRÜNDUNG	- Zur Beurteilung der Assoziation Pn-Invasion und Schmerzen
SYNONYM	Pn-Kategorie (KRBW), Nerveninvasion, Invasion in Nerven, Perineuralinvasion
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Pn0 = Keine Perineuralinvasion Pn1 = Perineuralinvasion PnX = Perineuralinvasion kann nicht beurteilt werden f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Aus dem patho-histologischen Befund zu abstrahieren.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Wittekind et al (Hrsg) 2002. Wittekind, Meyer (Hrsg) 2010. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	UICC Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT
KOMMENTAR	Wird seltener im Pathologiebericht aufgeführt als V- und L-Klassifizierung.
NCT-KREBSREGISTER	M05

Anzahl befallener Lymphknoten

FELDNAME	Anzahl befallener Lymphknoten
DEFINITION	Anzahl der histologisch mit neoplastischen Zellen befallenen Lymphknoten im regionären Abflussgebiet des Primärtumors, ausschließlich der SLN. Als „befallen“ werden Lymphknoten bezeichnet, in denen der Pathologe mittels mikroskopischer und / oder histo-chemischer Methoden maligne Zellen des Primärtumors nachgewiesen hat.
BEGRÜNDUNG	- Befall von LK wichtiges Entscheidungskriterium für Therapiestrategie; - Beurteilung der therapeutischen Effizienz - Kriterium für Rezidiv- und Überlebenszeitanalysen nach Stadium - Signifikanter Prognoseparameter - Zahl der befallenen regionären Lymphknoten ist Voraussetzung für N-Klassifizierung einiger Tumoren nach der TNM. Bei zahlreichen Einzelentitäten entscheidet u. a. die <u>Anzahl</u> der befallenen LK die N-Kategorie. Nach Dies gilt für - • Kopf- und Hals-Tumoren • Das Maligne Melanom des oberen Aerodigestivtraktes • Schilddrüsen-Tumoren • Tumoren des Verdauungstraktes • Tumoren des Kolon und Rektums • Tumoren des Analkanals • Tumoren der Leber-Galle-Region • Pankreas-Tumoren • Lungen-Tumoren • Karzinome der Haut • Das maligne Melanom der Haut • Das Merkelkarzinom der Haut • Mamma-Tumoren • Vulva-Tumoren • Cervix uteri-Tumoren • Uterus-Tumoren • Tumoren des Ovar • Tuba uterina Tumoren • Tumoren des Endometriums.
SYNONYME	Regionäre Lymphknotenmetastasen positiv
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	1-99 999 = f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Die Information „Anzahl befallene LK“ resultiert aus dem pathohistologischen Bericht. Kodiert werden alle positiv gefundenen LK, ausgenommen Sentinel-LK, die getrennt erfasst werden. 2. Bei Mammaneoplasien werden befallene LK aller axillären Level (I, II, III) und alle befallenen LK der anderen regionären Abflussgebiete summiert und in das Feld „Anzahl befallene LK Level 1“ geschrieben. 3. Datenfeld wird bei systemischen hämato-onkologischen Neoplasien nicht benutzt; dies gilt für alle Kategorien der WHO-Klassifikation 2008, siehe „Tabelle 4.2.1 Verschlüsselung der Lymphome, Leukämien und verwandter Erkrankungen nach der WHO-Klassifikation 2008, der InterLymph-Group, der WHO-EORTC und DIMDI“.
GÜLTIGKEITSREGELN	Zahl; ein leeres Feld gilt als „f. A.“, in der Auswertung als „missing“.
PRÜFUNGSREGELN	Wenn das Feld kodiert ist, muss das Feld „Zahl der untersuchten Lymph-

	knoten“ kodiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	Wittekind et al (Hrsg) 2002. Wittekind, Meyer (Hrsg) 2010. Sinn et al 2005.
REFERENZORGANISATION	UICC Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
NCT-KREBSREGISTER	Bei der Meldung an das KRBW werden befallene Sentinel-LK und alle anderen befallenen LK summiert, da im KRBW Sentinel-LK nicht separat erfasst werden! Wichtiges Datenelement, besonders für die o. g. Entitäten, für die bestimmte Anzahlen von befallenen LK die N-Kategorie definiert. SOPs für verschiedene Tumorentitäten schreiben bestimmte Zahlen zu entfernender und zu untersuchender LK vor (s. o.)
NCT-KREBSREGISTER	1. Organspezifisch ist für bestimmte Entitäten ein Datenfeld „Anzahl befallene LK“ einzufügen. 2. Für Auswertungen des Sentinel-LKs kann die TNM-Klassifizierung und / oder der OPS zum Auffinden des Patientenkollektivs herangezogen werden, bei dem ein Sentinel-Verfahren durchgeführt wurde. 3. Dokumentation in M05.

Anzahl untersuchter Lymphknoten

FELDNAME	Anzahl untersuchter Lymphknoten
DEFINITION	Anzahl der vom Pathologen histologisch untersuchten Lymphknoten im regionären Abflussgebiet des Primärtumors, ausgenommen Sentinel-Lymphknoten. Als „untersucht“ gelten Lymphknoten, die der Pathologe mittels mikroskopischer und / oder histo-chemischer Methoden auf maligne Zellen des Primärtumors untersucht hat.
BEGRÜNDUNG	- Bei pN0 ist die Dokumentation der Anzahl untersuchter LK ein Hinweis auf die Verlässlichkeit des Befundes; - Datenelement ist ein Qualitätskriterium bei operativer Intervention; - Kriterium für die weitere therapeutische Vorgehensweise; - Die Untersuchung der regionären Lymphknoten ist Voraussetzung für N-Klassifizierung nach TNM-7 und -8 Klassifikation maligner Tumoren. Bei folgenden Neoplasiegruppen und Einzelentitäten werden eine Anzahl von 3 bis 12 zu untersuchende LK gefordert, um eine definitive N-Klassifizierung vorzunehmen: •Kopf- und Hals-Tumoren •Das Maligne Melanom des oberen Aerodigestivtraktes •Schilddrüsen-Tumoren •Tumoren des Verdauungstraktes •Tumoren des Kolon und Rektums •Tumoren des Analkanals •Tumoren der Leber-Galle-Region •Pankreas-Tumoren •Lungen-Tumoren •Karzinome der Haut •malignes Melanom der Haut, •Merkelkarzinom der Haut, •Mamma-Tumoren •Vulva-Tumoren •Cervix uteri-Tumoren •Uterus-Tumoren •Tumoren des Ovar •Tuba uterina Tumoren •Tumoren des Endometriums.
SYNONYME	Lymphknoten untersucht (KRBW)
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0-99 999 f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Die Information „Anzahl untersuchte LK“ resultiert aus dem patho-histologischen Bericht. Kodiert wird die Gesamtsumme der untersuchten LK aus allen regionären Abflussgebieten des Tumors, ausgenommen Sentinel-LK, die getrennt erfasst werden. 2. Bei Mammaneoplasien werden untersuchte LK aller axillären Level (I, II, III) und alle untersuchten LK der anderen regionären Abflussgebiete summiert und in das Feld „Anzahl befallene LK Level 1“ geschrieben. 3. Datenfeld wird bei systemischen hämato-onkologischen Neoplasien nicht benutzt; dies gilt für alle Kategorien der -Klassifikation_2008, siehe „Tabelle 4.2.1 Verschlüsselung der Lymphome, Leukämien und verwandter Erkrankungen nach der WHO-Klassifikation 2008, der In-

	terLymph-Group, der WHO-EORTC und DIMDI“.
GÜLTIGKEITSREGELN	Zahl; ein leeres Feld gilt als „f. A.“, in der Auswertung als „missing“.
PRÜFUNGSREGELN	Wenn das Feld kodiert ist, muss auch das Feld „Zahl der befallenen Lymphknoten“ kodiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	Wittekind et al (Hrsg) 2002. Wittekind, Meyer (Hrsg) 2010. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	UICC Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Bei der Meldung an das KRBW werden alle untersuchten Sentinel-LK und alle anderen untersuchten LK summiert. Datenelement ist Bedingung für die Qualitätssicherung onkologischer Behandlung bei verschiedenen Entitäten: Mamma, Kolon-Rektum, Magen, gynäkologische Tumoren, Melanom, Blase, u. a. Die SOPs für verschiedene Tumorentitäten schreiben bestimmte Zahlen zu entfernender und zu untersuchender LK vor, so bei Kolon, Rektum, Mamma mit Axillarevision, u. a.
NCT-KREBSREGISTER	1. Organspezifisch, wo gefordert, muss ein Datenfeld für die Angabe der Anzahl der „Untersuchten Lymphknoten“ eingefügt werden (s. a. „Anzahl der befallenen Lymphknoten“ unten). 2. Für Auswertungen des Sentinel-LKs kann die TNM-Klassifizierung und/oder der OPS zum Auffinden des Patientenkollektivs herangezogen werden, bei dem ein Sentinel-Verfahren durchgeführt wurde. 3. Dokumentation in M05.

Sicherheitsabstand (minimal)

FELDNAME	Sicherheitsabstand (mm minimal)
DEFINITION	Der mikroskopische Abstand des Resektionsrandes von der invasiven (/3) <i>oder</i> nicht-invasiven (/2 in-situ)Komponente des Primärtumors in Millimeter, welches immer der kleinere ist <i>oder</i> als separate Angaben.
BEGRÜNDUNG	- Entscheidend wichtiger Prognosefaktor - Indikator der Güte operativen und pathologischen Vorgehens - Qualitätssicherung im NCT - Assoziation OP und rezidivfreie und gesamte Überlebenszeit - Benchmarking der Ergebnisqualität
SYNONYME	„Resektion im Gesunden“, Minimalabstand, Mindestabstand, Minimaler Resektionabstand
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0,0-99,0 f. A. = 999
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Bei mehrfach durchgeführter Operation wird der Sicherheitsabstand der letzten OP dokumentiert. 2. Falls in den medizinischen Dokumenten nur „Resektion im Gesunden“ oder „Resektion nicht im Gesunden“ angegeben ist, wird entsprechendes dortiges Datenfeld und hier „f. A.“ kodiert. 3. Der Befund findet sich im patho-histologischen Bericht.
GÜLTIGKEITSREGELN	Zahl
PRÜFUNGSREGELN	Kann nicht für systemische Neoplasien zutreffen.
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2007. Kreienberg et al 2008 (S3-Leitlinie Mammakarzinom). Schmiegel et al 2008 (S3-Leitlinie kolorektales Karzinom). Adler et al 2007 (S3-Leitlinie „Exokrines Pankreaskarzinom“). Kühn et al 2004 (Sentinel-Node-Biopsie beim Mammakarzinom).
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	
NCT-KREBSREGISTER	M05

Datum Tumorkonferenz

FELDNAME	Datum Tumorkonferenz
DEFINITION	Tag der multidisziplinären Besprechung der Tumorerkrankung eines Patienten
BEGRÜNDUNG	- Indikator der Güte onkologischer Versorgung - Qualitätssicherung im NCT - Assoziation Tumorkonferenzvorstellung und rezidivfreie und gesamte Überlebenszeit - Benchmarking der Ergebnisqualität
SYNONYME	Tumorboard, interdisziplinäre Fallvorstellung, interdisziplinäre Tumorkonferenz, präoperative Konferenz, postoperative Konferenz, etc.
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Vollständiges Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Der Tumorkonferenzpatient muss im ISH-med registriert sein. Ein Patient, der nicht in ISH-med geführt wird, kann nicht dokumentiert werden, z. B. Patienten, die von externen Ärzten in einer Tumorkonferenz nur mündlich vorgestellt und dann besprochen werden. 2. Eine Tumorkonferenz kann für jeden Tumor mehrfach angelegt werden. 3. Eine Kodierung des Datenfeldes zeigt an, dass eine Konferenz für diesen Tumor stattgefunden hat. 4. Falls der Tag unbekannt ist, kann 00MMJJJJ kodiert werden. 5. Das Datum kann vor dem Diagnosedatum liegen, da auch Tumorkonferenzen zur Diagnostik durchgeführt werden können. 6. Eine Tumorkonferenz auf Basis von Krankenunterlagen (Akten, etc.) gilt als Tumorkonferenz; der Patient muss im Klinikum nicht physisch präsent sein.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	1. Das Datum muss ≥ Geburtsdatum, ≤ Todesdatum sein. 2. Falls Datum kodiert, muss Tumorkonferenzdokumentationsblatt auffindbar sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	1. Die Bedingung für das Vorliegen einer <u>Tumorkonferenz</u> und nicht nur einer „Fallvorstellung“ i. S. einer Fortbildung, kollegialen Besprechung, etc. ist: - es liegt eine Neoplasie oder ein Neoplasieverdacht, dokumentiert in M01 respektive M03, vor - Treffen onkologisch spezialisierter Ärzte zu einer definierten Zeit an einem definierten Ort (oder Teilnahme an einer Video- oder Telefon-Konferenz) zum ausdrücklichen Zweck der Falldiskussion - Multi- bzw. interdisziplinär zusammenwirkenden Ärzte geben Empfehlungen in Bezug auf die Diagnostik, Behandlung und begleitende Versorgung ab; - Dokumentation der Beschlüsse der multidisziplinären Konferenz. 2. M04 ist ein Wiederholmodul, mehrfach pro Patient und Tumor. 3. Ablauf generell: ein Patient wird i. d. R. für eine Tumorkonferenz ge-

	listet; die tatsächliche Durchführung der Fallbesprechung dieses Patienten, die Dauer der Tumorkonferenz, die Namen der Teilnehmer der Tumorkonferenz werden protokolliert und dokumentiert. Ein Ergebnisprotokoll für jeden Patienten mit Beschluss der Konferenz zum weiteren Vorgehen muss vorliegen und für jeden behandelnden Arzt in der elektronischen (ISH-med) oder Papierakte einsehbar sein.
NCT-KREBSREGISTER	M04; internes Datenelement; Wiederholfeld; Wiederholmodul

Therapieplan (Primärtherapie)

FELDNAME	Therapieplan (Primärtherapie)
DEFINITION	Aussage zur Erstellung eines Therapieplanes durch das NCT / Klinikum Heidelberg
BEGRÜNDUNG	- Indikator der Güte onkologischer Versorgung - Qualitätssicherung im NCT - Assoziation Therapieplanerstellung und rezidivfreie und gesamte Überlebenszeit - Benchmarking der Ergebnisqualität
SYNONYME	Behandlungskonzept, Therapiekonzept, Therapieschritte, Therapieplan, Behandlungsplan, Therapievor-schlag, Therapieschritte, Therapievor-schlag, Behandlungsvorschlag
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Kein Therapieplan erstellt - Keine Therapie (Watch and Wait) - Therapie nach Studienprotokoll - Individueller Therapieplan - f.A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Das Datenfeld muss für alle Patienten kodiert werden. 2. „Keine Therapie (Watch and Wait)“, „Therapie nach Studienprotokoll“ und „Individueller Therapieplan“ bedeutet: aus den abstrahierten medizinischen Dokumenten (Arztbrief, Tumorkonferenzbeschluss, Fallvorstellung, Fallbesprechung, u. a.) ist ersichtlich, dass von Ärzten des NCT / Klinikums Heidelberg explizit ein Plan zur primären Behandlung des Tumors nach Diagnosestellung erstellt wurde. Hierbei soll es definitionsgemäß genügen, dass <i>nur</i> ein Primärtherapieplan erstellt wurde, die therapeutischen Schritte späterer Art, z. B. die Therapie von Metastasen, oder eine langfristige Hormontherapie, etc. nicht notwendig eingeschlossen sein müssen. Dies erleichtert auch die Differenzierung eines Primärfalles von Nicht-Primärfallpatienten. 3. „f. A.“ bedeutet, dass keine Angaben zur Erstellung eines Therapieplanes im NCT / Klinikum HD gefunden wurden. 4. Hinweis Wenn die <i>erste Therapie</i> oder die <i>Diagnose im NCT</i> gestellt wurde, findet sich i. d. R. auch ein Therapieplan in den Unterlagen des NCT / Klinikums HD.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Merkmal aus Katalog
PRÜFUNGSREGELN	
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	Datenfeld dient der Diskriminierung zwischen „Primärfall“ des NCT, deren weiterer Verlauf durch FU genau erfasst werden soll, und Zweitmeinungs- und anderen Patienten, für deren weiteren Verlauf das NCT i. S. einer empfohlenen und durchgeführten Behandlung nicht verantwortlich zeichnet.
NCT-KREBSREGISTER	M03; internes Datenelement; Pflichtfeld Zentraler DS

Studieneinschluss

FELDNAME	Studieneinschluss
DEFINITION	Teilnahme des Patienten an einer Studie bei dieser Neoplasie
BEGRÜNDUNG	- Ermittlung der Zahl von Studienteilnehmern an der onkologischen Gesamtpatientenzahl in NCT-Institutionen - Indikator der Forschungsaktivität und Erfüllung von Standards - Qualitätssicherung im NCT - Studienteilnahme vs. Nicht-Studienteilnahme und rezidivfreie und gesamte Überlebenszeit - Benchmarking
SYNONYME	Studienaufnahme, Studienteilnahme.
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Patienten gelten als Teilnehmer, wenn sie nach der „Intention-To-Treat“-Regel eingeschlossen wurden. 2. Patienten können an mehreren Studien nacheinander teilnehmen, i. d. R. aber nur an <i>einer</i> Therapiestudie in derselben Zeitperiode.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalogfeld
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss ≥ Diagnosedatum (Ausnahme: tumordiagnostische Fragestellungen) ≥ Geburtsdatum, ≤ Todesdatum sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	Bei mehreren Studien eines Patienten zu <i>demselben</i> Tumor können diese in einem Wiederholfeld dokumentiert werden, ebenso bei mehreren Studien des Patienten zu <i>verschiedenen</i> Tumoren (s. NCT-Krebsregister-Basisdatensatz).
NCT-KREBSREGISTER	M06; Wiederholfeld

4.6.3 Primärtherapie

Chirurgische / operative Therapie(n)

FELDNAME	Chirurgische / operative Therapie
DEFINITION	Durchführung einer Operation oder einer anderen chirurgischen Intervention zur Tumorbehandlung einschließlich endoskopischer, mikro-invasiver, Laser-, Kryo- und sonstiger Verfahren
BEGRÜNDUNG	- Zählung durchgeführter Operationen insgesamt und nach Entität pro Zeiteinheit - Rezidiv-freies Überleben nach Entität mit und ohne chirurgische Intervention - Gesamtüberlebenszeit nach Entität mit und ohne chirurgische Intervention - Anzahl durchgeführter chirurgischer Interventionen pro Tumor, bis RO erreicht - Relation benigne / maligne bei Verdacht auf Neoplasie und durchgeführter OP - Nebenwirkungen, Komplikationen im Krankheitsverlauf mit und ohne chirurgische Intervention nach Entität
SYNONYME	OP-Therapie (KRBW), Operation, chirurgische Intervention
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Dokumentiert werden <u>alle chirurgischen Interventionen</u> mit kurativer oder palliativer Intention. 2. Eine <u>Biopsie</u> oder eine reine <u>Exploration</u> <u>gilt nicht als chirurgische Therapie</u> und wird mit „nein“ dokumentiert. Ausnahme: Wird ein Hauttumor durch Biopsie vollständig entfernt <u>und</u> sind weitere histo-pathologische Befunde negativ, werden also keine weiteren Tumoranteile nachgewiesen, wird „OP ja“, das Biopsie-Datum als OP Datum und die Biopsie-OPS dokumentiert. Im NCT-Krebsregister gilt diese Ausnahmeregel für Hauttumoren ab 01.01.2016 (s. Handbuch Tumoren der Haut). 3. Eine Biopsie oder Exploration, z. B. Laparatomie mit Fortsetzung der OP im Sinne einer kurativen Intention, also mit <u>anschließender Resektion</u> („kurativ oder palliativ intendierte OP“) ist eine chirurgische Intervention („ja“). 4. Bei nicht seltenem zwei- oder mehrzeitigem Vorgehen wird <u>der chirurgische Eingriff</u> dokumentiert, der als der <u>definitive</u> erachtet wird. Der definitive Eingriff ist der am weitesten ausgedehnte Eingriff zur Entfernung der Hauptmasse des Tumorgewebes, sei er kurativ oder palliativ intendiert (s. a. OPS).
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Wenn eine OP-OPS erfasst ist, muss Datenfeld mit „ja“ kodiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2003
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Auch eine operative-endoskopische Intervention zur Entfernung des Tumors z. B. bei Adenokarzinomen des Kolons, eine mikrochirurgische OP, eine kryochirurgische Intervention, eine Lasertherapie, etc. gelten als Operationen (vgl. a. OPS). 2. Nach Vorschlägen der interdisziplinären deutschen Arbeitsgruppe „Working Group Kryochirurgie“ sollte die <u>Kryotherapie</u> in Deutsch-

land, wie dies auch in den USA oder in der Schweiz üblich ist, als
Kryochirurgie bezeichnet werden.

NCT-KREBSREGISTER

M07

Durchführende Institution (Operation, operative Intervention)

FELDNAME	Durchführende Institution
DEFINITION	Einrichtung der Krankenversorgung, die die Operation / chirurgische Intervention durchführt
BEGRÜNDUNG	- Zur Unterscheidung zwischen intern und extern durchgeführter operativer Intervention - Meldung interner Operation an das KRBW - Zur Nachverfolgung und Auswertung der Patienten, die im eigenen Hause operiert wurden - Benchmarking
SYNONYME	Operierende Klinik / Einrichtung / Krankenhaus / Hospital / Klinikum / operative Abteilung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Universitätsklinikum Heidelberg - Externe Klinik (<i>Thoraxklinik, Salem, Vincentius</i>) - Niedergelassener Arzt - Extern o. n. A. - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Wenn die Operation des Patienten in einer Abteilung der eigenen Einrichtung <u>durchgeführt</u> wurde, ist "Klinikum HD" zu kodieren. 2. Wenn eine Zweit- oder Mehrfach- oder Palliationsoperation im eigenen Hause / intern / also NCT / Klinikum Heidelberg <u>durchgeführt</u> wurde, ist ebenfalls "Klinikum Heidelberg" als "Durchführende Institution" zu kodieren und an das KRBW zu melden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Wenn unter „Durchführende Institution (Operation)“ „Klinikum Heidelberg“ kodiert ist, muss im Modul M07 „Datum OP“ kodiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	
NCT-KREBSREGISTER	M07

Datum OP

FELDNAME	Datum OP
DEFINITION	Tag der <u>hauptsächlichen</u> , „definitiven“ chirurgischen Intervention zur Entfernung des Primärtumors
BEGRÜNDUNG	- Intervall Anmeldung zur OP und Datum OP - Intervall OP-Datum und Rezidiv-Datum - Intervall OP-Datum und Sterbedatum
SYNONYME	Operationsdatum
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	TTMMJJJJ
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Bei mehreren Interventionen - z. B. erst Endoskopie, dann Biopsie, dann Operation – wird das Datum der chirurgischen <u>Hauptintervention</u>, d. h. der OP, die zur <i>Entfernung des größten Teils des Tumors</i> beigetragen hat, verschlüsselt. 2. Wenn im Fall eines Hauttumors bei der ersten Biopsie bereits der Gesamtumor entfernt wurde, wird das Biopsiedatum als Datum der OP kodiert. 3. <u>Schätzung des Datums</u>, falls kein genaues Datum vorliegt. Das Datum OP wird annähernd geschätzt bzw. kann bei 00-Kodierung rechnerisch im Dokumentationssystem gesetzt werden. Dabei wird im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW -System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ.

Es gelten folgende Kodierregeln:

- Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ
- Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ

Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres:

- Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ
- Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ
- Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ
- Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ
- oder..... → 0001JJJJ
- des Jahres, das in Frage kommt.
- Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ
- Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ

Fehlendes Jahr:

- Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992
- Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre.... → 00001997
- Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“ → 00001995

Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt.)

Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet.

GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein $\geq$ Diagnosedatum $\geq$ Geburtsdatum $\leq$ Todesdatum
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999. Adamo et al 2015.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT SEER
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M07

Tumoresektion im Gesunden (lokale R-Klassifizierung)

FELDNAME	Tumoresektion im Gesunden	
DEFINITION	Mikroskopische und biochemische Aussage des Pathologen respektive des Labors, ob der lokale (Primär)-tumor* (s. u. Definition „Primärtumor“ im Kommentar) im Gesunden entfernt wurde oder nicht. „Im Gesunden“ heißt, dass sämtliche Resektionsränder von Tumorgewebe frei sind und im lokal-operativen Tumorgebiet kein Resttumorgewebe verblieben ist und die Tumormarker im Normbereich liegen.	
BEGRÜNDUNG	- Prognoseparameter - Parameter weiterer Therapieentscheidungen	
SYNONYM	Therapiebezogene R-Klassifikation, lokale R-Situation, lokale Residualtumorsituation, lokaler Residualtumor, lokales Tumorgeschehen, Radikalität	
DATENTYP	Alphanumerisch	
DATENBEREICH	RX = Nicht bestimmbar (lokal) R0 = Kein Residualtumor (lokal) R0a = Tumormarker im Normalbereich (postth.) R0b = Tumormarker erhöht (postth.) R1 = Mikroskop. Residualtumor an Schnitträndern R1(is) = mikroskopischer in-situ Residualtumor R1(cy+) = zytologisch positiver Befund R2a = Lokaler makroskopischer Residualtumor, inklus. LK regionär f. A. = fehlende Angabe	
BENUTZUNGSHINWEIS	- Das Merkmal bezieht sich <u>ausschließlich</u> auf den <u>lokalen</u> Resektionsstatus nach OP. - Datenfeld wird im NCT-Krebsregister für jede einzelne Operation, d. h. das Feld kann mehrfach beim gleichen Tumor und beim gleichen Patienten mit unterschiedlichen Datumsfeldern angelegt und kodiert werden. - Bei mehreren, kurz hintereinander durchgeführten Ops kann die mikroskopisch-pathologische Beurteilung des Resektionsstatus nach der <u>letzten</u> OP, also nur einmal, kodiert werden. - Der <u>lokale</u> Resektionsstatus wird <u>unabhängig</u> vom „Definitiven Residual-Status“ festgelegt. (Die definitive R-Situation umfasst den lokalen und den Metastasenbefund und wird getrennt in M03 verschlüsselt). Definition der Merkmalsausprägungen RX bedeutet = das Vorhandensein von lokalem Residualtumorgewebe oder Tumorzellen kann vom Pathologen nicht beurteilt werden. R0 bedeutet = Kein Residualtumor nachweisbar. Abstand > 1 mm → Kein Resttumor. Minimaler Abstand zwischen Tumor und Resektionsrand > 1 mm. R0 liegt auch vor, wenn - i- Negativer Befund bei morphologischer Untersuchung - mol- Negativer Befund bei nicht-morphologischer Untersuchung - mol+ Positiver Befund bei nicht-morphologischer Untersuchung. R0a bedeutet = Kein Residualtumor postoperativ = „Im Gesunden entfernt“ <u>und</u> biochemische Parameter fallen postoperativ in den Normbereich, z. B. der PSA-Wert nach Prostata-OP oder CEA-Wert nach Kolonresektion.	

- **R0b** bedeutet = Kein Residualtumor postoperativ = „Im Gesunden entfernt“ **und** biochemische Parameter bleiben postoperativ erhöht, z. B. der PSA-Wert nach Prostata-OP oder CEA-Wert nach Kolonresektion.
- **R1** bedeutet = Residualtumorgewebe verblieben. Tumor durchschnitten. Residualtumor ist lokal mikroskopisch nachgewiesen nicht gänzlich entfernt worden. Minimaler Abstand zwischen Tumor und Resektionsrand ≤ 1 mm. Wenn Pathologe bei einem angegebenen Abstand ≤ 1 mm dennoch R0 = im Gesunden festlegt, wird dies als R0 kodiert.
- **R1(is)** bedeutet = mikroskopisch ist eine *in-situ Residualtumorkomponente* nicht entfernt worden und im Körper verblieben, z. B. bei einer brusterhaltenden OP der Mamma
- **R1(cy+)** bedeutet = neoplastische Zellen im Abklatschpräparat der Resektionsflächen, in Blutgefäßen bei Kontakt mit dem Endothel oder einer Invasion der Gefäßwand am Resektionsrand, bei Peritoneal- und Pleuralavage, bei Nachweis isolierter Tumorzellen im Knochenmark oder anderen Organen durch immunhistologische oder molekulare pathologische Methoden wie Polymerasekettenreaktion (PCR), also einem biologisch-zytologisch positivem Befund.
R1(cy+) als einem patho-morphologischen Nachweis isolierter Tumorzellen in LK oder peripheren Geweben wird im TNM als pN0(i+) oder pM0(i+) kodiert!
Dasselbe gilt für den *molekularen* Nachweis von Tumorzellen, die als pN0(mol+) oder pM0(mol+) kodiert werden.
- **R2a** bedeutet = im Gebiet des Primärtumors ist lokal und / oder in Lymphknoten des regionären Abflussgebietes des Primärtumors makroskopisch Residualtumor verblieben.
- **„f. A.“** bedeutet: dem/der Dokumentar/in liegen keine Information vor, aus der er / sie dokumentieren könnte, ob eine Tumorsektion im Gesunden erfolgt ist oder nicht. Vorhandensein von Resttumor kann nicht beurteilt werden. „f. A.“ entspricht materiell einer RX-Situation.

GÜLTIGKEITSREGELN	Katalogausprägungen
PRÜFUNGSREGELN	Datenfeld kann nur ausgefüllt sein, wenn eine OP durchgeführt wurde.
REFERENZDOKUMENTE	Wittekind et al 2009. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT
KOMMENTAR	* Definition R-Klassifizierung ‚Primärtumor‘: Beurteilung des Vorhandenseins / Nicht-Vorhandenseins von Residualtumor am Ursprungsort des Primärtumors nach operativer Therapie („lokale Radikalität“) und / oder des Nachweises / Nicht-Nachweises biochemischer Tumorindikatoren aus Tumorzellen ohne sonstiger Nachweisbarkeit von Tumorgewebe nach operativer Therapie des Primärtumors.
NCT-KREBSREGISTER	M05, M07

OPS-Version

FELDNAME	OPS-Version
DEFINITION	Version des jeweils gültigen Operationen- und Prozedurenschlüssels
BEGRÜNDUNG	- OPS-Version des angewendeten OPS-Schlüssels - Standardisierung der Verschlüsselung für Benchmarking - Migrationstabellen von einer Version zur anderen Version im Rahmen von Auswertungen aus verschiedenen Registern
SYNONYME	OPS-Ausgabe, OPS-Publikation
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- OPS-301 (1994-2004)(Version 1.0 ab 1995, Vs. 1.1 ab 1996, OPS-301 Vs. 2.1 (2002/03), OPS-301 2004 ab 2004 (s. DIMDI) - OPS 2005-2017: OPS des jeweiligen Jahres des Diagnosedatums.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Die der OPS-Kodierung zugrunde liegende Version sollte mit kodiert werden, um eine zeitliche Zuordnung der Verschlüsselung zu ermöglichen. 2. Grundsätzlich gilt der OPS-Code <u>des</u> Jahres, in dem die OP oder andere Prozedur angewendet wurde, da auch der Abrechnung der Fallpauschale die Jahresversion des OPS zugrunde liegt. 3. OPS-Kapitel und -Gruppen wurde seit Einführung 1995 laufend verändert und erweitert, sodass auch bestimmte OPS-Schlüssel nur für bestimmte Zeiträume gelten können. Kapitel 6 MEDIKAMENTE wurde erst mit OPS2008 eingeführt; es enthält auch zytostatische Chemotherapien, (wie auch Kapitel 8 der OPS2008), die in OPS2007 nicht existieren. 4. Die jährlich modifizierten OPS-Versionen für das nächste Jahr werden etwa zwei Monate vor Jahresende publiziert und können rechtzeitig aus DIMDI heruntergeladen werden. Ab dem 01.01. eines Jahres gilt die entsprechende Version für die Operationen und Prozeduren desselben Jahres. 5. Im NCT-Krebsregister werden als Grundlage der Verschlüsselung für OP und Prozeduren des Jahres 2009 der OPS2008 und OPS2009 gebraucht. Grundsätzlich gilt aber die oben unter 2. genannte Regel.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valide Verschlüsselung n. OPS des Kalenderjahres, in dem die Prozedur stattgefunden hat.
PRÜFUNGSREGELN	Jahr der OP oder Prozedur muss mit dem Jahr der OPS-Version übereinstimmen.
REFERENZDOKUMENTE	Graubner 2007. DIMDI 2008. http://www.dimdi.de/static/de/klassi/prozeduren/ops301/ls-opshtml.htm OPS 2008 Systematisches Verzeichnis. OPS 2008 Alphabetisches Verzeichnis.
REFERENZORGANISATION	DIMDI.
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M07

OPS

FELDNAME	OPS
DEFINITION	Alphanumerischer Ziffernkod für Operationen- und Prozeduren in der Medizin
BEGRÜNDUNG	- Analyse des gewählten chirurgischen Verfahrens oder anderer Prozeduren in Bezug auf rezidivfreies und gesamtes Überleben - OPS und ECOG Status und Lebensqualität
SYNONYME	Systematisches Verzeichnis medizinischer Prozeduren
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	5-01 ... 5-99 (Operationen) 1-490.0 ... 1-490.y (Biopsie ohne Inzision an Haut und Unterhaut, verschiedene Regionen). Dieser Bereich gilt nur für Hautbiopsien mit RO <u>ohne folgende OP.</u>
BENUTZUNGSHINWEIS	1. OPS gilt für alle Operationen und Prozeduren während des onkologischen Prozesses, also sowohl während Primärtherapie als auch im Verlauf. Zugang, wenn nicht im System vorhanden z. B. http://www.icd-code.de/ops/code/5-871.html 2. Verschlüsselung bei mehreren Interventionen 2.1 Bei mehreren Interventionen wird diejenige chirurgische Intervention mit der OPS-Ziffer kodiert, die <i>in der Hauptsache zur Tumorentfernung</i>, z. B. des größten Teils des Primärtumors, beigetragen hat. Bei mehreren Operationen wird also diejenige gewählt, bei der der Hauptanteil des Tumors reseziert wurde. Diese „Haupt-OP“ ist aufgrund der Tumorlokalisation / -diagnose meist leicht zu identifizieren. Zusätzliche <u>Neben-OP</u> werden für die Zwecke der Tumordokumentation (Katheter-OP, -pexien, Cholecystektomien bei Kolon-OP, Pankreas-OP, etc.) <u>nicht kodiert</u>. 2.2 Bei <i>einer</i> Op-Sitzung mit <i>mehreren</i> tumorrelevanten Operationsschritten werden diese mittels jeweils eigener OPS-Ziffer kodiert, soweit sie nicht Teil einer OPS-Ziffer ist (z. B. 1. Primärtumorentfernung, 2. Sentinel-LK-Entfernung, 3. Regionäre LK-Entfernung, 4. distante, nicht-regionäre Lymphknoten- und /oder Metastasenentfernungen) (z. B. Hemikolektomie und Leberresektion wg. Metastasen). 2.3 Sentinel-Lymphknoten-Prozeduren werden nach OPS 2008-2017 mit eigener Ziffer getrennt, also immer zusätzlich zur Tumor-OP kodiert. 3. Allgemeines Vorgehen bei OPS-Kodierung 3.1 OPS wird nur verschlüsselt, wenn OP intern durchgeführt wurde. Bei OP extern wird keine OPS kodiert. Ausnahme: OPS aus externen Dokumenten abstrahierbar oder es liegen ausreichende Informationen i. S. eines vierstelligen OPS-Kodes oder der Kode selbst vor. 3.2 Die für das KRBW- und NCT-Krebsregister vorläufig (2009-2017) verpflichtenden OPS-Ziffern sind die des „Kapitel 5 - Operationen“. Der zutreffende anatomische Bereich im Dreisteller (Ziffern) wird aufgesucht, z. B. „5-01 ... 5-05 Operationen am Nervensystem, 5-06 ... 5-07 Operationen an endokrinen Drüsen, 5-08 ... 5-16 Operationen an den Augen, etc.“. Am Anfang der jeweiligen Dreisteller stehen Hinweise zur Verschlüsselung und eine Übersicht zu den Gruppen von Operationen dieses Bereiches. Innerhalb der Dreisteller wird der Viersteller, der anatomisch-topo-

graphisch der durchgeführten OP am nächsten kommt, aufgesucht. Innerhalb des Vierstellers wird dann der Fünf- oder Sechssteller aufgesucht und kodiert.

3.3 Falls in den medizinischen Dokumenten keine OPS-Ziffer angegeben ist, soll die Dokumentarin/der Dokumentar zumindest den (vierstelligen) Vier-Ziffern-Gruppenkode für diese Operation wählen, z. B. unter „5-87 Exzision und Resektion der Mamma“ --> „5-870 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe ohne axillärer Lymphadenektomie“ als übergeordnete Kategorie der genaueren Kodierung „5-870.5 Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma ohne axilläre Lymphadenektomie. Quadrantenresektion (mit Mamillensegment)“.

4. Die Suche nach einem geeigneten Prozedurenschlüssel wird erleichtert durch Nutzung der Adresse <http://www.icd-code.de/ops/code/5-871.html>. Hier können auch gesuchte Begriffe wie „thermo...“, „Laser“ oder auch Ziffern eingegeben werden. Diese Adresse ist hilfreich für ein schnelles Auffinden des OPS-Schlüssels während der Dokumentation.

5. Datenbereich des OPS, Stand 2017

5.1 NCT-Krebsregister- und KRBW-verpflichtend ist die Kodierung des Wertebereichs „Operationen 5-01...5-99“, wenn eine chirurgisch-therapeutische Intervention durchgeführt wurde.

5.2 Rein diagnostische Maßnahmen (OPS 1-10...1-99) und bildgebende diagnostische Verfahren (3-05...3-99) ohne direkte therapeutische Intention sind nicht an das Krebsregister zu melden. Dies bedeutet, dass bei rein explorativen Eingriffen wie z. B. einer Laparoskopie mit oder ohne Gewebeentnahme (Biopsie) oder einer explorativen Laparotomie und ähnlicher, hauptsächlich der Diagnosesicherung dienender Prozeduren, keine OPS-Ziffer kodiert wird. Diese Prozeduren werden auch nicht als Operation kodiert. *Falls sich eine teilkurative, kurativ intendierte oder palliative OP anschließt, wie häufig, wird die kurative OP verschlüsselt.*

5.3 Eine Ausnahme zu Regel 5.2 bilden Hauttumoren, die vollständig mit der Biopsie entfernt wurden. Hier soll OPS 1-490.0 ... 1-490.y kodiert und dies an das KRBW Baden-Württemberg gemeldet werden, s. Handbuch Tumoren der Haut 2017.

5.4 Die Meldung weiterer OPS-Wertebereiche mittels OPS-Schlüssel ist im NCT-Krebsregister derzeit optional:

- Medikamentöse Therapie: 6-00...6-00, 8-541 - 8-547
- Strahlentherapie: 8-52...
- Nuklearmedizinische Therapie: 8-53...
- Stammzelltherapie: 5-411, 8-805..., 8-86...
- Sonstige Therapie: 5-01...5-99, 6-00...6-00, 8-01...8-99, 9-26...9-99.

GÜLTIGKEITSREGELN	Valide Verschlüsselung n. OPS 2008-2017
PRÜFUNGSREGELN	Kompatibilität der Haupt-OPS-Lokalisation (Haupt-OP) mit der Tumorkodierung nach ICD-O-3.
REFERENZDOKUMENTE	OPS 2008-2017. Systematisches Verzeichnis. OPS 2008-2017. Alphabetisches Verzeichnis. (http://www.dimdi.de/static/de/klasi/prozeduren/index.html)
REFERENZORGANISATION	DIMDI
KOMMENTAR	1. Die OPS-Schlüsselziffern entsprechen den DRG - Abrechnungsziffern. 2. Der OPS enthält nahezu alle Prozeduren im Rahmen onkologischer Erkrankungen. Für den Kerndatensatz des NCT und das KRBW ist das hauptsächlich chirurgische Verfahren zur kurativen Behandlung der Neoplasie vorrangig zu dokumentieren, andere Prozeduren sind vor-

erst (Stand 12-2010) optional.	
NCT-KREBSREGISTER	M07

Chemotherapie

FELDNAME	Chemotherapie
DEFINITION	Systemische oder lokale Applikation tumorspezifischer zytostatischer Substanzen, die klassischerweise folgende Substanzgruppen umfassen: Alkylanzien, Antimetabolite, Antitumorantibiotika, Vincaalkaloide, Taxane, Platin-Verbindungen, Topoisomerase-Hemmer ¹⁰⁷
BEGRÜNDUNG	- Zählung durchgeführter Chemotherapien insgesamt, nach Entität, intern und extern - Rezidiv-freies Überleben nach Entität mit und ohne Chemotherapie - Gesamtüberlebenszeit nach Entität mit und ohne Chemotherapie - Anzahl durchgeführter Chemotherapien pro Tumor - Nebenwirkungen und Komplikationen im Krankheitsverlauf mit und ohne Chemotherapie nach Entität - Anwendung der Chemotherapie nach Stadium, Histologie und Alter - Benchmarking
SYNONYME	Medikamentöse Therapie (KRBW), Antineoplastische Therapie, zytostatische Therapie, Zytostatikatherapie
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Jede neu begonnene oder parallele, ambulante, stationäre, orale, parenterale, intraarterielle, lokale, kompartment-spezifische u. a. gegen den Tumor gerichtete Chemotherapie wird dokumentiert, indem ein neues Wiederholmodul Chemotherapie angelegt wird. 2. Chemotherapien / Chemotherapie-Protokolle, insbesondere im Rahmen der Primärtherapie, sollen dokumentarisch nicht mehr „zerstückelt“ werden, sondern möglichst in einem einzigen Formular aufgenommen werden. Bei systemischen Erkrankungen gibt es weiterhin die Ausnahme mit der Benutzung des Moduls M17. Aber auch hier werden Chemoprotokolle nicht auseinander gerissen.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Webseite DKFZ-Krebsinformationsdienst
REFERENZORGANISATION	DKFZ, KID
KOMMENTAR	Protokolle einschließlich Studienprotokolle können mehrere medikamentöse Modalitäten enthalten, wie antineoplastische, hormonelle / anti-hormonelle, Immun-Therapien, u. a., die (neben OP, Strahlentherapie und SZT) möglichst vollständig in M08, M18, M20 erfasst werden sollten.
NCT-KREBSREGISTER	M08

¹⁰⁷ Vgl. DKFZ. Krebsinformationsdienst KID: Behandlung bei Krebs → Chemotherapie: Mit Zytostatika gegen Krebs. <http://www.krebsinformationsdienst.de/behandlung/chemotherapie.php> (25.06.2012). Andere zytostatisch wirkende Substanzen wie monoklonale Antikörper etc. sollen hier nicht eingeordnet werden.

Durchführende Institution (Chemotherapie)

FELDNAME	Durchführende Institution
DEFINITION	Einrichtung der Krankenversorgung, die die „Chemotherapie“ ausführt
BEGRÜNDUNG	- Zur Unterscheidung zwischen „intern“ und „extern“ durchgeführter Chemotherapie - Meldung interner Chemotherapien an das KRBW - Follow-up und Auswertung der Patienten, die im eigenen Hause chemotherapiert wurden - Benchmarking
SYNONYME	Durchführende(s) Klinik / Einrichtung / Krankenhaus / Hospital / Klinikum / Chemotherapie- Abteilung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Universitätsklinikum Heidelberg - Externe Klinik (<i>Thoraxklinik, Salem, Vincentius</i>) - Niedergelassener Arzt - Extern o. n. A. - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Wenn eine Chemotherapie während des Krankheitsprozesses in der eigenen Klinik / in einer Abteilung des Heidelberger Klinikums / des NCT <u>begonnen</u> und/oder <u>durchgeführt</u> wurde, ist "Klinikum HD" zu kodieren.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Wenn unter „Durchführende Institution (Chemotherapie)“ „Klinikum Heidelberg“ kodiert ist, muss im Modul M08 „Beginn Chemotherapie“ kodiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	
NCT-KREBSREGISTER	M08

Art der Chemotherapie

FELDNAME	Art der Chemotherapie
DEFINITION	Name des(r) Einzelmedikaments(e) oder Chemotherapieprotokoll(e)
BEGRÜNDUNG	- Vergleich der Behandlungsergebnisse in verschiedenen Institutionen - Vergleich unterschiedlicher Protokolle - Qualitätssicherung der Behandlung - Leitliniengerechte Therapie nach Tumorart, Stadium, Alter - Erfassung der Komplikationsrate entsprechend Protokoll - Rezidivfreies und Gesamtüberleben nach Art der Chemotherapie
SYNONYME	Behandlungsschema, Therapieschema, Durchführung der Chemotherapie
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Katalog NCT-Krebsregister
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Es können „Chemotherapie-Protokolle“ <i>oder</i> „Medikamente“ im Chemotherapie-Modul angegeben werden, je nach medizinischer Information. 2. Eine Chemotherapie im Rahmen einer multimodalen Therapie oder als Teil einer simultanen Radiochemotherapie wird konventionell dokumentiert. Die Simultaneität ergibt sich bei der Auswertung durch Überschneidung der Therapiezeiträume der Radio- und Chemotherapie. 3. Eine Chemotherapie kann lokal, also primär nicht-systemisch, z. B. intraarterielle Leberperfusion, appliziert werden. 4. Bei Angabe von Protokollnamen sind diese zu kodieren. Falls der Protokollname fehlt, ist er über das TMS im Katalog zu ergänzen. 5. Antineoplastische Therapien und deren Protokolle können neben systemischen und lokalen Chemotherapien, auch hormonelle, antihormonelle und immunologische Substanzen umfassen. 6. Als Teil einer medikamentösen Therapie (und <u>nicht als Operation</u>) werden auch operative Eingriffe wie das Einlegen von Kathetern bei der Laparotomie, der Einbau von Pumpsystemen, die Perfusionen mit der Herz-Lungen-Maschine u. dgl. angesehen, die bei der lokalen Chemotherapie notwendig und Teil der Medikationsapplikation sind. 7. Spezifische, nicht im Katalog des NCT-Krebsregisters aufgeführte Chemotherapien können in einem Freitextfeld manuell ergänzt werden. 8. Chemotherapien / Chemotherapie-Protokolle, insbesondere im Rahmen der Primärtherapie, sollen dokumentarisch nicht mehr „zerstückelt“ werden, sondern möglichst in einem einzigen Formular aufgenommen werden. Bei systemischen Erkrankungen gibt es weiterhin die Ausnahme mit der Benutzung des Moduls M17. Aber auch hier werden Chemo-Protokolle nicht auseinander gerissen.
GÜLTIGKEITSREGELN ¹⁰⁸	- 5fu;5-Fluoruracil;0054;Blasen-Tumor - acd;AC (60/600 mg/m²) q = 3 Wo. - acp;AC (60/600 mg/m²) q = 3 Wo. - AD;Doxorubicin (Adriamycin) - AdriCycloPred;Doxorubicin (Adriamycin) - ALEX;Alexanian: Melphalan (Alkeran) - BCD;BCD: Bortezomib (Velcade) - Benda;Bendamustin (Ribomustin);0003;Multiples Myelom;;;1;;; - BendaDex;Bendamustin (Ribomustin) - BendaPred(H);Bendamustin (Ribomustin) - BendaPred;Bendamustin (Ribomustin)

¹⁰⁸ Stand 01.01.2011. Hier sind einige Substanzen aufgeführt, die nur bedingt (wie Kortikosteroide, Thalidomid, etc) oder gar nicht (wie Rituximab etc.) in die Gruppe der klassischen zytostatischen Chemotherapeutika gehören.

- c;Carboplatin;0055;Blasen-Tumor
- ca;Capecitabine (Xelloda - 5FU oral);0056;Blasen-Tumor
- CAD;CAD: Cyclophosphamid (Endoxan)
- ceb;Carboplatin
- CED;CED: Cyclophosphamid (Endoxan)
- CHOEP;Cyclophosphamid (Endoxan)
- CHOP;Cyclophosphamid (Endoxan)
- cis;Cisplatin;0090;;;;;1;;;;;
- cm;Cisplatin
- cmb;Cisplatin
- Cyclo;Cyclophosphamid (Endoxan);0012;Multiples Myelom;;;;;1;;;;;
- CycloDex;Cyclophosphamid (Endoxan)
- Dex;Dexamethason (Fortecortin);0016;Multiples Myelom;;;;;1;;;;;
- ecd;EC (90/600 mg/m²) q = 3 Wo.
- ecp;EC (90/600 mg/m²) q = 3 Wo.
- EDAP;EDAP: Etoposid
- ei;Etoposid
- epi;Epirubicin;0065;Blasen-Tumor
- f;Farmorubicin;0066;Blasen-Tumor
- fa;FAC (500/50/500 mg/m²) q = 3 Wo. á 6 Zyklen;0081;MammaCa;;;;;1;;;;;
- fac;FEC (500/90/500 mg/m²) q = 3 Wo. á 6 Zyklen;0089;;;;;1;;;;;
- fb;FEC (500/100/500 mg/m²) q = 3 Wo. (Bonneterre) á 6 Zyklen; MaCa
- fec;FEC (500/90/500 mg/m²) q = 3 Wo. á 6 Zyklen; MammaCa;;;;;1;;;;;
- fed;FEC (600/90/600 mg/m²) q = 3 Wo.
- FLU;Fludarabin;0020;Multiples Myelom;;;;;1;;;;;
- gca;Gemcitabine
- gci;Gemcitabine
- ge;Gemcitabine;0069;Blasen-Tumor
- gta;Gemcitabine
- hd;Hochdosis-Chemotherapie mit ABSCT;0071;Blasen-Tumor
- i;Ifosfamid;0072;Blasen-Tumor
- ID;ID: Idarubicin (Zavedos)
- IEV;IEV: Ifosfamid
- ix;Trofosfamid (Ixoten);0077;Blasen-Tumor
- IxoDex;Ixoten
- KNOSPE;KNOSPE: Chlorambucil (Leukeran)
- LBH589;LBH589 (Phase-II- Wirkstoff);0025;Multiples Myelom;;;;;1;;;;;
- Mel;Melphalan (Alkeran);0028;Multiples Myelom;;;;;1;;;;;
- MelCyclo;Melphalan (Alkeran)
- MelFlu;Melphalan (Alkeran)
- MelPred;Melphalan (Alkeran)
- mi;Mitoxantron;0073;Blasen-Tumor
- MPT;MPT: Melphalan (Alkeran)
- MTX;Methotrexat;0032;Multiples Myelom;;;;;1;;;;;
- mvac;Methotrexat
- mvec;Methotrexat
- Nexa;Sorafenib (Nexavar);0039;Multiples Myelom;;;;;1;;;;;
- PAD;PAD: PS341=Bortezomib (Velcade)
- Pallad;Palladini: Melphalan (Alkeran)
- peb;Cisplatin
- pei;Cisplatin
- PERLL;PERLL: Pentostatin (Nipent)
- pvib;Cisplatin

	- Rev;Lenalidomid (Revlimid);0026;Multiples Myelom;;;1;;;;; - RevDex;Lenalidomid (Revlimid) - Ritux;Rituximab (MabThera);0037;Multiples Myelom;;;1;;;;; - RituxDex;Rituximab (MabThera) - ta;Docetaxel (Taxotere);0063;Blasen-Tumor - tac;TAC (75/50/500 mg/m²) q = 3 Wo. á 6 Zyklen;0082;MammaCa;;;1;;;;; - TAD;TAD: Thalidomid - TCD;Thalidomid - TCED;TCED: Thalidomid - TCID;TCID: Thalidomid - Temodal;Temodal;0043;Pädiatrischer Tumor;;;1;;;;; - Thal;Thalidomid;0044;Multiples Myelom;;;1;;;;; - ThalDex;Thalidomid - tx;Taxan - v;Vinblastinsulfat (Vinblastin) - VAD;VAD: Vincristin - VBAP;VBAP: Vincristin - vc;Vincristinsulfat (Vincristin);0078;Blasen-Tumor - VCAP;VCAP: Vincristin - VCMBP;VCMBP=M2: Vincristin - Vel;Bortezomib (Velcade);0007;Multiples Myelom;;;1;;;;; - VelDex;Bortezomib (Velcade) - VelMelPred;Bortezomib (Velcade) - VID;VID: Vincristin - VMCP;VMCP: Vincristin - VRID;VRID: Vinorelbin
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2003. NCT-Krebsregister Basisdatensatz, Liste des NCT-Krebsregisters (Intern gepflegte Liste von Protokollnamen mit Charakterisierung der in der Institutionen verwendeten Dosierung und Zeitintervalle)
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT Klinikum Heidelberg, ISH-med
KOMMENTAR	Chemotherapie Protokollnamen bestehen meist aus Akronymen oder Abkürzungen der verwendeten antineoplastischen Substanzen. Protokolle einschließlich Studienprotokolle können mehrere und unterschiedliche Ansätze enthalten wie antineoplastische, hormonelle / antihormonell, Immun-Therapien, u. a. und sollen dort ergänzend erfasst werden.
NCT-KREBSREGISTER	Auswahlkatalog in M08 unter „Durchführung der Chemotherapie“

Beginn Chemotherapie

FELDDNAME	Beginn Chemotherapie
DEFINITION	Datum der ersten Applikation einer antineoplastischen Substanz im Rahmen der initialen, spezifischen Therapie der primären Neoplasie oder einer Metastase (Primärtherapie)
BEGRÜNDUNG	- Zeitintervall zwischen Diagnose und Beginn der antineoplastischen Therapie; - Zeitintervall zwischen verschiedenen Chemotherapien und Rezidiv; - Zeitintervall zwischen Therapiebeginn und Tod.
SYNONYME	Start Chemotherapie (KRBW); Datum Chemotherapie
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Kodiert wird das früheste Datum einer antineoplastischen Therapie. 2. Jeder Beginn einer <i>neuen</i> ambulanten, stationären, oralen, parenteralen, etc. tumorspezifischen Therapie wird dokumentiert. 3. Bei simultaner Radiochemotherapie werden Start der Radio- und Start der Chemotherapie getrennt dokumentiert. 4. <u>Schätzung des Datums</u>, falls kein genaues Datum vorliegt. Das Datum des Chemotherapiebeginns wird annähernd geschätzt bzw. kann bei 00-Kodierung rechnerisch im Dokumentationssystem gesetzt werden. Dabei wird im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW-System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ. Es gelten folgende Kodierregeln: - Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ - Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres: - Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ - Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ - Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ - Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ oder..... → 0001JJJJ des Jahres, das in Frage kommt. - Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ - Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ Fehlendes Jahr: - Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992 - Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre.... → 00001997 - Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“ → 00001995 Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt.) Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum

PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein $\geq$ Diagnosedatum $\geq$ Geburtsdatum $\leq$ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENTE	SEER 2010. Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	SEER Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Jede neue spezifische Chemotherapie wird mit „Datum Beginn“ dokumentiert.
NCT-KREBSREGISTER	M08, Wiederholmodul

Ende Chemotherapie

FELDNAME	Ende Chemotherapie
DEFINITION	Datum der letzten Applikation einer antineoplastischen Substanz oder einer Protokollsubstanz im Rahmen der Chemotherapie der primären Neoplasie oder einer Metastase
BEGRÜNDUNG	- Intervall zwischen Diagnose und Ende der Chemotherapie - Intervall zwischen Ende einer Chemotherapie und Rezidiv - Intervall zwischen Ende einer Chemotherapie und Sterbedatum - Dauer der systemischen Primärtherapie bei gleichem TNM oder Stadium in verschiedenen Institutionen
SYNONYME	Ende zytostatische Therapie; Zytostatikatherapie; medikamentöse Therapie
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Bei simultaner Radiochemotherapie wird das Ende der letzten Chemotherapie dokumentiert. 2. Bei unbekanntem Ende soll für Tag 00MMJJJJ und für Monat 0000JJJJ kodiert werden. 3. Dieses Datenfeld ist im KRBW kein Pflichtfeld.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein ≥ Diagnosedatum ≥ Geburtsdatum ≤ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Das Datum des Endes einer Chemotherapie bzw. einer anderen systemischen antineoplastischen Medikation auch im Rahmen der Primärtherapie ist zunehmend schwerer festzulegen. Eine antineoplastische Chemotherapie kann länger als ein Jahr laufen, sodass ihre Beendigung schwer festzulegen ist. Bei systemischen und anderen onkologischen Krankheiten (z. B. Kolon) werden Chemotherapien und andere Formen systemischer Behandlungen nicht selten über viele Jahre und wiederholt durchgeführt. 2. Bei Dokumentation des NCT-Krebsregister-Zentraldatensatzes (Zentrale Dokumentation) und der KRBW-Pflichtdatensatzmerkmale verzichtet das NCT-Krebsregister auf die Erfassung dieser Information.
NCT-KREBSREGISTER	M08

Abbruch Chemotherapie

FELDNAME	Abbruch Chemotherapie
DEFINITION	Entgegen Planung oder Protokoll vorzeitig beendete Chemotherapie
BEGRÜNDUNG	- Häufigkeit der Chemotherapieabbrüche insgesamt - Abbruch und rezidivfreies Überleben - Abbruch und Gesamtübererleben - Chemotherapie und Abbruchhäufigkeit - Erfassungssignal für mögliche Abbruchgründe wie Nebenwirkungen, Weigerung des Patienten, je nach Art der Chemotherapie, etc.
SYNONYME	Vorzeitige Terminierung, Einstellung Chemotherapie
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Reguläres Ende - Abbruch Ja - Patient verstorben - Therapie läuft noch - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Bei simultaner Radiochemotherapie wird der Abbruch <u>einer</u> Modalität als Ende beider gewertet. Meist ist eine Zuordnung des Abbruchs zu <u>einer</u> der Modalitäten möglich und wird entsprechend dort kodiert. Falls keine Zuordnung zu einer der Therapien möglich ist, wird bei beiden Modalitäten „f. A.“ kodiert.
GÜLTIGKEITSREGELN	Nur gültig bei „Chemotherapie Ja“
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein $\geq$ Diagnosedatum $\geq$ Geburtsdatum $\geq$ Datum Beginn Chemotherapie $\leq$ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Kein Merkmal des Zentraldatensatzes NCT-Krebsregister 2. „Abbruch Ja“ wird unter „Therapieabbruch“ dem KRBW gemeldet.
NCT-KREBSREGISTER	M08

Anzahl durchgeführter Zyklen

FELDDNAME	Anzahl Zyklen
DEFINITION	Zahl der Wiederholungen einer Serie von oft gleichen oder ähnlichen antineoplastische Substanzen
BEGRÜNDUNG	- Abschätzung der Differenz zwischen der im Protokoll geplanten und der real durchgeführten Behandlungen - Therapieergebnisse (Rezidive, Gesamtüberleben) in Abhängigkeit der Zykluszahl; - Effektive Therapieergebnisse der verschiedenen Behandlungsmuster; - Therapieergebnisse unter Realbedingungen im Vergleich zu Studienergebnissen; - Benchmarking; - Beziehung Zykluszahl, Art und Häufigkeit „Unerwünschter Ereignisse“
SYNONYME	Chemotherapie-Wiederholungen
DATENTYP	Numerisch
DATENBEREICH	0-99
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Dieses Datenelement erfasst die <u>tatsächlich durchgeführten</u> Zyklen. Diese können von der geplanten Therapie abweichen, z. B. bei Abbruch der Chemotherapie oder Tod vor Beendigung der Chemotherapie. 2. Einige Chemotherapien bzw. andere Medikationen zur Tumorthherapie haben keine „Zyklen“. Hier kann bei einmaliger Gabe „0“ kodiert werden. 3. Falls dieses Datenfeld bei gleichzeitiger Kodierung „Chemotherapie Ja“ leer ist, gilt dies bei der Auswertung als „missing“. 4. Chemotherapien / Chemotherapie-Protokolle, insbesondere im Rahmen der Primärtherapie, sollen dokumentarisch nicht mehr „zerstückelt“ werden, sondern möglichst in einem einzigen Formular aufgenommen werden. Bei systemischen Erkrankungen gibt es weiterhin die Ausnahme mit der Benutzung des Moduls M17. Aber auch hier werden Chemoprotokolle nicht auseinander gerissen.
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	Bei ≥ 1 muss „Chemotherapie“ „Ja“ kodiert sein und soll „Datum Beginn Chemotherapie“ und „Art Chemotherapie“ ausgefüllt werden.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Da die Intervalle zwischen den Zyklen variieren, kann die systemische Gesamttherapie mehrere Wochen, Monate bis über ein Jahr dauern.
NCT-KREBSREGISTER	M08

Strahlentherapie

FELDNAME	Strahlentherapie
DEFINITION	Applikation ionisierender und nicht-ionisierender Strahlung zur Behandlung einer Neoplasie
BEGRÜNDUNG	- Strahlenbehandlung und Rezidiv - Strahlenbehandlung und Gesamtüberleben - Qualitätssicherung leitliniengerechter Therapie - Benchmarking
SYNONYME	Radiotherapie, RT, Strahlenbehandlung, Bestrahlung,
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Bei jeder Strahlentherapie muss zunächst geprüft werden, ob sie als Primärtherapie oder als Rezidiv- / Metastasentherapie <i>im Verlauf</i> durchgeführt wurde. Falls ‚Datum Diagnose‘ und ‚Datum Beginn Strahlentherapie‘ > 12 Monate, liegt im Regelfall ein Verlauf vor und <u>es muss zunächst ein Verlaufsdatum angelegt werden</u>, damit die durchgeführte Strahlentherapie eindeutig einem Verlauf zugeordnet (und nicht fälschlicherweise als Primärtherapie aufgefasst) werden kann. 2. Die Bestrahlung bezieht sich immer auf ein Zielgebiet, d. h. auf einen Primärtumor, ein Tumorgebiet oder eine Metastase. Sonstige Bestrahlungen, wie z. B. eine Gynäkomastieprophylaxe beim Prostatakarzinom, werden hier nicht erfasst. 3. Nuklearmedizinische Therapien sind eingeschlossen und mit „Ja“ zu kodieren. 4. Bei simultaner Radio-Chemotherapie werden die Chemotherapie und die Strahlentherapie jede für sich erfasst. 5. Neoadjuvant, adjuvant und palliativ werden Radio- und Chemotherapie zunehmend auch simultan angewandt. Wenn nach neoadjuvanter simultaner Radiochemotherapie und nachfolgender operativer Therapie weitere adjuvante medikamentöse oder radiologische Therapien vorgenommen werden, so sollen diese mit weiteren Datumsangaben im Rahmen der Primärtherapie dokumentiert werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M09

Durchführende Institution (Strahlentherapie)

FELDNAME	Durchführende Institution
DEFINITION	Radiologische Einrichtung, die die Strahlentherapie durchführt
BEGRÜNDUNG	- Zur Unterscheidung zwischen intern und extern durchgeführter Strahlentherapie - Meldung interner Strahlentherapien an das KRBW - Follow-up und Auswertung der Patienten, die im eigenen Hause strahlentherapiert wurden - Benchmarking
SYNONYME	Durchführende(s) Klinik / Einrichtung / Krankenhaus / Hospital / Klinikum / Strahlenonkologie, Strahlentherapeutische Abteilung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Universitätsklinikum Heidelberg - Externe Klinik (<i>Thoraxklinik, Salem, Vincentius</i>) - Niedergelassener Arzt - Extern o. n. A. - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Wenn eine Strahlentherapie während des Krankheitsprozesses in der eigenen Klinik / in einer Abteilung des Heidelberger Klinikums / des NCT <u>begonnen</u> und / oder <u>durchgeführt</u> wurde, ist "Klinikum HD" zu kodieren.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valide Katalogausprägung
PRÜFUNGSREGELN	Wenn unter „Durchführende Institution (Strahlentherapie)“ „Klinikum Heidelberg“ kodiert ist, muss im Modul M09 „Beginn Strahlentherapie“ kodiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M09

Applikationsart Strahlentherapie

FELDNAME	Applikationsart Strahlentherapie
DEFINITION	Typ des angewendeten Bestrahlungsverfahrens
BEGRÜNDUNG	- Zählung der verschiedenen angewendeten Bestrahlungsverfahren - Art der verschiedenen Bestrahlungsverfahren nach Entitäten - Bewertung der Art des angewendeten Bestrahlungsverfahrens auf das Behandlungsergebnis - Analyse des rezidivfreien und gesamten Überlebens in Beziehung zur Bestrahlungsart
SYNONYME	Art der Strahlentherapie, Applikationsmethode Strahlentherapie, Strahlentherapieverfahren
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Externe Bestrahlung / Teletherapie, - Brachytherapie (ohne Radionuklide) - Brachytherapie (mit Radionukliden) - Kombinierte Tele-Brachytherapie - Intraoperative Radiotherapie (IORT) - Radionuklid-Therapie (nicht als Brachytherapie) - Radionuklid-Moulage - Schwerionentherapie - Anderes Verfahren - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Datenfeld verschlüsselt für alle radiologischen Therapien der Abteilung Strahlenonkologie (Prof. Debus) und Nuklearmedizin (Prof. Haberkorn). 2. Falls „Radionuklid-Therapie“ oder „Radionuklid-Moulage“ oder eine Radionuklidtherapie unter „Anderes Verfahren“ verschlüsselt wurde, ist anschließend „Verwendetes Radionuklid“ zu dokumentieren, z. B. J131, Te99, etc. 3. Aus diesem Datenfeld werden auch sämtliche nuklearmedizinischen Applikationsarten im Rahmen des KRBW-Kataloges („Sonstige“) gemeldet.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Kann nur auftreten, wenn „Strahlentherapie Ja“ und „Datum Beginn Strahlentherapie“ kodiert ist.
REFERENZDOKUMENTE	(Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Bei kombinierter Radio-Chemotherapie wird jede Therapie für sich erfasst; aus den sich überschneidenden Datumsangaben der RT und der zytostatischen Therapie ergibt sich, dass beide gleichzeitig angewendet wurden. 2. Schwerionentherapie ist im NCT-Krebsregister-Katalog zu ergänzen!
NCT-KREBSREGISTER	M09

Verwendetes Radionuklid

FELDNAME	Verwendetes Radionuklid
DEFINITION	Für die Bestrahlung benutzte radioaktive Substanz
BEGRÜNDUNG	- Bewertung der Art des Radionuklides auf das Behandlungsergebnis - Analyse des rezidivfreien und gesamten Überlebens in Beziehung zur Bestrahlungsart / Nuklidart
SYNONYME	Radioaktives Element, radioaktive Substanz
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Cobalt 60 - Iridium - Jod 131 - Strontium 90 - Rhenium - Sonstiges - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Das Datenfeld ist zu verschlüsseln bei: - „Brachytherapie mit Radionukliden“ - „Radionuklid-Therapie“ - „Radionuklid-Moulage“ - „Anderes Verfahren“, wenn eine Nuklearmedizinische Therapie mit Radionukliden durchgeführt wurde
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Kann nur auftreten, wenn „Strahlentherapie Ja“ und „Datum Beginn Strahlentherapie“ kodiert ist.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Aus diesem Datenfeld erfolgt die Meldung für das KRBW-Datenfeld „Nuklearmedizinische Therapie“ mit den Merkmalen „J = Radiojodtherapie“ und „O = offene Radionuklide“.
NCT-KREBSREGISTER	M09

Beginn Strahlentherapie

FELDNAME	Beginn Strahlentherapie
DEFINITION	Tag der ersten Bestrahlung im Rahmen der initialen (primären) Therapie der Neoplasie
BEGRÜNDUNG	- Bewertung des Zeitintervalls → zwischen Diagnose und Beginn der Strahlentherapie; → zwischen Strahlentherapie und Rezidiv; → zwischen Beginn Strahlentherapie und Sterbedatum
SYNONYME	Radiotherapie, Bestrahlungstherapie
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Das Datum „Beginn“ RT wird erfasst, unabhängig davon, welche Lokalisation bestrahlt wird, welches Stadium vorliegt, ob ein Primärtumor und/oder eine Metastase bestrahlt wird oder ob die RT vollständig oder unvollständig durchgeführt wurde. 2. Bei simultaner Radiochemotherapie wird der Beginn der kombinierten Radio-Chemo-Therapie dokumentiert. 3. <u>Schätzung des Datums</u> „Beginn Strahlentherapie“, falls kein genaues Datum vorliegt. Dabei wird im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters die Verschlüsselung 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW-System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ. Es gelten folgende <u>Kodierregeln</u>: • Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ • Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres: • Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ • Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ • Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ • Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ - oder..... → 0001JJJJ des Jahres, das in Frage kommt. • Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ • Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ Fehlendes Jahr: • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992 • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre.... → 00001997 • Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“..... → 00001995 Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt). Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet.
	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein

	$\geq$ Diagnosedatum $\geq$ Geburtsdatum $\leq$ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M09

Ende Strahlentherapie

FELDNAME	Ende Strahlentherapie
DEFINITION	Tag der letzten Bestrahlung im Rahmen einer Strahlentherapie
BEGRÜNDUNG	- Bewertung des Zeitintervalls → zwischen Ende der Strahlentherapie und Rezidiv → zwischen Ende der Strahlentherapie und Tod
SYNONYME	Ende RT, letzte RT
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Das Datum des Endes der RT wird erfasst, unabhängig davon, ob die RT vollständig oder unvollständig durchgeführt wurde. 2. Bei <i>mehreren</i> Zielgebieten bezieht sich das Ende der Strahlentherapie auf das Ende der RT des <u>letzten</u> Zielgebietes. 3. Bei simultaner Chemo-Strahlentherapie wird das Ende der letzten Strahlentherapie dokumentiert. 4. Bei kombinierter neoadjuvanter simultaner Radiochemotherapie wird das Ende der letzten Bestrahlung erfasst. 5. Falls eine neoadjuvante Strahlentherapie und eine (konventionelle) postoperative Strahlentherapie durchgeführt wurde, wird jede einzelne RT dokumentiert und somit auch das Ende jeder einzelnen Strahlentherapie für sich dokumentiert. 6. Bei nicht bekanntem Ende Strahlentherapie soll bei unbekanntem Tag 00MMJJJJ und bei unbekanntem Monat 0000JJJJ entsprechend den Schätzregeln kodiert werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	1. Datenfeld kann nur ausgefüllt sein, wenn „Strahlentherapie Ja“ kodiert wurde. 2. Datenfeld kann nur ausgefüllt sein, wenn Datenfeld „Beginn Strahlentherapie“ kodiert ist. 3. Das Datum muss sein ≥ Datum Beginn <i>dieser</i> Strahlentherapie ≥ Diagnosedatum ≥ Geburtsdatum ≤ Todesdatum
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M09

Abbruch Strahlentherapie

FELDNAME	Abbruch Strahlentherapie
DEFINITION	Gegenüber Planung oder Protokoll vorzeitig beendete Strahlentherapie
BEGRÜNDUNG	- Häufigkeit der Strahlentherapieabbrüche - Bewertung Abbruch und rezidivfreies Überleben - Bewertung Abbruch und Gesamtüberleben; - Vergleich unterschiedlicher Radiotherapien und Abbruchhäufigkeit - Signalinformation für potentielle Abbruchgründe wie Nebenwirkungen, etc.
SYNONYME	Vorzeitige Terminierung, Einstellung Strahlentherapie
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Reguläres Ende - Abbruch Ja - Patient verstorben - Therapie läuft noch - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Bei simultaner Radiochemotherapie wird der Abbruch <u>einer</u> Modalität als Ende beider gewertet. Meist ist eine Zuordnung des Abbruchs zu <u>einer</u> der Modalitäten möglich und wird entsprechend dort kodiert. Falls keine Zuordnung zu einer der Therapien möglich ist, wird bei beiden Modalitäten „f. A.“ kodiert.
GÜLTIGKEITSREGELN	Nur gültig bei „Strahlentherapie Ja“
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein ≥ Diagnosedatum ≥ Geburtsdatum ≥ Datum Beginn Strahlentherapie ≤ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Kein Merkmal des Zentraldatensatzes NCT-Krebsregister 2. "Abbruch Ja" wird unter "Therapieabbruch" dem KRBW gemeldet.
NCT-KREBSREGISTER	M09

Kumulative Gesamtdosis

FELDNAME	Kumulative Gesamtdosis
DEFINITION	Gesamtdosis, gemessen in Gray (Gy), die bei der Behandlung des Tumors in <i>einem</i> Zielgebiet appliziert wurde
BEGRÜNDUNG	- Analyse des therapeutischen Ergebnisses in Abhängigkeit der applizierten Gesamtdosis.; - Abschätzung des rezidiv freien und des gesamten Überlebens in Abhängigkeit von der kumulativen Gesamtdosis; - Korrelation von akuter und chronischer Toxizität und Gesamtdosis
SYNONYME	Additive Dosis, Gesamtaktivität
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- 1-999 - Unbekannt - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Die ICRU50 Referenzdosis sollte für die Photonentherapie erfasst werden, ansonsten die Dosis im Zentrum des geplanten Zielgebietes. 2. Die ICRU58 Dosis sollte für die Brachytherapie dokumentiert werden. Bei Brachytherapie wird die Dosis an einem Referenzpunkt (z.B. Punkt A bei gynäkologischen Tumoren) oder auf der zielvolumenumschließenden Isodose (z.B. bei Permanentimplantation) angegeben. 3. Bei mehreren Zielgebieten im Rahmen derselben Strahlenbehandlung wird <i>jedes Zielgebiet</i> (z. B. Primärtumorgebiet und regionäres Lymphknotengebiet, getrennt voneinander) mit seiner „Kumulativen Gesamtdosis“ aufgeführt (Wiederholfeld innerhalb des Moduls). Für mehrere Strahlenbehandlungen, bei denen <i>nacheinander</i> verschiedene Zielgebiete behandelt werden, werden ebenfalls mehrere Wiederholfelder angelegt. 4. Die Dosen <u>verschiedener</u> Zielgebiete dürfen bei der Errechnung der kumulativen Gesamtdosis <u>nicht addiert</u> werden! Die systeminstallierte Summierung der „kumulativen Gesamtdosis“ für alle Zielgebiete ist zu ignorieren.
GÜLTIGKEITSREGELN	-
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	ICRU 1993. Hess et al 1993. ICRU 1997. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	ICRU Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M09

Stammzellsammlung / Stammzelltransplantation

FELDNAME	Stammzellsammlung und / oder Stammzelltransplantation
DEFINITION	Alleiniger oder kombinierter Vorgang bei Stammzelltransplantation
BEGRÜNDUNG	- Häufigkeit von SZ-Sammlungen mit und ohne anschließender SZT - Art der Tumoren der Patienten mit SZ-Sammlungen - Art der Tumoren der Patienten mit SZ-Transplantation - Zahl der SZ-Sammlungen pro transplantiertem Patienten
SYNONYME	Hämatopoietische Stammzellsammlungen, Leukapherese, Knochenmarksentnahme, „Knochenmarkstransplantation“ ¹⁰⁹
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Nur Knochenmarkentnahme - Nur Leukapherese - Knochenmarkentnahme und Transplantation - Leukapherese und Transplantation - Nur Transplantation - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Die Verschlüsselung dieses Datenfeldes ist Voraussetzung dafür, das Datenfeld „SZT“ ja, nein, f. A. verschlüsseln zu können.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Muss kodiert sein, wenn Datenfeld „SZT ja, nein, f. A.“ ausgefüllt ist.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	1. Das Modul 10 heißt „Stammzellsammlung und Stammzelltransplantation“, d. h. es wird zunächst dokumentiert, ob nur eine Sammlung von Zellen, Leukapherese, etc. durchgeführt wurde; danach entscheidet sich, ob eine SZT durchgeführt werden konnte oder nicht; falls nicht, wird „Nein“ kodiert. 2. Wiederholfeld
NCT-KREBSREGISTER	M10

¹⁰⁹ Der Begriff „Knochenmarkstransplantation“ wird im NCT-Krebsregister vermieden. Nur wenn „KM“ tatsächlich entnommen und transplantiert wurde, kann der Begriff auch angewendet werden. Dies ist aber nur bei einem bestimmten Anteil der Transplantationen heute noch zutreffend. Der Begriff „Stammzelltransplantation“ SZT ist der übergeordnete Begriff und weniger irrtumsanfällig.

Durchführende Institution (Stammzelltransplantation)

FELDNAME	Durchführende Institution
DEFINITION	Einrichtung der Krankenversorgung, die die SZT durchführt
BEGRÜNDUNG	- Zur Unterscheidung zwischen intern und extern durchgeführter SZT - Meldung intern durchgeführter SZT an das KRBW - Zur Nachverfolgung und Auswertung der Patienten, die im eigenen Hause stammzelltransplantiert wurden - Benchmarking
SYNONYME	Durchführende(s) Klinik / Einrichtung / Krankenhaus / Hospital / Klinikum, Transplantations-Abteilung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Universitätsklinikum Heidelberg - Externe Klinik (<i>Thoraxklinik, Salem, Vincentius, u. a.)</i> - Niedergelassener Arzt - Extern o. n. A. - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Wenn eine SZT während des Krankheitsprozesses in der eigenen Klinik / in einer Abteilung des Heidelberger Klinikums / des NCT <u>begonnen</u> / <u>durchgeführt</u> wurde ist "Klinikum HD" zu kodieren.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valide Katalogausprägung
PRÜFUNGSREGELN	Wenn unter „Durchführende Institution (Strahlentherapie)“ „Klinikum Heidelberg“ kodiert ist, muss im Modul M09 „Datum SZT“ kodiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	
NCT-KREBSREGISTER	M10

Stammzelltransplantation (SZT) durchgeführt

FELDNAME	Stammzelltransplantation durchgeführt
DEFINITION	Übertragung von hämatopoietischen (Zellen aus peripherem Blut oder Knochenmark) oder mesenchymalen (bindegewebigen) Stammzellen von einem Spender auf einem Empfänger.
BEGRÜNDUNG	- Zählung SZT - Art der Tumoren der Patienten mit SZT - Art der SZT - Zahl der SZT pro transplantiertem Patienten - SZT und rezidivfreies Überleben - SZT und Gesamtüberleben - Vergleich des Überlebens nach Entität <i>mit</i> und <i>ohne</i> SZT
SYNONYME	Hämatopoetische Stammzellübertragung, „Knochenmarkstransplantation“
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Ja - Nein - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Vor Kodierung dieses Merkmals <u>muss</u> das Datenfeld „Sammlung und /oder Transplantation“ kodiert werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Kann nur verschlüsselt werden, wenn Datenfeld „SZ-Sammlung und / oder SZT“ kodiert wurde.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	Wiederholfeld
NCT-KREBSREGISTER	M10 Stammzellsammlung und -Transplantation

Art der Stammzelltransplantation (SZT)

FELDNAME	Art der SZT
DEFINITION	Bezeichnung der Gewebemerkmale der Spenderzellen zum Empfänger
BEGRÜNDUNG	- Häufigkeit der autologen und allogenen Transplantation - Analyse der therapeutischen Effektivität und des Risikos der jeweiligen Transplantationsart - Evaluation der Abhängigkeit des Überlebens von der Therapieart
SYNONYME	Hämatopoetische Stammzellübertragung, „Knochenmarktransplantation“
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- autolog - allogene - fremdallogene - familiärallogene - syngene (Zwilling) - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Für jede SZT wird eines der sechs dafür vorgesehenen Felder kodiert. 2. Auch extern durchgeführte SZT werden dokumentiert.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	1. Erläuterung: - o Autolog = Spender und Empfänger dasselbe Individuum - o Allogene = Spender und Empfänger unterschiedliche Individuen und unterschiedlicher Genetik - o Syngene = Spender und Empfänger unterschiedliche Individuen und identischer Eizellgenetik („eineiiger Zwilling“) - o Familiärallogene = Spender und Empfänger familiär verwandt, aber unterschiedliche Genetik - o Fremdallogene = Spender und Empfänger nicht verwandt, unterschiedliche Genetik 2. Wiederholfeld
NCT-KREBSREGISTER	M10

Art der Beendigung SZT

FELDDNAME	Art der Beendigung SZT
DEFINITION	Gegenüber der Planung vorzeitig beendete SZT
BEGRÜNDUNG	- Häufigkeit der SZT-Abbrüche - Bewertung Abbruch und rezidivfreies Überleben - Bewertung Abbruch und Gesamtüberleben - Vergleich autologer und allogener SZT und Abbruchhäufigkeit - Hinweisinformation auf Unerwartetes Ereignis
SYNONYME	Vorzeitige Terminierung, vorzeitige Beendigung SZT
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Reguläres Ende - Abbruch Ja - Patient verstorben - Therapie läuft noch - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. „Reguläres Ende“ bedeutet, dass die SZT im Rahmen vorausszusehender und geplanter Abläufe beendet wurde, i. d. R. dass eine SZT erfolgreich durchgeführt wurde. 2. Das Katalogmerkmal „Abbruch Ja“ wird dann kodiert, wenn ein „Unerwartetes Ereignis“ oder eine andere, auch nicht mit dem SZT-Prozess in Zusammenhang stehendes Ereignis oder nicht erwartete biologische Zustandsänderung des Patienten - wie eine andere Erkrankung, ausgeprägte Immundefizienz, ein Unfall, etc. - zum Abbruch des SZT-Prozesses geführt hat. Eine unzureichende Zellsammlung allein, z. B. Leukophereseergebnis bei angestrebter autologer Transplantation, ist kein zureichender Grund für die Verschlüsselung „Abbruch Ja“, sondern Teil eingeplanter und möglicher Ereignisse.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein ≥ Diagnosedatum ≥ Geburtsdatum ≥ Datum Beginn SZT ≥ Entnahmedatum der zu transplantierenden Zellen ≤ Todesdatum
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	1. Kein Merkmal des Zentraldatensatzes NCT-Krebsregister 2. „Abbruch Ja“ wird unter „Therapieabbruch“ an das KRBW gemeldet.
NCT-KREBSREGISTER	M10

Datum Stammzelltransplantation

FELDNAME	Datum SZT
DEFINITION	Zeitpunkt der Übertragung der Stammzellen
BEGRÜNDUNG	- Bewertung der rezidiv freien und gesamten Überlebenszeit - Aufenthaltsdauer stationär nach SZT
SYNONYME	Datum „Knochenmarktransplantation“
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Vollständiges Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Kodiert wird der <i>Tag der Transplantation</i>, nicht der Beginn der vorlaufenden Verfahren wie SZ-Gewinnung, Konditionierung, etc. 2. <u>Schätzung des „Datum SZT“</u>, falls kein genaues Datum vorliegt. Dabei wird im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters die Verschlüsselung 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW-System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ. Es gelten folgende Kodierregeln: - Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ - Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres: - Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ - Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ - Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ - Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ oder..... → 0001JJJJ des Jahres, das in Frage kommt. - Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ - Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ Fehlendes Jahr: - Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992 - Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre.... → 00001997 - Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“..... → 00001995 Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt). Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein ≥ Diagnosedatum ≥ Geburtsdatum ≥ Entnahmedatum der zu transplantierenden Zellen ≤ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENT	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	Jeder einzelnen Transplantation ist ein bestimmtes Datum zugeordnet.
NCT-KREBSREGISTER	M10

Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)

FELDNAME	Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)
DEFINITION	Tumorspezifische Therapien (auf den Tumor gerichtete Behandlungen), die nicht unter chirurgisch-operativer Therapie, Chemotherapie, Strahlentherapie oder SZT kodiert sind.
BEGRÜNDUNG	- Einfluss der dokumentierten Therapiearten auf rezidivfreies und Gesamtüberleben - Vergleich der Behandlungsstandards und Leitliniengerechtigkeit - Standardisierter Vergleich und Qualitätssicherung der Behandlung - Benchmarking
SYNONYME	Sonstige Therapie (KRBW), Zusatztherapie, Ergänzungstherapie, andere Therapieart, Supportive Therapien
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	Hormon-/Antihormontherapie Immun-/monoklonale Antikörpertherapie Sonstige - Aktive spezielle Immunisierung - Inkontinenztherapie - Instillationstherapie - Retinsaeure-Therapie - Schmerzmedikation - Schwellkörperinjektionstherapie - Signaltransduktionsbeeinflussung - Spenderlymphozyteninfusion - Stammzell-Support - Stoßtherapie - Therapie gegen erektile Dysfunktion - Angiogenesehemmung - Thromboseprophylaxe - Thrombosetherapie - Vakzination/ Impfung - Zelltherapie - Bisphosphonattherapie - Immunsuppressiva - Infektionsprophylaxe - Infektionstherapie - Radiofrequenzablation - Sonstige Therapieform - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Die Merkmale im Datenbereich sind unvollständig und teilweise in Bezug auf die Definition unzutreffend, weil in die Kategorie der „Supportiven Verfahren“ gehörig. In einem Freitextfeld können nicht-aufgeführte „Hormon-, Immun- und sonstige Therapie(n)“ kodiert werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	1. Wichtige Merkmale wie „Hyperthermie“, „Kryotherapie“, sonographische und andere Radiotherapien, etc. fehlen im NCT-Krebsregister-Merkmalskatalog, können aber unter „Sonstige Therapie“ verschlüsselt werden; Freitextfeld steht zur Verfügung.

-
2. Die in diesem Datenfeld aufgeführten „Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)“ beinhalten alle Therapieformen, die gegen ein weiteres Tumorwachstum, -rezidiv oder eine Tumormetastasierung sind. Die Inhalte dieses Datenfeldes sind ausdrücklich von allen Formen der im Modul20 verschlüsselbaren „Supportive(n) Verfahren“ zu unterscheiden, die „unterstützend“ wirken können und nach dem derzeitigen Stand des Wissens *keine direkten anti-neoplastischen* Wirkungen auf Tumorzellen entfalten.
-

NCT-KREBSREGISTER

M18

Durchführende Institution [Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)]

FELDNAME	Durchführende Institution
DEFINITION	Einrichtung der Krankenversorgung, die die Hormon-, Immun- oder andere Therapie(n) durchführt
BEGRÜNDUNG	- Zur Unterscheidung zwischen ‚intern‘ und ‚extern‘ durchgeführten Hormon-, Immun-, anderen Therapie(n) - Meldung intern durchgeführter Hormon-, Immun-, anderer Therapie(n) an das KRBW - Zur Nachverfolgung und Auswertung der Patienten, die im eigenen Hause mit Hormon-, Immunsustanzen oder anderweitigen Medikamenten therapiert wurden - Benchmarking
SYNONYME	Durchführende(s) Klinik / Einrichtung / Krankenhaus / Hospital / Klinikum / medizinische Abteilung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Universitätsklinikum Heidelberg - Externe Klinik (<i>Thoraxklinik, Salem, Vincentius</i>) - Niedergelassener Arzt - Extern o. n. A. - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Wenn die Hormon-, Immun- oder anderweitige Therapie des Patienten in der eigenen Klinik / in einer Abteilung des Heidelberger Klinikums / des NCT <i>angeordnet, begonnen</i> oder <i>durchgeführt</i> wurde, ist "Klinikum HD" zu kodieren.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valide Katalogausprägung
PRÜFUNGSREGELN	Wenn unter „Durchführende Institution (Hormon-, Immun-, andere Therapie(n))“ „Klinikum Heidelberg“ kodiert ist, muss im Modul M18 „Beginn Hormon-/ Immun-/ andere Therapie“ kodiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M18

Beginn Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)

FELDDNAME	Beginn Hormon-, Immun-, andere Therapie
DEFINITION	Datum der ersten Applikation einer Hormon-, Immun-, anderen Therapie
BEGRÜNDUNG	- Intervall Diagnose und Beginn der Hormon-, Immun-, andere Therapie - Intervall Hormon-, Immun-, andere Therapien und Rezidiv - Intervall Beginn Hormon-, Immun-, andere Therapien und Sterbedatum.
SYNONYME	Start Sonstige Therapie (KRBW)
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Kodiert wird das früheste Datum einer Hormon-, Immun-, anderen Therapie 2. Ambulante, stationäre, orale, parenterale tumorspezifische Therapieverfahren werden sämtlich dokumentiert. 3. Bei mehreren simultanen Therapien wird der Beginn der jeweiligen Hormon-, Immun-, anderen Therapie im Modul18 <u>wiederholt</u> dokumentiert. 4. <u>Schätzung des Datums</u> „Beginn Hormon-, Immun-, andere Therapie“, falls kein genaues Datum vorliegt. Im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters die Verschlüsselung 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW-System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ. Es gelten folgende <u>Kodierregeln</u>: - Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ - Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres: - Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ - Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ - Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ - Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ - oder..... → 0001JJJJ des Jahres, das in Frage kommt. - Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ - Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ Fehlendes Jahr: - Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992 - Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre.... → 00001997 - Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“..... → 00001995 Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt). Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum; nur zutreffend, wenn Datenfeld „Hormon-/Immun-/ andere Therapie(n)“ kodiert ist.

PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein $\geq$ Diagnosedatum $\geq$ Geburtsdatum $\geq$ Beginn der erster Therapie $\leq$ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Bei Bedarf kann eine Hormon-, Immun-, andere Therapie differenziert dokumentiert werden. In diesem Fall hat jede Art von therapeutischer Substanz bzw. jedes Protokoll oder Verfahren ein Datum „Start“ und ein Datum „Stand“ in M18; dies ist mit der Wiederholfeldfunktion des M18-Moduls umsetzbar.
NCT-KREBSREGISTER	M18

Medikament / Substanz [bei Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)]

FELDNAME	Medikament / Substanz
DEFINITION	Im Rahmen der Hormon-, Immun- und anderen Therapie angewendeten Substanzen oder Verfahren
BEGRÜNDUNG	- Einfluss von Medikament- bzw. Substanzarten auf rezidivfreies und gesamtes Überleben - Prüfung der Behandlungsstandards und Leitliniengerechtigkeit - Benchmarking
SYNONYME	Sonstige Medikamente / Substanzen als Zusatztherapie, Ergänzungstherapie
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	Auswahlliste Substanzen / Verfahren im Merkmalkatalog NCT-Krebsregister (etwa 1750 Einträge, anklickbar)
BENUTZUNGSHINWEIS	Alle applizierten Substanzen und Verfahren, die <u>nicht</u> zu OP, Chemotherapie, Strahlentherapie und SZT gehören und die als anti-neoplastische intendiert sind, werden hier dokumentiert.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Kann nur verschlüsselt sein, wenn im Datenfeld „Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)“ eine Therapieart ausgefüllt ist.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M18

Abbruch Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)

FELDNAME	Abbruch Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)
DEFINITION	Gegenüber einer geplanten Behandlungsdauer oder einem Protokoll vorzeitig beendete Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)
BEGRÜNDUNG	- Häufigkeit des Abbruchs einer „Hormon-, Immun-, andere Therapie“ - Bewertung Abbruch und rezidivfreies Überleben - Bewertung Abbruch und Gesamtüberleben - Abbruchraten unterschiedlicher Hormon-, Immun-, anderer Therapie(n), Substanzen und Medikamente
SYNONYME	Vorzeitige Terminierung, vorzeitige Beendigung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Reguläres Ende - Abbruch Ja - Patient verstorben - Therapie läuft noch - Fehlende Angabe
BENUTZUNGSHINWEIS	Für jede einzelne Therapiemodalität mit einer Substanz oder einem Substanzgemisch wird bei den (häufigen) simultanen onkologischen Therapien der Abbruch für jede einzelne Substanz bzw. jedes Substanzgemisch der Abbruch dokumentiert.
GÜLTIGKEITSREGELN	Nur gültig, wenn eine Therapiemodalität bei „Hormon-, Immun-, andere Therapie(n)“ kodiert ist.
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein ≥ Diagnosedatum ≥ Geburtsdatum ≥ Datum Beginn Hormon-, Immun-, andere Therapie(n) ≤ Todesdatum
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Kein Merkmal des Zentraldatensatzes NCT-Krebsregister. 2. "Abbruch Ja" wird unter "Therapieabbruch" dem KRBW gemeldet.
NCT-KREBSREGISTER	M18

Datum Unerwünschtes Ereignis (UE)

FELDNAME	Datum Unerwünschtes Ereignis (UE)
DEFINITION	Datum der Feststellung des Unerwünschten Ereignisses
BEGRÜNDUNG	- Zählung der Unerwünschten Ereignisse - Zählung Therapieabbruch und UE - Zusammenhang UE und Therapieart - UE und rezidivfreies Überleben (Therapieerfolg) - UE und Gesamtüberleben (Therapieerfolg)
SYNONYME	Datum Nebenwirkung, Datum Komplikation, Datum akute Folgeerkrankung, Datum unerwünschter Effekt, Datum unerwünschte Wirkung, Datum Toxizität, Datum akute Folgezustände, Datum Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW), u. a.
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Jedes UE („Nebenwirkung“) wird mit Datum versehen (Wiederholfeld). 2. Alle ärztlichen Dokumente <i>während und bis 90 Tage nach Abschluss der letzten ambulanten, stationären und teilstationären tumorspezifischen Therapie</i> werden für die Erfassung eines UE herangezogen und gelten als akute Nebenwirkungen. Ist Datum UE > 90 d, wird dies als <i>chronische Nebenwirkung</i> kategorisiert. 3. <u>Schätzung des „Datum UE“</u>, falls kein genaues Datum vorliegt. Im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters wird die Verschlüsselung 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW-System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ. Es gelten folgende <u>Kodierregeln</u>: • Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ • Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres: • Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ • Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ • Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ • Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ - oder..... → 0001JJJJ - des Jahres, das in Frage kommt. • Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ • Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ Fehlendes Jahr: • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992 • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre.... → 00001997 • Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“ → 00001995 Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt). Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum

PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein $\geq$ Diagnosedatum $\geq$ Geburtsdatum $\geq$ Beginn der erster Therapie $\leq$ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M18

Therapiemodalität und UE

FELDNAME	Therapiemodalität und Unerwünschtes Ereignis
DEFINITION	Zuordnung eines Unerwünschten Ereignisses (UE) zu einer der Haupttherapiemodalitäten oder -prozeduren ¹¹⁰
BEGRÜNDUNG	- Zählung der UEes in zeitlichem Zusammenhang mit einer bestimmten Therapiemodalität - Beziehung UE und rezidivfreies sowie gesamtes Überleben - Benchmarking UE gleicher Therapiemodalität in verschiedenen Institutionen bei gleicher Entität, gleichem Stadium, Alter und anderen Faktoren
SYNONYME	Therapieart und UE, Behandlungsmodus und UE, Prozedur und UE, Therapieverfahren und UE, therapeutische Methode und UE, Therapie und Komplikation(en), Behandlung und Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW), u. a.
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- OP, chirurgisch-operative Verfahren aller Art - Chemotherapie - Strahlentherapie - Stammzelltransplantation - Hormon-, Immun-, andere Therapien - Keine Zuordnung möglich - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Auftretende UEes sind überwiegend bekannt und können meistens einer Therapiemodalität zeitlich und dokumentarisch zugeordnet werden. Sie werden entsprechend in den Dokumenten der zugehörigen Abteilungen direkt als UE, Nebenwirkungen, etc. oder als Surrogatindikatoren (Fieber, Infektionen, etc.) dokumentiert und dort aufgefunden. 2. Wenn eine UE nicht sicher zugeordnet werden kann, soll hier „keine Zuordnung möglich“ kodiert werden, das UE aber unbedingt dokumentiert werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Zugelassen sind nur die Merkmalsausprägungen der aufgeführten Klassifikationen (CTCAE, WHO, etc.)
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER HEIDELBERG	M07

¹¹⁰Die fünf Haupttherapiearten sind: Chirurgische Intervention (OP), Chemotherapie, Strahlentherapie, SZT und Hormon-, Immun- / andere Therapie

Klassifikation Unerwünschtes Ereignis

FELDNAME	Klassifikation Unerwünschtes Ereignis
DEFINITION	Spezifische Merkmalsliste, die die Beschreibung Unerwünschter Ereignisse und ihrer Schweregrade enthält
BEGRÜNDUNG	- Standardisierung und internationale Vergleichbarkeit der inhaltlichen und dokumentarischen Erfassung von UEn und ihrer Schweregrade in unterschiedlichen Institutionen für Auswertungen - Benchmarking
SYNONYME	Nebenwirkungsschlüssel, Handbuch Unerwünschte Ereignisse / Wirkungen, Toxizitätskriterien, Allgemeine Terminologie-Kriterien für Unerwünschte Ereignisse, CTC, CTCAE, Schlüssel Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW), etc.
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 4.0, July 2009 (liegt nur in engl. Fassung vor) - WHO-Empfehlungen für die Bewertung von akuten und subakuten Nebenwirkungen - Schlüssel V: Common Toxicity Criteria (CTC): Klassifikation von akuten Nebenwirkungen bei der Chemo- und Radiotherapie - Komplikationen der operativen Therapie (s. Schlüssel 3, OTD-3-Internet 2003¹¹¹) - Folgeerkrankungen / Bleibende Folgen (Pädiatrie) - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Die obigen Klassifikationen sind bis auf die CTCAE, Vs. 4.0 im Programm aufrufbar. Die Merkmalsausprägungen können entsprechend angeklickt werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Zugelassen sind die Merkmalsausprägungen des jeweiligen Katalogs
REFERENZDOKUMENTE	Colevas, Setser 2004. CTCAE 2010. Seegenchmiedt 1998. Miller 1981. Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie (AIO) 1992. Berdel et al 1994. Dudek et al (Hrsg) 1999. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	WHO NCI Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Derzeit werden wegen der Defizite der primären UE-Dokumentation in der Klinik keine akuten unerwünschten Ereignisse“ (90-Tage Frist) oder chronische Therapiefolgen im NCT-Krebsregister dokumentiert. Jedoch werden in zahlreichen, im NCT und Klinikum Heidelberg durchgeführten Studien und Einzeldateien (Pädiatrie, Med. V, Chirurgie, etc.) unerwünschte Ereignisse, „Komplikationen“, „Nebenwirkungen“, etc. erfasst. Diese sind aber bisher dem NCT-Krebsregister nicht direkt zugänglich. 2. Die derzeit beste, einfach zu handhabende und international gebräuchlichste Erfassung von Unerwünschten Ereignissen ist die Samm-

¹¹¹ Sinn et al 2003.

lung „Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)“ des U.S. Departments of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Sie enthält unerwünschte Ereignisse in 26 Organsystemen und Prozeduren. Sie ist international in der onkologischen Forschung das gebräuchliche Handbuch für die Dokumentation unerwünschter Ereignisse. Die neueste Version v4.02, Sept. 2009, gilt ab 01.10.2009. CTCAE-4 kann für die Dokumentation aller im Zusammenhang mit der Behandlung akut auftretenden UE (Chirurgie, Bestrahlung, Chemotherapie, SZT, Hormontherapie, etc.) eingesetzt werden. Auch chronische Nebenwirkungen bzw. Folgeerkrankungen und Folgezustände sind mit eingeschlossen. Eine Überprüfung der z. B. in der OTD aufgeführten Schlüssel für akute UE ergab, dass die CTCAE-4 alle UE abdeckt.

3. Die CTCAE-4 ist im NCT-Krebsregister noch nicht eingepflegt und anwendbar. Es liegt nur eine englische Version vor.
4. Die Anwendung der jeweiligen Klassifikation soll in Absprache mit der jeweiligen Abteilung festgelegt werden.

NCT-KREBSREGISTER	M07, M08, M09, M10, M18
-------------------	-------------------------

Unerwünschtes Ereignis (UE)

FELDNAME	Unerwünschtes Ereignis (UE)
DEFINITION	Ein unerwünschtes Ereignis UE (Adverse Event AE) ist ein meist nachteiliges und ungewolltes Krankheitszeichen oder eine Krankheit einschließlich eines anormalen Laborwertes, die <u>zeitlich</u> mit der Anwendung einer medizinischen Behandlung oder einer Prozedur <u>assoziiert</u> auftreten. Ein UE kann <u>während</u> einer Therapie oder <u>innerhalb ≤ 90 Tagen</u> (<i>akut</i>) oder auch <u>nach > 90 Tagen</u> (chronisch) auftreten. Ein UE <u>wird immer dokumentiert, einerlei</u> , ob es mit der Behandlung oder Prozedur <u>als zusammenhängend angesehen wird oder nicht</u> .
BEGRÜNDUNG	- Analyse der Häufigkeit eines UEs in zeitlichem Zusammenhang mit einer bestimmten Therapie - Rezidivfreies Überleben und UE - Überlebenszeit und UE - Beziehung UE und ECOG - Benchmarking UE in verschiedenen Institutionen bei gleicher Entität, gleichem Stadium, Alter, etc.
SYNONYME	Nebeneffekt, Nebenwirkung, Komplikation, schädliche Nebenwirkung, nachteiliges Ereignis, adverse effect, gesundheitsschädigende Wirkung, Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW)
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Entsprechend der Klassifikation, mit Schweregrad
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Für UE „Chir. Therapie“ Benutzung OTD-Schlüssel III 2. Für UE „Chemotherapie“ Benutzung OTD-Schlüssel V CTC 3. Für UE „Strahlentherapie“ Benutzung OTD-Schlüssel V CTC 4. Für UE „Stammzelltransplantation“ Benutzung OTD-Schlüssel V CTC 5. Für „Hormon-, Immun-, andere Therapien“ Benutzung OTD-Schlüssel V CTC (Stand 10/2009)
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Zugelassen sind die Merkmalsausprägungen des ausgewählten Katalogs
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Alle UE, die <u>während</u> der antitumorösen Therapie auftreten, werden dokumentiert. 2. Alle UE, die 90 Tage nach Beendigung einer (Primär)-Therapie vorkommen, werden dokumentiert. Dies erfordert ein Datum des Abschlusses einer Therapie. - Für Chir. Th. gilt: Tag Op., die zur Entfernung des Hauptanteils des Tumors geführt hat (Haupt-Op.) - Für Chemotherapie gilt: letzter Tag der Chemotherapie - Für Strahlentherapie gilt: letzter Tag der Applikation einer Strahlendosis - Für SZT gilt: Entlassung aus stationärer Behandlung - Für Hormon-, Immun-, andere Th. gilt: letzter Tag der Applikation des Medikaments (für UE bei fortlaufender Medikation gilt die Regel „UE während Therapie“). 3. Die CTC-UE-Liste (Schlüssel V OTD) enthält 101 Merkmale mit den Beschreibungen der Ausprägung je nach Schweregrad (s. u.).
NCT-KREBSREGISTER HEIDELBERG	M07, M08, M09, M10, M18

Schweregrad UE

FELDNAME	Schweregrad UE												
DEFINITION	Bezeichnet die Stärke der Ausprägung des Merkmals, Symptoms, der Störung, Veränderung oder Schädigung, eingeteilt in Grade												
BEGRÜNDUNG	- Analyse der Schwere eines UEs in Zusammenhang mit einer bestimmten Therapie - Rezidivfreies Überleben und Schweregrad des UE - Überlebenszeit und Schweregrad des UE - Beziehung des Schweregrades eines UE und ECOG - Benchmarking der Schweregrade eines UE in verschiedenen Institutionen												
SYNONYME	Stärkegrad UE, Score UE, Stufe UE, Schweregrad Unerwünschte Arzneimittelwirkung (UAW), Schweregrad Komplikation, etc.												
DATENTYP	Alphanumerisch												
DATENBEREICH	Grad 0 = „Keine“ Grad 1 = „Gering“/ „Leicht“ Grad 2 = „Mäßig“/ „Deutlich“ Grad 3 = „Stark“/ „Ausgeprägt“ Grad 4 = „Lebensbedrohlich“												
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Bei Anwendung der englisch-sprachigen Klassifikationen werden die Schweregrade auf Englisch erfasst. 2. In der CTC-Liste (und CTCAE-4, 2009) ist jeder der Ausprägungsgrade 0-4 eines unerwünschten Ereignisses beschrieben und kann somit zutreffend erfasst werden.												
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog												
PRÜFUNGSREGELN	Schweregrad kann nur erfasst werden, wenn „Merkmal UE“ und „Klassifikation UE“ erfasst sind.												
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999. Sinn et al 2003. CTCAE 2010.												
REFERENZORGANISATION	1. Deutsche Krebsgesellschaft, ADT 2. NCI												
KOMMENTAR	Die CTCAE 4.03 2010-06 enthält <i>keinen Schweregrad 0</i> wie die CTC, sondern beginnt mit Schweregrad 1 und endet mit 5 (Tod, wenn als UE zutreffend). Jeder Grad wird ohne Bewertung direkt beschrieben. Allgemein bedeuten die CTCAE-4-Grade: <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grade</th><th>Symptoms</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grade 1</td><td>Mild; asymptomatic or mild symptoms; clinical or diagnostic observations only; intervention not indicated.</td></tr> <tr> <td>Grade 2</td><td>Moderate; minimal, local or noninvasive intervention indicated; limiting age-appropriate instrumental ADL*.</td></tr> <tr> <td>Grade 3</td><td>Severe or medically significant but not immediately life-threatening; hospitalization or prolongation of hospitalization indicated; disabling; limiting self care ADL**.</td></tr> <tr> <td>Grade 4</td><td>Life-threatening consequences; urgent intervention indicated.</td></tr> <tr> <td>Grade 5</td><td>Death related to AE.</td></tr> </tbody> </table> Erläuterungen: - A Semi-colon indicates 'or' within the description of the grade. - A single dash (-) in CTCAE-4.03 2010-06 indicates a grade is not available. - ADL = Activities of Daily Living *Instrumental ADL refer to preparing meals, shopping for groceries or clothes,	Grade	Symptoms	Grade 1	Mild; asymptomatic or mild symptoms; clinical or diagnostic observations only; intervention not indicated.	Grade 2	Moderate; minimal, local or noninvasive intervention indicated; limiting age-appropriate instrumental ADL*.	Grade 3	Severe or medically significant but not immediately life-threatening; hospitalization or prolongation of hospitalization indicated; disabling; limiting self care ADL**.	Grade 4	Life-threatening consequences; urgent intervention indicated.	Grade 5	Death related to AE.
Grade	Symptoms												
Grade 1	Mild; asymptomatic or mild symptoms; clinical or diagnostic observations only; intervention not indicated.												
Grade 2	Moderate; minimal, local or noninvasive intervention indicated; limiting age-appropriate instrumental ADL*.												
Grade 3	Severe or medically significant but not immediately life-threatening; hospitalization or prolongation of hospitalization indicated; disabling; limiting self care ADL**.												
Grade 4	Life-threatening consequences; urgent intervention indicated.												
Grade 5	Death related to AE.												

	using the telephone, managing money, etc.
	**Self care ADL refer to bathing, dressing and undressing, feeding self, using the toilet, taking medications, and not bedridden.
NCT-KREBSREGISTER	M07, M08, M09, M10, M18

Definitive R-Klassifikation (postprimärtherapeutisch)

FELDNAMEN	Definitive R-Klassifikation
DEFINITION	Klassifizierung der Tumorerkrankung ¹¹² in Bezug auf das Vorhandensein von Residualtumor („Resttumor“) nach primärer Therapie oder nach Therapie im Verlauf
BEGRÜNDUNG	- Herausragende prognostische Bedeutung - Wichtige Entscheidungsgrundlage für weiteres therapeutisches Vorgehen - Evaluation der Operation und des Operateurs - Qualitätssicherung
SYNONYME	„Therapiebezogene R-Klassifikation“ (KRBW); Residualurteilung
DATENBEREICH	RX → Vorhandensein von Resttumor kann nicht beurteilt werden R0 → Kein Resttumor R1 → Mikroskopischer Resttumor R2 → Makroskopischer Resttumor ¹¹³ f. A. → Fehlende Angabe
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Die obigen R-Klassifikation ist die sogenannte „<i>Definitive R-Klassifikation</i>“, die die Residualsituation des Primärtumors und die Residualsituation in Bezug auf Metastasen, also die Gesamt-R-Situation des Patienten, umfasst. Sie ist also gültig für - die post-operative, <i>mikroskopische</i> Resttumorbeurteilung des Primärtumors einschließlich der <i>Resektionsabstände</i> nach OP und - die <i>makroskopische</i> Resttumorbeurteilung¹¹⁴ („<i>Metastasen</i>“). 2. <i>Dokumentare</i> sollen den definitiven R-Status nur dokumentieren, wenn sie eine R-Status-Angabe im Pathobefund oder ein patho-histologischer Befund mit Resektionsabständen in mm und eine klinische Aussage zu makroskopischem Resttumor (Stagingbefund) in Form von Regionär- oder Fern-Metastasen in medizinischen Dokumenten vorhanden ist. Falls nicht, wird „f. A.“ kodiert. 3. Wenn <i>mehrere Operationen</i> bei einem Tumor durchgeführt wurden, gilt die R-Situation <i>nach der letzten Op.</i> Wenn z. B. bei einem Mammatumor bei den ersten beiden Operationen mikroskopisch ein R1 und erst bei der dritten Op ein R0 vorliegt, wird der R-Befund der dritten Op zugeordnet und es gilt das Datum der letzten Op für die R-Klassifizierung. 4. Für die R-Klassifizierung bei <i>mehreren operativen Lokalisationen</i> ist die <i>ungünstigste</i> Situation maßgebend. 5. R2 bedeutet, dass makroskopischer Resttumor im Körper verblieben ist. Dies ist der Fall, wenn 1. bei der OP die Neoplasie nicht vollständig entfernt werden konnte (Residualtumor an der Primärlokalisation), 2. Fernmetastasen apparativ-klinisch (s. Fußnote zu makroskopische Resttumorbeurteilung) oder histo-pathologisch im Körper nachgewiesen und verblieben sind oder 3. Im regionären Abflussgebiet Lymphknoten befallen und nicht entfernt wurden (N1) (s. Fußnote zu „Metastatischer makroskopischer Resttumor“). 6. Die „Definitive R-Klassifizierung“ kann unmittelbar postprimärtherapeutisch oder nach einer Therapie im Verlauf (M13) dokumentiert werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalogeintrag
PRÜFUNGSREGELN	1. Dieses Datenfeld trifft definitionsgemäß nur zu, wenn eine operative Thera-

¹¹² Wittekind et al 2009, p. 3486: „Tumor bedeutet nicht nur eine zusammenhängende Ausbreitung, sondern auch eine unterbrochene Ausdehnung des Primärtumors („Satelliten“, „Tumorablagerungen“), lymphatische und venöse Einbrüche (Tumorzellen im Lumen mit Anheftung an die Gefäßwand und/oder Gefäßwandeinbruch), perineurale Invasion und Lymphknotenmetastasierung“.

¹¹³ „Metastatischer makroskopischer Resttumor“ schließt hier regionäre Lymphknotenmetastasen ein.

¹¹⁴ Die makroskopische Beurteilung schließt neben Tast- und Sichtbefunden auch den Tumornachweis durch apparative Verfahren (Sonographie, Röntgen, CT, MRT, etc.) ein.

	pie kodiert ist <u>und</u> ein patho-histologischer Befund („lokale R-Beurteilung“) vorliegt. 2. Wenn im Datenfeld „Tumoresektion im Gesunden“ (lokale R-Situation) in Modul 05(Pathologie) oder 07 (Chirurgische Intervention) „Nein“ angegeben ist, darf im Datenfeld „R-Klassifikation“ nicht „R0“ kodiert sein. 3. Wenn R2 kodiert ist, muss das Datenfeld „Metastasenlokalisierung“ ausgefüllt sein.
REFERENZDOKUMENTE	Sinn et al 2003. Wittekind et al (Hrsg) 2002. Wittekind, Meyer (Hrsg) 2010. Hermanek et al 1999. Wittekind et al 2009.
REFERENZORGANISATIONEN	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT UICC
KOMMENTAR	1. Aus Gründen der klinischen Bedarfs und aus dokumentationstechnischen Beweggründen wird im KRBW ab dem 3. Quartal 2011 die R-Dokumentation auf zwei Datenfelder - R-Primärtumormerkmale und R-Metastasenmerkmale - in folgender Weise ermöglicht: <u>R bezogen auf den Primärtumor*</u> X = Nicht bestimmbar 0 = Kein Residualtumor 0a = Tumormarker im Normalbereich (postth.) 0b = Tumormarker erhöht (postth.) 1 = Mikroskop. Residualtumor an Schnittträgern 1(is) = mikroskopischer in-situ Residualtumor 1(cy+) = zytologisch positiver Befund R2a = Lokaler makroskopischer Residualtumor** * Primärtumor: Beurteilung biochemischer Tumorindikatoren und / oder des Vorhandenseins / Nicht-Vorhandenseins von Residualtumor am Ursprungsort des Primärtumors nach Therapie („lokale Radikalität“). ** Schließt regionären makroskopischen LK-Befall ein. <u>R bezogen auf die Fernmetastasen*:</u> X = Nicht bestimmbar 0 = Kein Residualtumor 0a = Tumormarker im Normalbereich (postth.) 0b = Tumormarker erhöht (postth.) 1 = Mikroskop. Residualtumor an Schnittträgern** R2b = Metastatischer makroskos. Residualtumor*** * Definition Fernmetastasen: Beurteilung biochemischer Tumorindikatoren und /oder des Vorhandenseins / Nicht Vorhandenseins von Fernmetastasen nach Therapie. ** der operierten Fernmetastase! *** = makroskopische Fernmetastasen. Diese Aufteilung der R-Klassifizierung ermöglicht eine differenzierte Beschreibung der R-Situation Primärtumor / der R-Situation Fernmetastasen und daraus resultierend die Errechnung der für den Patienten prognostisch entscheidenden <i>definitiven</i> R-Situation. 2. Die Definitionen der R-Kategorien R2a und R2b in der OTD-2007 (Autoren: H.P. Sinn, P. Hermanek, G. Wagner, Ch. Wittekind) und Wittekind et al 2009, in „Cancer“ sind unterschiedlich. In Wittekind et al 2009 wurde außerdem R2c eingeführt. Die unten dargestellte R-Klassifikation orientiert sich an der verbes-

serten R-Klassifikationsversion aus „Wittekind et al, Cancer 2009“.

3. Eine R-Klassifizierung lässt sich außer nach operativ-chirurgischer auch nach Behandlung mit nicht-operativer, neoadjuvanter, adjuvanter Chemotherapie, Strahlentherapie oder anderer Therapiemodalitäten anwenden („spezifisch-therapiebezogene“ R-Klassifizierung). Derzeit wird nach nicht-operativen Therapien zur Beurteilung des Therapieeffektes jedoch im Wesentlichen *der Remissionsstatus* angewendet (s. d.).

4. Als *definitive R-Klassifizierung* bezeichnet man die R-Beurteilung nach Abschluss der gesamten Primärtherapie (*definitive post-primärtherapeutische R-Klassifizierung*) (Sinn et al, OTD-2007). Sie wird entsprechend nach Beendigung aller geplanten und durchgeführten primären Therapien durchgeführt. Wenn die Beurteilung als „definitive R-Klassifizierung“ gelten soll, muss dieser Umstand besonders gekennzeichnet sein. Ansonsten gilt automatisch die obige Definition.

5. Wenn nach einer nicht-chirurgischen, also alleinigen Systemtherapie (neoadjuvant, chemotherapeutisch, hormonell, immunologisch, sonstig), nach Strahlentherapie, SZT oder anderweitigen Therapie (Hyperthermie, etc.) bei der *histo-pathologischen Untersuchung (Bedingung!)* keine Tumorreste einschließlich maligner Zellen nachgewiesen werden können, wird dies therapiespezifisch unter der jeweiligen Therapie als R0 dokumentiert.

6. Erläuterungen zu den Begriffen „Klinische R-Klassifizierung“ und „Pathologische R-Klassifizierung“ finden sich in Sinn et al, 2007.

7. Wittekind et al haben 2009 eine international abgestimmte neue „definitive“ R-Klassifizierung publiziert. Die unten gezeigten R-Kriterien erfordern die *Information* der *mm-Entfernung vom Tumorrand*. Ohne diese kann eine differenzierte R-Klassifizierung, wie sie heute (2011) z. B. für Rektumkarzinome, in der Mammachirurgie etc., international Standard sind, nicht erfolgen. Die R-Klassifizierung mit mm-Angaben wird dem histo-pathologischen Bericht des Pathologen entnommen und ist an eine anspruchsvolle patho-histologische Methodik gebunden (Wittekind et al 2009, dort weitere Literatur). Die R-Dokumentation nach der neuen Wittekind 2009-Einteilung, basierend auf der mm-Abstandsangabe beim Primärtumor, wurde für das NCT / Klinikum Heidelberg und das KRBW bisher nicht eingeführt.

R-Klassifizierung nach Wittekind et al 2009

RX	→ Vorhandensein von Resttumor kann nicht beurteilt werden
R0 > 1 mm	→ Kein Resttumor, minimaler Abstand zwischen Tumor und Resektionsrand > 1 mm
R1 ≤ 1 mm	→ Kein Resttumor, minimaler Abstand zwischen Tumor und Resektionsrand ≤ 1 mm
R1-dir	→ Mikroskopischer Resttumor, Tumor direkt am Resektionsrand; Tumor durchschnitten
R2a	→ Lokaler makroskopischer Resttumor
R2b	→ Metastatischer makroskopischer Resttumor ¹¹⁵
R2c	→ Makroskopischer Resttumor an beiden Stellen
f. A.	→ Fehlende Angabe

¹¹⁵ „Metastatischer makroskopischer Resttumor“ schließt hier regionäre Lymphknotenmetastasen ein.

	Den R0 und R1 Kategorisierungen sollen die entsprechenden mm-Abstände zugrunde liegen. Dies ist im Rahmen der kolo-rektalen Chirurgie, der Mammachirurgie und inzwischen auch anderen organchirurgischen Bereichen wie Pankreaschirurgie ¹¹⁶ , üblicher Standard. Er sollte wegen der Vergleichbarkeit von Therapieergebnissen verschiedener Kliniken eingehalten werden.
NCT-KREBSREGISTER	M03, M13

¹¹⁶ Ben-Ishay et al (2011).

Datum definitiven R-Klassifizierung

FELDNAME	Datum R-Klassifizierung
DEFINITION	Tag der Beurteilung des Residualtumorstatus
BEGRÜNDUNG	- Bewertung der rezidiv freien und gesamten Überlebenszeit nach unterschiedlichen Residualsituationen - Bewertung des kurzfristigen Therapieerfolgs nach Therapie
SYNONYME	Datum der gesamt-postprimärtherapeutische R-Klassifizierung
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Vollständiges Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Kodiert wird der Tag der ärztlichen Bewertung der R-Situation. Dieses Datum wird in M03 kodiert. 2. Falls aus medizinischen Dokumenten der Tag der R-Bewertung nicht eruierbar ist, wird der Tag der OP (Datum chirurgische / operative Therapie) kodiert. 3. Falls Tag oder Monat nicht bekannt, wird 00MMJJJJ respektive 0000JJJJ kodiert.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum ist nur gültig mit einer R-Klassifizierung. Das Datum muss sein ≥ Geburtsdatum ≥ Diagnosedatum ≥ Erstes „Datum einer Therapiemodalität“ ≤ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENT	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	1. Bei Beurteilung des R-Status auf Basis der chirurgischen Intervention (<u>lokaler</u> Residualstatus) - <i>dies ist die häufigste Form der Residualbewertung</i> - kann das Datum der hauptsächlichen Operation / chirurgischen Intervention zur kurativen Behandlung des Primärtumors als Datum R-Klassifizierung genommen werden. 2. Jeder R-Klassifizierung ist ein eindeutiges Datum zuzuordnen.
NCT-KREBSREGISTER	M03, M13

4.6.4 Verlauf

Datum Verlaufsuntersuchung

FELDNAME	Datum Verlaufsuntersuchung
DEFINITION	Tag der ärztlichen Untersuchung <i>nach Abschluss der Primärtherapie</i>
BEGRÜNDUNG	- Registrierung der postprimärtherapeutischen Nachuntersuchungsintervalle - Zeitliche Zuordnung eines onkologischen Ereignisses im Krankheitsverlauf - Auswertung der rezidivfreien und Gesamt-Überlebenszeit - Beurteilung der Therapieeffektivität - Beurteilung der Lebensqualität im Verlauf
SYNONYME	Datum Verlaufserhebung, Datum Verlauf, Datum Folgerhebung
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Vollständiges Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Das Datum wird nach Abschluss der Primärtherapie angelegt. In der Regel beginnt ein Verlauf, wenn die Primärtherapiephase mit OP, Chemo- / anderen systemischen Therapien, Bestrahlung, u. a. abgeschlossen ist oder die Entscheidung „Warten-und-beobachten“ gefallen ist. <i>Das Datum, an dem der Patient <u>danach</u> zum ersten Mal gesehen oder beim Follow-up kontaktiert wurde, wird als „Datum Verlaufsuntersuchung“ erfasst.</i> 2. Jedes Datum ärztlicher Nachsorge- bzw. Follow-up-Untersuchung wird dokumentiert. 3. Wenn Therapien <i>nach Abschluss</i> der Primärtherapien durchgeführt werden (immer häufiger, z. B. Bestrahlungen einer Metastase, erneute Chemotherapie bei Rezidiven aller Art, etc.!!!), <i>muss</i> zunächst immer ein „Datum Verlauf“ angelegt werden. 4. <u>Schätzung des „Datum Verlaufsuntersuchung“</u>, falls kein genaues Datum vorliegt. Im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters wird die Verschlüsselung 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW-System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ.

Es gelten folgende Kodierregeln:

- Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ
- Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ

Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres:

- Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ
- Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ
- Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ
- Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ
- oder..... → 0001JJJJ
des Jahres, das in Frage kommt.
- Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ
- Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ

Fehlendes Jahr:

- Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992
- Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre..... → 00001997
- Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“ → 00001995

Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual

	2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt). Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet. Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode bei zwei oder mehr Angaben, wird gekennzeichnet.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein ≥ Diagnosedatum ≥ Datum Beginn und Ende der verschiedenen Primärtherapien bzw. der Entscheidung „Warten-und-Beobachten“ ≥ Geburtsdatum ≤ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999. Adamo et al 2015.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT SEER
KOMMENTAR	1. Das „Datum Verlaufserhebung“ oder „Folgerhebung“ (so benannt im NCT-Krebsregister respektive der „Basisdokumentation“) bezieht sich auf das <u>Datum, an dem ein Arzt eine krankheitsverlaufsrelevante Information</u> des Patienten <u>aufgenommen</u> hat. 2. Es handelt sich um ein <u>Wiederholmerkmal</u>! Ein Patient wird meist viele Male im Verlauf untersucht und nachgesorgt. 3. Das „Datum Verlaufsuntersuchung“ dient im wesentlichen der Erfassung des Geschehens in Bezug auf die „Primärtumorlokalisation“, die „Regionären Lymphknoten“ und die „Fernmetastasen“ wie der Bestimmung des Remissionsstatus („Aktuelle Remissions- / Responsebewertung“).
NCT-KREBSREGISTER	M13

Durchführende Institution (Verlaufsuntersuchung)

FELDNAME	Durchführende Institution
DEFINITION	Einrichtung der Krankenversorgung, die die Verlaufsuntersuchung durchführt
BEGRÜNDUNG	- Zur Unterscheidung zwischen intern und extern durchgeführten Verlaufsuntersuchungen - Meldung intern durchgeführter Verlaufsinformationen an das KRBW - Zur Nachverfolgung der Patienten, deren Verlauf im eigenen Hause weiter verfolgt werden soll - Benchmarking
SYNONYME	Durchführende(s) Klinik / Einrichtung / Krankenhaus / Hospital / Klinikum, Nachsorgeeinrichtung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Klinikum HD („intern“) →Uniklinik HD →Orthopädie - Externe Kliniken o. n. A. →Thoraxklinik →Salem →Vincentius - Praxis/Niedergelassener Arzt - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Wenn eine Verlaufs-, Nachsorge oder sonstige Untersuchung im Verlauf des Krankheitsprozesses in der eigenen Klinik / in einer Abteilung des Heidelberger Klinikums / des NCT <u>begonnen</u> oder / und <u>durchgeführt</u> wurde ist "Klinikum HD" zu kodieren.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valide Katalogausprägung
PRÜFUNGSREGELN	Wenn unter „Durchführende Institution (Verlaufsuntersuchung)“ „Klinikum Heidelberg“ kodiert ist, muss im Modul M13 das „Datum Verlaufs-erhebung“ ausgefüllt sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M13

Status Primärtumor (im Verlauf)

FELDNAME	Status Primärtumor
DEFINITION	Ausbreitungsgrad des Tumors im Bereich der primären anatomischen Lokalisation zum Untersuchungszeitpunkt
BEGRÜNDUNG	- Abbildung der lokalen Situation des Primärtumors - Effektivitätskontrolle des operativen Vorgehens, eines neoadjuvanten, chemotherapeutischen oder kombinierten radio-chemotherapeutischen Vorgehens - Prognose Kriterium - Grundlage für weitere Therapie - Vergleich von Ergebnissen der Primär-, Sekundär-, Tertiärtherapie im Verlauf - Qualitätskontrolle - Benchmarking
SYNONYME	Aktuelle Tumorausbreitung
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Kein Tumor - Primärtumor verblieben - Tumorreste = Residualtumor - Lokalrezidiv - Biochemisches Rezidiv - Fraglicher Befund / Nicht beurteilbar - Tumorprogress - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Verschlüsselt wird der Befund an der Tumorlokalisation, die nach ICD-O-Topographie (Primärtumorlokalisation) kodiert wurde. 2. Das Feld „<i>Status Primärtumor</i>“ kodiert für <i>solide Primärtumoren</i> im Verlauf. Für systemische Neoplasien trifft das Feld nicht zu und ist über die „Fokalität“ mit dem Merkmal „systemisch“ ausgeblendet. 3. Wenn in ärztlichen Dokumenten zu einem bestimmten Verlaufsdatum <i>keine Informationen</i> zum „<i>Status Primärtumor</i>“ gefunden werden, wird „f. A.“ verschlüsselt.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Nur gültig mit Verlaufsdatum. Muss mit Verschlüsselung des Remissionsstatus kompatibel sein.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Falls „Lokalrezidiv“ oder „Genereller Progress“ verschlüsselt wird, ist im Datenfeld Remissionsstatus „Progression“ zu kodieren.
NCT-KREBSREGISTER	M13

Status Regionäre Lymphknoten (im Verlauf)

FELDNAME	Status Regionäre Lymphknoten
DEFINITION	Beschreibt die Lymphknotensituation im anatomischen Abflussgebiet des Primärtumors in Bezug auf Tumorzellbefall
BEGRÜNDUNG	- Effektivitätskontrolle des operativen Vorgehens in Bezug auf die regionären Lymphknoten, eines neoadjuvanten, chemotherapeutischen oder kombinierten radio-chemotherapeutischen Vorgehens - Prognose Kriterium - Grundlage für weitere Therapie - Vergleich von Ergebnissen der Primär-, Sekundär-, Tertiärtherapie im Verlauf - Qualitätskontrolle - Benchmarking
SYNONYME	Aktuelle Tumorausbreitung
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Keine (neuen) regionären Lymphknotenmetastasen - Residualtumor in regionären Lymphknoten - Lymphknotenrezidiv / neu aufgetretene Lymphknotenmetastase(n) - Fraglicher Befund - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Das Feld „<i>Status Regionäre Lymphknoten</i>“ kodiert für die Lymphknotenausbreitung <i>solider Primärtumoren</i> im Verlauf. Für systemische Neoplasien trifft das Feld nicht zu und ist über die „Fokalität“ mit dem Merkmal „systemisch“ ausgeblendet. 2. Wenn in ärztlichen Dokumenten zu einem bestimmten Verlaufsdatum <i>keine Informationen</i> zum „<i>Status Regionäre Lymphknoten</i>“ gefunden werden, wird „f. A.“ verschlüsselt.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Nur gültig mit Verlaufsdatum. Muss mit Verschlüsselung des Remissionsstatus kompatibel sein.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M13

Status Fernmetastase (im Verlauf)

FELDDNAME	Status Fernmetastase (im Verlauf)
DEFINITION	Beurteilung der Tumorausbreitung in Bezug auf Fernmetastasen nach Abschluss der Primärtherapie zum Untersuchungszeitpunkt
BEGRÜNDUNG	- Erfassung des Auftretens einer Metastasierung - Effektivitätskontrolle des operativen Vorgehens in Bezug auf eine nachfolgende Metastasierung, eines neoadjuvanten, chemotherapeutischen oder kombinierten radio-chemotherapeutischen Vorgehens - Zentrales Prognosekriterium - Grundlage für weitere Therapie - Vergleich von Ergebnissen der Primär-, Sekundär-, Tertiärtherapie im Verlauf - Zeitpunkt der Bestimmung eines Rezidivs - Qualitätskontrolle - Benchmarking
SYNONYME	Tochterabsiedlung, Tochtergeschwulst, Filialisierung, Filiae.
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Keine Fernmetastase(n) - Fernmetastase(n) verblieben - Neue Fernmetastase(n) - Fraglicher Befund - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. „Fern“ in Fernmetastasen bedeutet, dass Tumorzellen in Organen oder Geweben zu finden sind, die nicht zum Abflussgebiet der regionalen Lymphknoten gehören. 2. Das Feld kodiert für Fernmetastasen <i>solider Primärtumoren</i> im Verlauf. Für systemische Neoplasien trifft das Feld nicht zu und ist über die „Fokalität“ mit dem Merkmal „systemisch“ ausgeblendet. 3. Wenn in ärztlichen Dokumenten zu einem bestimmten Verlaufsdatum <i>keine Informationen</i> zum „Status Fernmetastasen“ gefunden werden, wird „f. A.“ verschlüsselt.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valider Katalogeintrag
PRÜFUNGSREGELN	Nur gültig mit Verlaufsdatum. Muss mit Verschlüsselung des Remissionsstatus kompatibel sein.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Der „Aktuelle Tumorstatus“ in M13 ließe sich auch sehr gut als „TNM im Verlauf“ mit einem Verlaufsdatum ausdrücken. Als Datenfelder in M13 ebenfalls vorhanden, aber s. Kommentar bei Status Primärtumor.
NCT-KREBSREGISTER	M13

Fernmetastasenlokalisierung (im Verlauf)

FELDNAME	Fernmetastasenlokalisierung
DEFINITION	Anatomischer Ort der Fernabsiedlung von Tumorzellen des Primärtumors über das regionale Abflussgebiet hinaus
BEGRÜNDUNG	- Häufigkeit von Fernmetastasen in bestimmten Organen nach Entität - Klinische Suche von Metastasen (Staging) in bestimmten Organen bei bereits diagnostiziertem spezifischem Primärtumor - Qualitätsindikator in Bezug auf Staging - Forschung in Bezug auf „schlafende“ Tumorzellen
SYNONYME	Metastasierungsort, Metastasierungsorgan
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- PUL Lunge - OSS Knochen - HEP Leber - BRA Gehirn - LYM Lymphknoten - MAR Knochenmark - PLE Pleura - PER Peritoneum - ADR Nebenniere - SKI Haut - OTH Andere Organ (Other) - Mediastinum - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. <u>Voraussetzung</u> für die Verschlüsselung dieses Datenfeldes in M13 ist: 1.1 Kodierung „Datum Verlaufsuntersuchung“ („Muss“) 1.2 Kodierung „Neue Fernmetastase(n)“. Sonst bleibt das Feld frei. 2. Das Feld kodiert für Fernmetastasen <i>solider Primärtumoren</i> im Verlauf. Für systemische Neoplasien trifft das Feld nicht zu und ist über die „Fokalität“ mit dem Merkmal „systemisch“ ausgeblendet. 3. Das Feld ist mit „f. A.“ zu kodieren, wenn nach Angaben eines Arztes eine <i>Metastasierung</i> nachgewiesen ist, <i>aber keine Angabe zur Lokalisation</i> vorliegt. 4. Mehrfachangaben, falls zutreffend, sind möglich. 5. Wenn Fernmetastasenlokalisierung kodiert worden ist, soll im NCT-Krebsregister immer <u>zusätzlich</u> ein <u>Datum</u> der Feststellung eingegeben werden (M13).
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Kann im NCT-Krebsregister nur zutreffen, wenn im Feld „Status Fernmetastase“ „Neue Fernmetastase“ kodiert wurde.
REFERENZDOKUMENTE	Wittekind et al (Hrsg) 2002.
REFERENZORGANISATION	UICC
KOMMENTAR	Pflichtfeld in KRBW
NCT-KREBSREGISTER	M13; PER ist im Katalog zu ergänzen

Datum Fernmetastase (im Verlauf)

FELDNAME	Datum Fernmetastase
DEFINITION	Datum der ärztlichen Feststellung der Fernmetastase
BEGRÜNDUNG	- Registrierung der Intervalle krankheitsrelevanter Ereignisse wie Therapie → Auftreten von Metastasen → Diagnose - Auswertung der rezidiv freien Überlebenszeit; - Beurteilung der Therapieeffektivität - Prognosekriterium
SYNONYM	Datum Rezidiv, Datum Fernabsiedlung,
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Valides Datum, 00MMJJJJ erlaubt
BENUTZUNGSHINWEIS	1 Das „Datum Fernmetastase“ ist identisch mit dem „Datum Verlauf“, wenn bei der Untersuchung zum „Datum Verlauf“ die Fernmetastase festgestellt wurde. Beide Datumsfelder müssen kodiert werden. 2 <u>Schätzung des „Datum Fernmetastase (im Verlauf)“</u>, falls kein genaues Datum vorliegt. Im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters wird die Verschlüsselung 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW-System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ. Es gelten folgende <u>Kodierregeln</u>: • Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ • Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres: • Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ • Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ • Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ • Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ - oder..... → 0001JJJJ - des Jahres, das in Frage kommt. • Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ • Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ Fehlendes Jahr: • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992 • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre.... → 00001997 • Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“..... → 00001995 Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt). Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet. Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode bei zwei oder mehr Angaben, wird gekennzeichnet.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss sein ≥ Diagnosedatum

	$\geq$ Datum „Beginn“ und „Ende“ der verschiedenen Primärtherapien bzw. der Entscheidung „Warten-und-Beobachten“ $\geq$ Geburtsdatum $\leq$ Todesdatum.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999. Johnson and Adamo 2007.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT SEER
KOMMENTAR	1. Es können mehrere Datumsangaben zu Fernmetastasen dokumentiert werden, da mehrere Metastasen nacheinander und an mehreren Lokalisationen auftreten können. Als „Datum der Fernmetastase (im Verlauf“ kann das „Datum der Verlaufsuntersuchung“, an dem die Fernmetastase festgestellt worden ist oder das Datum in diesem Datenfeld gelten. 2. Wiederholmerkmal
NCT-KREBSREGISTER	M13

Klassifikation Remissionsstatus

FELDNAME	Klassifikation Remissionsstatus
DEFINITION	Referenzdokument zur Bewertung des Verhaltens einer Neoplasie im Therapieverlauf oder spontan („Response-Evaluation“)
BEGRÜNDUNG	- Zeitlich, räumlich und institutionell einheitliche Bewertungsstandards - Voraussetzung für Benchmarking.
SYNONYM	Klassifikation zur „Gesamtbeurteilung des Tumorgeschehens“ (KRBW), System der Responsebewertung
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- RECIST2000 - RECIST2009 - WHO 1981 - Bladé - IMWG¹¹⁷ Response Criteria für MM - Salzer-Kuntschik Knochensarkome Response - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Falls eine „Antwort des Tumors auf die Therapie“ (<i>Response</i>) im Arztbrief - sei es in der ersten Untersuchung nach Abschluss der Primärtherapie oder als Befund bei einer oder mehrerer Nachsorgeuntersuchung(en) beschrieben wird - soll diese in diesem Datenfeld dokumentiert werden. 2. Das Datenfeld „Klassifikation des Remissionsstatus“ ist ein Mussfeld, wenn ein Remissionsstatus verschlüsselt werden soll. 3. In Arztbriefen fehlt in der überwiegenden Zahl der Fälle die Klassifikation, nach der der Remissionsstatus durchgeführt worden ist. Oft wird aber dennoch der Wortwahl nach eine Remissionskategorie aus RECIST wie z. B. "Partielle Response" angegeben. Es liegt nahe, dass die untersuchenden Ärzte bei der Festlegung des Remissionsstatus RECIST angewendet haben. Da dies jedoch <i>nicht</i> ausreicht, um RECIST zu kodieren, wird "f. A." kodiert. Mit dieser Regelung sollte die Schwierigkeit der Entscheidung, ob nun WHO 81 (<i>einfache</i> Größenveränderung der Zielläsion) oder RECIST (<i>gemessene</i> Größenveränderung der Zielläsion) angewendet wurde, aus dem Weg gegangen und der Remissionsstatus selbst dokumentierbar werden. 4. RECIST gilt, wie das Akronym ausdrückt, prinzipiell für solide Tumoren, <i>kann</i> und wird in der Praxis aber häufig auch für systemische Tumoren angewendet. 5. Falls im Arztbrief für einen systemischen Tumor ein Response, aber keine spezifische Klassifikation angegeben wurde, wird ebenfalls „f. A.“ kodiert. 6. Kann eine „Klassifikation Remissionsstatus“ in den medizinischen Dokumenten abstrahiert werden, wird diese kodiert. 7. Ein MM-Response wird im NCT immer nach Bladé bewertet. Spezifische Ergänzungen siehe SOP Sektion MM, Heidelberg, Handbuch 02 KOG Lymphome / Leukämien / Myelome: - Bladé 1998-01.06.2005 - Bladé mo 02.06.2005-09.06.2008 - Bladé mo 2 10.06.2008 - heute.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog

¹¹⁷ International Myeloma Working Group, Durie et al 2006.

PRÜFUNGSREGELN	Klassifikation und Tumorentität müssen kompatibel sein, z. B. sind ein multiples Myelom und eine Responseeinteilung nach Salzer-Kuntschnik (Beurteilung von Osteosarkomen nach Chemotherapie) inkompatibel.
REFERENZDOKUMENTE	Miller et al 1981. Salzer-Kuntschik et al 1983. Macdonald et al 1990. Cheson et al 1990. Bladé et al 1998. Cheson et al 1999. Therasse et al 2000. Harris et al 2000. Cheson et al 2000. Cheson et al 2003. Greipp et al 2005. Cheson et al 2006. Baccarani et al 2006. Durie et al 2006. Cheson et al 2007. Hallek et al 2008. Shook et al 2009. Eisenhauer et al 2009. Wen et al 2010.
REFERENZORGANISATION	EORTC NCI-USA NCI-Canada RECIST working group Cancer (Zeitschrift) WHO EBMT International Working Group for Diagnosis, Standardization of Response Criteria, Treatment Outcomes, and Reporting Standards for Therapeutic Trials in Acute Myeloid Leukemia International Working Group (IWG) response criteria in myelodysplasia. European LeukemiaNet International Harmonization Project on Lymphoma International Myeloma Working Group Response assessment in neuro-oncology working group
KOMMENTAR	1. Für solide Tumoren gelten im Allgemeinen folgende Dokumentationsperioden: WHO_1981 1982-2000 RECIST2000 2001-2009 RECIST2009 2010-heute 2. Im KRBW Datenkatalog wird nur nach RECIST klassifiziert. Die differenzierteren Kategorien der Einteilung müssen bei Meldung an das KRBW in RECIST übergeleitet werden. 3. Für das Multiple Myelom gilt bis 31.12.2013 Bladé, in der originalen oder modifizierten Form (Heidelberg), ab 01.01.2014 die Response Kriterien der IMWG 2006.
NCT-KREBSREGISTER	M13, M17

Remissionsstatus

FELDDNAME	Remissionsstatus	
DEFINITION	Beurteilung des Verhaltens einer Neoplasie im Verlauf der Behandlung als „Response“ (Reaktion auf eine Therapie) oder spontan	
BEGRÜNDUNG	- Vergleich des Remissionsverhaltens („Response“) der Neoplasie bei unterschiedlichen Therapien - Prognosebeurteilung - Herstellung der Vergleichbarkeit von Daten verschiedener Register - Vergleich von Studienergebnissen - Benchmarking	
SYNONYM	„Tumorgeschehen“ (KRBW), Gesamtbeurteilung Tumorstatus, Gesamtbeurteilung Tumorgeschehen	
DATENTYP	Text	
DATENBEREICH	CR	Vollremission (Complete Response)
	CRu	Vollremission unbestätigt (Complete Response unconfirmed) ¹¹⁸
	CRr	Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (Complete Response with residuals)
	VGPR	Sehr gutes partielles Ansprechen (very good partial response)
	PR	Teilremission, partielles Ansprechen (partial response)
	MR	Minimales Ansprechen, klinische Besserung (Minimal Response)
	SD	Stable Disease (NC = No Change = Keine Änderung)
	PD	Progression (Progressive Disease)
	DG	Divergentes Geschehen
	X	Beurteilung unmöglich
	Entfällt	(z. B. Behandlung im Rahmen eines multimodalen, noch nicht abgeschlossenen Konzeptes)
	f. A.	fehlende Angabe
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Ohne „Datum Verlaufsuntersuchung“ soll ein „Remissionsstatus“ nicht dokumentiert werden. 2. Ein Remissionsstatus bezieht sich immer auf den vorhergehenden medizinischen Status des Patienten, also auf den vorhergehenden Remissionsstatus. 3. Der Remissionsstatus kann mit entsprechendem Datum mehrfach angelegt werden. Wenn bei der ersten Verlaufsuntersuchung, also postprimärtherapeutisch, ein CR festgestellt wird und auch bei der zweiten und möglicherweise den folgenden Verlaufsuntersuchungen keine Veränderungen festgestellt werden, so soll der ersten Verlaufsuntersuchung folgend, wenn weiterhin ein CR vorliegt, auch CR und nicht NC kodiert werden, da dies den ärztlichen Gepflogenheiten und der Arztbriefdiktation entspricht. 4. Für Ärzte und Dokumentare zur schnellen, einfachen Beurteilung nach den vorgegebenen Kriterien, s. unten „Bewertung der Zielherde“. 5. RECIST-Verschlüsselungsregeln: 5.1 Die Beurteilung des Remissionsstatus nach den RECIST-Kriterien bezieht sich auf die Tumordurchmesser und deren Veränderung im Laufe der Behandlung. Hierfür sind räumliche und zeitliche Kriteri-	

¹¹⁸ Cheson BD, Horning SJ, Coiffier B, Shipp MA, Fisher RI, Connors JM, Lister TA, Vose J, Grillo-López A, Hagenbeek A, Cabanillas F, Klippensten D, Hiddemann W, Castellino R, Harris NL, Armitage JO, Carter W, Hoppe R, Canellós GP. Report of an international workshop to standardize response criteria for non-Hodgkin's lymphomas. NCI Sponsored International Working Group. J Clin Oncol. 1999 Apr;17(4):1244.

- en einzuhalten (s. u. Kommentar Appendix V, Tab. 3).
- 5.2 Bei Vorhandensein *mehrerer* Tumorlokalisationen, z. B. bei multifokalen Tumoren, kann die Antwort auf die Therapie divergieren, z. B. in einer Lokalisation kann der Tumor vollständig (= CR), in einer anderen nur partiell verschwinden (= PR); in einem solchen Fall ist der „Gesamtbewertung Response“, s. Tab. unten, zu kodieren.
 - 5.3 Falls der Tumordurchmesser durch das angewendete bildgebende Verfahren nicht zu beurteilen ist, wird X kodiert.
 - 5.4 Falls eine Behandlung im Rahmen eines multimodalen, noch nicht abgeschlossenen Konzeptes noch andauert, z. B. bei längerfristiger Hormontherapie, ist „Entfällt“ zu kodieren.
 6. Die Responsebeurteilung beim Multiplen Myelom im NCT erfolgt nach den Kriterien Bladé et al 1998, Bladé_mo oder Bladé_mo2 bis 31.12.2013. Ab 01.01.2014 gelten die IMWG-Response-Kriterien nach Durie et al 2006 in ergänzter Form, siehe Handbuch Tumoren der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe, Abschnitt 5 „Klassifikationen und Response Kriterien für das Multiple Myelom“.¹¹⁹
 7. Die Response-Bewertung muss entsprechend den festgelegten Messkriterien in den bildgebenden Verfahren (s. u. Evaluation of target lesions) vom Kliniker durchgeführt und aus einem medizinischen Dokument wie einem Arztbrief, etc. abstrahiert werden.
 8. Wenn Modul 17 ausgewählt wurde, sollte, wenn ein Remissionsstatus nicht erhoben bzw. nicht dokumentiert wurde, mindestens „f. A.“, „X = Beurteilung unmöglich“ oder „Entfällt“ dokumentiert werden.
 9. Die Formulierungen in Arztbriefen zur Remissionssituation eines Patienten sind oft zu ungenau, um sie den im Katalog aufgeführten Merkmalen "CR, CRr, PR, MR, SD, NC und PD" im Sinne der WHO 81 oder RECIST zuordnen zu können. Um die möglicherweise in Arztbriefen vorhandenen Response-Informationen nicht zu verlieren, wird hiermit vereinbart, dass *außer den Definitionen, die in WHO 81 und RECIST2000 und RECIST2009 für solide Tumoren gegeben sind*, folgende Begriffe in analoger Weise wie die offiziellen Definitionen angewendet werden dürfen, um den spezifischen Responsestatus zu charakterisieren:
 - CR: Patient "tumorfrei", Nachuntersuchung ergibt "kein Rezidiv", "lokal, regionär tumorfrei", "keine Metastasen", "keine Tumorherde nachweisbar" und gleichwertige Formulierungen.
 - CRr: Komplette Response, aber mit "residualen" Auffälligkeiten, "Resttumor", "Restauffälligkeiten", „Mikrometastasen“ ≤ 0.2mm, nur mikroskopisch oder histo-chemisch nachweisbar [pT0(mi+)], pN0(i+); pN0(mol+), zytometrischer Nachweis von Tumorzellen im peripheren Blut, PCR-Assay-Nachweis, etc. Gefordert ist hier, dass CR erfüllt ist, aber die Formulierungen "residuals" oder "Rest-" gebraucht wird.
 - PR: Tumorgröße "rückläufig", Tumor "verkleinert" und gleichwertige Formulierungen.
 - MR: "Minimale" Tumorantwort oder "Klinische Besserung".
 - SD: Stable Disease = No Change (NC): "Keine Änderung gegenüber Vorbefund", "Gleichbleibender Befund", Tumor/ Befund "un-

¹¹⁹ Adzersen, Becker 2017(11).

	verändert", "stabiler Verlauf" und gleichwertige Formulierungen. PD: "Progredienz", "Zunahme" der Tumorgröße / der Metastase, "Tumorherde" zugenommen, "progrediente(r) Tumor/Metastasen", "Zunahme der Zahl und Größe" der Tumoren, "Fortschreiten der Tumorerkrankung" und gleichwertige Formulierungen. f. A.: bedeutet, dass in den gefundenen medizinischen Dokumenten keine Informationen zur Response/zum Remissionsbefund abstrahiert werden konnten. [Divergentes Geschehen: Dieses Merkmal wird durch "Gesamt-Response" anhand der Tabellen nach WHO 81 bzw. RECIST2000 und RECIST2009 ersetzt; der Begriff ist veraltet und soll im NCT-Krebsregister nicht mehr kodiert werden.]								
GÜLTIGKEITSREGELN	Valider Katalogeintrag								
PRÜFUNGSREGELN	Kompatibilität der Merkmalsausprägungen „Status Primärtumor, „Status Regionäre Lymphknoten“ und „Status Fernmetastasen“ mit Merkmalsausprägungen des „Remissionsstatus“.								
REFERENZDOKUMENTE	Miller et al 1981. Bladé et al 1998. Cheson et al 1999. Therasse et al 2000. Sinn et al 2003 Durie et al 2006.								
REFERENZORGANISATION	WHO EORTC, NCI-USA, NCI-Canada, RECIST working group EBMT NCI Deutsche Krebsgesellschaft, ADT								
KOMMENTAR	<u>Klassifikationen zur Beschreibung des Krankheitsverlaufes</u> Wenn für einen Tumor ein Remissionsstatus festgelegt, aber keine Klassifikation angegeben wurde, wird angenommen, dass der Arzt die für diesen Zeitraum gültige Klassifikation zu Grunde gelegt hat. Dabei gelten folgende Zeiträume: 1. WHO 81 1982-2000 für solide Tumoren 2. RECIST2000 2001-2009 für solide Tumoren 3. RECIST2009 2010-... für solide Tumoren 4. Bladé 1998 2007-2013 (Bladé modifiziert) 5. IMWG 2006 2014-... Beschreibung der Klassifikationen: <table> <tr> <td>1</td><td>WHO 1981¹²⁰</td></tr> <tr> <td>CR</td><td>Vollständiges Verschwinden aller Tumormanifestationen und Symptome einschließlich Normalisierung von Laborparametern, altersentsprechend normale Leistungsfähigkeit des Patienten, Dauer mindestens 1 Monat.</td></tr> <tr> <td>Vollremission (komplette Remission)</td><td></td></tr> <tr> <td>CRr</td><td>Kriterien der Vollremission erfüllt, aber Nachweis von</td></tr> </table>	1	WHO 1981 ¹²⁰	CR	Vollständiges Verschwinden aller Tumormanifestationen und Symptome einschließlich Normalisierung von Laborparametern, altersentsprechend normale Leistungsfähigkeit des Patienten, Dauer mindestens 1 Monat.	Vollremission (komplette Remission)		CRr	Kriterien der Vollremission erfüllt, aber Nachweis von
1	WHO 1981 ¹²⁰								
CR	Vollständiges Verschwinden aller Tumormanifestationen und Symptome einschließlich Normalisierung von Laborparametern, altersentsprechend normale Leistungsfähigkeit des Patienten, Dauer mindestens 1 Monat.								
Vollremission (komplette Remission)									
CRr	Kriterien der Vollremission erfüllt, aber Nachweis von								

¹²⁰ Miller et al 1981.

Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (komplette Remission mit residualen Auffälligkeiten)	z. Z. nicht behandlungsbedürftigen, aber kontrollbedürftigen residualen Veränderungen in den bildgebenden Verfahren. – Fakultative Kategorie, vor allem bei M. Hodgkin, Non-Hodgkin-Lymphomen und Hodentumoren; bei letzteren im Schrifttum zum Teil als Kategorie VGPR [sehr gute partielle Remission (very good partial remission)] bezeichnet.
PR Teilremission (partielle Remission)	Objektive Verkleinerung eines messbaren Tumors um 50% oder mehr ohne Nachweis neuer Manifestationen (im Einzelfall ist festzulegen, ob es sich um die Reduktion im Durchmesser, in der Fläche oder im Volumen handelt). Mindestdauer 1 Monat, subjektiv deutliche Besserung von Tumorsymptomen.
MR Minimales Ansprechen („minimal response“)	Klinische Besserung des Zustandes, jedoch ohne dass die Kriterien einer Voll- oder Teilremission gegeben wären.
NC Keine Änderung (stationäres Verhalten, „no change“)	Objektiv keine wesentliche Änderung der Tumorgroße (Verkleinerung um weniger als 50% oder geringe Zunahme um weniger als 25%) oder Veränderungen wie bei kompletter oder partieller Remission, jedoch weniger als 1 Monat dauernd, subjektiv unveränderte Tumorsymptome.
PR Progression	Fortschreitendes Wachstum bestehender Tumoreale (um 25% oder mehr) und/oder Neuauftreten anderer Tumormanifestationen während der Behandlung.
Divergentes Geschehen	An einem Tumormanifestationsort Voll- oder Teilremission, an einem anderen Manifestationsort, aber keine Änderung oder Progression.

2 RECIST2000 (Therasse et al 2000)

<http://imaging.cancer.gov/clinicaltrials/imaging/>

In der RECIST2000 Leitlinie erfolgt die Erfassung der Läsionen eindimensional (anstatt der zweidimensionalen Messung mit Bildung von Produkten in der WHO 1981-Leitlinie). Überdies sind die Kriterien der Teilremission und Progression und damit auch der Kategorie „Keine Änderung“ gegenüber den alten WHO-1981 Kriterien unterschiedlich.

Die RECIST Kriterien sind ein freiwilliger internationaler Standard. Sie offerieren einen vereinfachten, konservativen Auszug von bildgebenden Daten für klinische Studien. Die RECIST-Kriterien sind für Phase II-Studien als obligat anzusehen, während in anderen Studien auch die früheren WHO-Leitlinien verwendet werden können. Sie setzen voraus, dass lineare Messungen ein adäquater Ersatz für 2-D Methoden sind und geben *vier Responsekategorien*. Weitere Details in Therasse et al 2000.

Bei der Bewertung wird zwischen *Zielläsionen* und *Nicht-Zielläsionen* unterschieden (als Zielläsion gilt im Allgemeinen die Haupttumormasse, als Nicht-Zielläsionen gelten Satelliten, kleinere Tumormassen in der Umgebung des Primärtumors). Zur Beurteilung des Remissionsstatus werden die Zielherde, die Nicht-Zielherde und das Auftreten *neuer Tumorherde* getrennt bewertet und zu einer *Gesamt-Response* zusam-

mengefasst (s. Tabelle unten „Gesamt-Response-Bewertung“).

Bewertung der Zielherde (deutsch) n. RECIST2000

Vollremission (CR)	Komplettes Verschwinden der Tumorherde
Teilremission (PR)	Mindestens 30 % Abnahme der Summe des längsten Durchmessers des Zieltumors, mit der Ausgangssumme des längsten Durchmessers als Referenz („Ausgangswert“)
Progression (PD)	Mindestens 20 % Zunahme der Summe des längsten Durchmessers der Zieltumoren, mit der kleinsten Summe der längsten Durchmesser, die seit Therapiebeginn gemessen wurden, als Referenz („Ausgangswert“) oder das Auftreten eines oder mehrerer Tumor(s)(en)
Keine Änderung (SD)=(NC)	Weder genügende Verkleinerung zur Qualifizierung für PR, noch Zunahme zur Qualifizierung für PD, mit der kleinsten Summe der längsten Durchmesser seit Therapiebeginn als Referenz („Ausgangswert“)

Das „Divergente Geschehen“ kann in einem Gesamt-Response, falls vom Kliniker gewünscht, kodiert werden.

Gesamt-Response-Bewertung (rechte Spalte) für die möglichen Kombinationen von Tumorresponse in Zieltumoren und Nicht-Zieltumoren mit oder ohne Auftreten neuer Läsionen (Therasse et al 2000).

GESAMT-RESPONSE-BEWERTUNG NACH RECIST2000

Zieltumor	Nicht-Zieltumor	Neuer Tumor	Gesamt-Response
CR	CR	Nein	→ CR
CR	Inkompletter Response/SD	Nein	→ PR
PR	Non-PD	Nein	→ PR
SD	Non-PD	Nein	→ SD
PD	Jede	Ja und Nein	→ PD
Jede	PD	Ja und Nein	→ PD
Jede	Jede	Ja	→ PD

3 RECIST2009 (Eisenhauer et al 2009)

RECIST2009 stellt eine revidierte, simplifizierte, optimierte und standardisierte Leitlinie zur anatomischen Bewertung der Tumorlast in klinischen Studien dar. RECIST2009 ist in erster Linie nicht dazu gedacht, eine Rolle bei der klinischen Entscheidungsfindung in der Onkologie zu spielen, jedoch werden RECIST_Kriterien in Bildgebungsstudien und Entscheidungen zur Therapiefortsetzungen auf der Basis objektiver Messkriterien angewendet. Veränderungen gegenüber RECIST_200 sind:

- Reduzierung der Zahl der zu berücksichtigenden Läsionen von 10 auf 5

- Berücksichtigung der pathologischen Lymphknoten ≥ 15 mm der kurzen Achse; diese werden als messbar und als Zielläsionen bewertet.
- PD (disease progression) wird genauer definiert.
- Feststellung neuer Läsionen, inklusive der Interpretation von FDG-PET Scans, wird beschrieben.
- Bildgebungsverfahren und optimierte anatomische Bewertung von Läsionen sind im Anhang einbezogen.

In RECIST2009 werden festgelegt:

- Messkriterien und Methodik bei der Baseline Tumor-Bestimmung
- Kriterien und Methodik zur Bestimmung nicht-messbarer Läsionen
- Bewertung der verschiedenen messenden Bildgebungsverfahren und Methoden
- Tumor-Response Bewertung mit Bewertung der Gesamt-Tumorlast,
- Baseline-Dokumentation von Ziel- und Nichtzielläsionen und den respektiven Response-Kriterien.
- standard-anatomisch-radiologische Bildgebungsverfahren.

Evaluation of *non-target lesions* RECIST2009

Nicht-Zielläsionen brauchen nicht gemessen zu werden und sollten qualitativ mit Dokumentation des Zeitpunktes der Untersuchung bewertet werden. Genauere Beschreibung der Bewertungskriterien der Progression von Nicht-Zielläsionen in Eisenhauer et al 2009, p. 233 f.

Komplette Response (CR)	Verschwinden aller nicht-Ziel-Läsionen und Normalisierung der Tumormarkerlevel. Alle Lymphknoten müssen von nicht-pathologischer Größe sein (<10 mm in der kurzen Achse).
Non-CR/Non-PD*	Persistenz einer oder mehrerer nicht-Ziel-Läsion(en) und/oder Aufrechterhaltung der Tumormarker-Level über der normalen Grenze
Progressive Disease (PD)	Eindeutige Progression vorhandener nicht-Ziel-Läsionen (Anmerkung: Das Auftreten einer neuen oder mehrerer neuer Läsion(en) wird ebenfalls als Progression angesehen).

*"Non-CR/Non-Pd" wird dem Ausdruck "Stable Disease" für Nicht-Zielläsionen vorgezogen, da SD zunehmend als Endpunkt für die Bewertung der Wirksamkeit in einigen Prüfungen gebraucht wird.

BEWERTUNG DER BESTEN GESAMT-RESPONSE NACH RECIST2009

RECIST2009 enthält zwei Tabellen zur Beurteilung des Gesamt-Responses auf therapeutische Interventionen:

Tabelle 1 berücksichtigt und integriert die zeitpunktbestimmte Antwort auf die Therapie bei einem Patienten in Bezug auf die Zielherde, Nicht-Zielherde und Neuen Herde:

Tabelle 1: Zeitpunkt-Response: Patienten mit Zielherd-Erkrankung ($\pm$ Nicht-Zielherde) (RECIST2009)

Zielherde	Nicht-Zielherde	Neue Herde	Gesamt-Response
CR	CR	Nein	CR
CR	Non-CR /non-PD	Nein	PR
CR	Nicht bewertet	Nein	PR

PR	Non-PD oder nicht alle bewertet	Nein	PR
SD	Non-PD oder nicht alle bewertet	Nein	SD
Nicht alle bewertet	Non-PD	Nein	NE
PD	Jede	Ja oder nein	PD
Jede	PD	Ja oder nein	PD
Jede	Jede	Ja	PD

CR = Complete response, PR = partial response, SD = stable disease, PD = progressive disease, und NE = nicht-evaluierbar.

Tabelle 2 berücksichtigt die zeitpunktbestimmte Antwort auf die Therapie ausschließlich in Bezug auf die Nicht-Zielherde.

Tabelle 2: Zeitpunkt-Response: ausschließlich Patienten mit Nicht-Zielherd-Erkrankung nach RECIST2009

Nicht-Zielherde	Neue Herde	Gesamt-Response
CR	Nein	CR
Non-CR/non-PD	Nein	Non-CR/non-PD
Nicht alle bewertet	Nein	NE
Eindeutig PD	Ja oder nein	PD
Jede	Ja	PD

CR = Complete response, PD = progressive disease und NE = nicht-evaluierbar.

Tabelle 3 dient zur Bestimmung des „Besten Gesamt-Response“. Eine Bewertung des „Besten Gesamt-Response“ wird durchgeführt, wenn eine (sichere) Bestätigung eines CR oder PR im Verlauf der Erkrankung erforderlich ist. CR oder PR können nur beansprucht werden, wenn die jeweiligen Kriterien zu einem nachfolgenden, im Studienprotokoll oder vom klinischen Onkologen festgelegten Zeitpunkt (im Allgemeinen 4 Wochen später) eingehalten werden.

Tabelle 3: Bester Gesamt-Response zur Bestätigung einer CR und PR (n. RECIST2009)

Gesamt-Response Erster Zeitpunkt	Gesamt-Response Folge-Zeitpunkt	BESTER Gesamt-Response
CR	CR	CR
CR	PR	SD, PD oder PR ¹
CR	SD	SD, vorausgesetzt Minimumkriterien für SD-Dauer eingehalten, sonst PD
CR	PD	SD, vorausgesetzt Minimumkriterien für SD-Dauer eingehalten, sonst PD
CR	NE	SD, vorausgesetzt Minimumkriterien für SD-Dauer eingehalten, sonst NE
PR	CR	PR
PR	PR	PR
PR	SD	SD
PR	PD	SD, vorausgesetzt Minimumkriterien für SD-Dauer eingehalten, sonst PD

PR	NE	SD, vorausgesetzt Minimumkriterien für SD-Dauer eingehalten, sonst NE
NE	NE	NE

CR = Complete response, PR = partial response, SD = stable disease, PD = progressive disease, und NE = Nicht-Evaluierbar.

¹ Wenn eine CR *wirklich* zum ersten Zeitpunkt zutrifft, dann wird jegliche Erkrankung zu einem folgenden Zeitpunkt, sogar eine Erkrankung mit Einhaltung der PR Kriterien bezogen auf den Baseline-Status, zu dem Zeitpunkt zu einem PD (da die Krankheit wieder aufgetreten sein muss). Eine „Beste Antwort“ würde darauf beruhen, ob die Minimumdauer für SD eingehalten wurde. Jedoch würde manchmal ‚CR‘ beansprucht, wenn nachfolgende Scans kleine Herde andeuten und der Patient tatsächlich PR hätte, nicht CR am ersten Zeitpunkt. Unter diesen Umständen sollte der ursprüngliche CR zu PR geändert werden und der beste Response ist PR.

4 Bladé Responsekriterien beim Multiplen Myelom

“Im Einverständnis von Repräsentanten der Myeloma Study Group of the European Group for Blood and Marrow Transplantation (EBMT) und Repräsentanten des Myeloma Working Committee of the Autologous Blood and Marrow Transplant Registry (ABMTR) und des International Bone Marrow Transplant Registry (IBMTR) wurden im März 1998 zur Definition von Response, Rezidiv und Krankheitsprogression bei Patienten mit MM, die mit Hochdosistherapie und Stammzelltransplantation behandelt wurden, die folgenden Kriterien erarbeitet (Bladé et al 1998)¹²¹. In der Heidelberger Abteilung zur Behandlung des MM wird zusätzlich die very good partial response (VGPR) aufgenommen.

Kriterien für Response, Progression und Rezidiv beim MM¹²²

- Komplettes Ansprechen (CR, *complete response*)
- Sehr gutes partielles Ansprechen (VGPR, *very good partial response*)
- Partielles Ansprechen (PR, *partial response*)
- Minimales Ansprechen (MR, *minimal response*)
- Keine Veränderung (NC, *no-change*)
- Plateau
- Rezidiv aus der CR (*relapse from CR*)
- Krankheitsprogression (PD, *progressive disease*) bei Patienten, die keine CR erreicht haben

Die Merkmalsausprägungen einiger der übrigen Responsebewertungen (Salzer-Kuntschnik, etc.) sind in den organspezifischen Handbüchern beschrieben. Die Response-Kriterien für die Gliom-Behandlung¹²³ werden zur Zeit im NCT-Krebsregister nicht dokumentiert.

NCT-KREBSREGISTER

M13, M17

¹²¹ Cremer et al 2005.

¹²² Die ausführliche Beschreibung in Bladé et al 1998 und Cremer et al 2005. Weiter Informationen im organspezifischen Handbuch (Adzersen, Becker 2017(11).

¹²³ Wen et al 2010.

NCT-Beratungsdienst(e)

FELDNAME	NCT-Beratungsdienst(e)
DEFINITION	Beratungsdienst im NCT zur präventiven, therapeutischen und / oder palliativen Unterstützung hinsichtlich physischer, psychischer und sozialer Aspekte der Tumorerkrankung
BEGRÜNDUNG	- Erkennung des Anteiles von Patienten, für die eine Evaluation ihrer physische, psychische und soziale Probleme durchgeführt und für den eine medizinische Intervention indiziert bzw. eine Überweisung ausgestellt wurde; - Vergleich der Lebensqualität mit und ohne Beratungsdienst nach Beginn der onkologischen Erkrankung; - Qualitätssicherung onkologischer Versorgung; - Erfassung der Häufigkeit begleitender zusätzlich angewendeter Verfahren im Ablauf der Krebserkrankung - Ressourcenallokation
SYNONYME	Patientenberatung
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Überweisung zur Schmerztherapie / Schmerzzentrum - Überweisung zur palliativen Versorgung - Psycho-onkologische Beratung - Beratung durch Sozialdienst - Ernährungsberatung - Palliations-Beratung - Raucherberatung - Krebsinformationsdienst KID
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Mehrere Merkmale können markiert werden. 2. NCT-Beratungsdienste können wiederholt mit entsprechendem Datum erfasst werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Ein NCT-Beratungsdienst muss immer mit einem „Datum Beratungsdienst“ assoziiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	Link et al 2006 NCCN 2011, NCCN 2012
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft NCCN
KOMMENTAR	Datenbereichskatalog ist ergänzungsbedürftig
NCT-KREBSREGISTER	M20, Wiederholmodul

Durchführende Institution Beratungsdienst

FELDNAME	Durchführende Institution Beratungsdienste
DEFINITION	Einrichtung der Krankenversorgung, die eine supportive Beratung oder tumorbezogenen Begleittherapie während des onkologischen Prozesses durchführt
BEGRÜNDUNG	- Zur Unterscheidung zwischen intern und extern durchgeführten supportiven Beratungen oder tumorbezogenen Begleittherapien - Zur Nachverfolgung und Auswertung der Patienten, die eine supportive NCT-Beratung oder tumorbezogene Begleittherapie im eigenen Hause erhalten haben und weiter verfolgt werden sollen - Benchmarking
SYNONYME	Durchführende(s) Klinik / Einrichtung / Krankenhaus / Hospital / Klinikum, Nachsorgeeinrichtung, Psycho-onkologische Abteilung, Ernährungsberatungs-Abteilung
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Klinikum HD („intern“) →Uniklinik HD →Orthopädie - Externe Kliniken o. n. A. →Thoraxklinik →Salem →Vincentius - Praxis/Niedergelassener Arzt - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	Wenn eine supportive Beratung oder tumorbezogenen Begleittherapie im Verlauf des onkologischen Prozesses in der eigenen Klinik / in einer Abteilung des Heidelberger Klinikums / des NCT <u>begonnen</u> / <u>durchgeführt</u> wurde ist "Klinikum HD" zu kodieren.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valide Katalogausprägung
PRÜFUNGSREGELN	Wenn unter „Durchführende Institution (Supportive Beratung, tumorbezogenen Begleittherapie)“ „Klinikum Heidelberg“ kodiert ist, muss im Modul M20 das „Datum Beratungsdienst“ ausgefüllt sein.
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	-
KOMMENTAR	-
NCT-KREBSREGISTER	M20

Datum Beratungsdienst

FELDNAME	Datum Beratungsdienst
DEFINITION	Tag der Beratung in einem Beratungsdienst des NCT
BEGRÜNDUNG	- Zeitliche Zuordnung der supportiven Maßnahme zum Krankheitsablauf - Feststellung der Art und Häufigkeit supportiver Verfahren nach Entität - Qualitätssicherung der onkologischen Versorgung - Ressourcenallokation
SYNONYME	Datum Patientenberatung
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Vollständiges Datum, 00MMJJJJ, 0000JJJJ
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Kodiert wird das Datum, an dem eine Beratung erfolgt ist. Als Wiederholmodul können beliebig viele Beratungen mit Datumsangaben dokumentiert werden. Ein leeres Datenfeld zeigt an, dass nicht bekannt ist, ob der Patient ein supportives Verfahren in Anspruch genommen hat oder nicht (missing). 2. <u>Schätzung des „Datum Beratungsdienst“</u>, falls kein genaues Datum vorliegt. Im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters wird die Verschlüsselung 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJJJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW-System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ. Es gelten folgende <u>Kodierregeln</u>: • Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ • Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres: • Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ • Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ • Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ • Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ - oder..... → 0001JJJJ - des Jahres, das in Frage kommt. • Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ • Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ Fehlendes Jahr: • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992 • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre..... → 00001997 • Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“ → 00001995 Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt). Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet (derzeit kein Datenfeld im KRBW).
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	Kann nur ausgefüllt sein, wenn Merkmal NCT - Beratungsdienst kodiert ist. Das Datum muss ≥ Anmeldedatum, ≥ Vorstellungsdatum

	≥ Geburtsdatum und ≤ Todesdatum sein. Bei fehlendem Datum muss das Datenfeld „Beratungsdienste“ bzw. „Begleittherapie(n)“ leer sein.
REFERENZDOKUMENTE	Link et al 2006.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft
KOMMENTAR	Datum gilt nur für die Beratungsdienste des NCT
NCT-KREBSREGISTER	M20

Begleittherapie(n)

FELDNAME	Begleittherapie(n)
DEFINITION	Begleittherapie zur präventiven, therapeutischen und / oder palliativen Unterstützung bei dieser Tumorerkrankung, die keine chirurgische, chemo-, radio-, SZ- oder Hormon-, Immun-/ andere Therapien ist, einschließlich Distress-Management, Schmerztherapie, u. a.
BEGRÜNDUNG	- Anteil der NCT-Patienten mit Begleittherapie - Verbesserung der Lebensqualität nach Beginn der onkologischen Erkrankung; - Qualitätssicherung onkologischer Versorgung; - Erfassung der Häufigkeit begleitender zusätzlich angewendeter Verfahren im Ablauf der Krebserkrankung - Relation Begleittherapie und Lebensqualität
SYNONYME	Begleitendes Verfahren, Supportivtherapie
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Tumorbezogene Begleittherapien - Kognitive Therapie - Bewegungstherapie - Physikalische Therapien - Anwendung sog. ‚komplementärer Verfahren‘, Nahrungsergänzungsmittel, etc. - Pflanzliche Medikamente - Andere Begleittherapie
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Mehrere Merkmale können markiert werden 2. Alle in- und externen Begleittherapien können erfasst werden. 3. Merkmal wird kodiert, wenn aus den medizinischen Unterlagen hervorgeht, dass Patient zu einer dieser Therapien überwiesen wurde oder eine dieser Therapien durchgeführt hat.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalogeintrag
PRÜFUNGSREGELN	-
REFERENZDOKUMENTE	Link et al 2006 NCCN 2011, 2012
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft NCCN
KOMMENTAR	Die Merkmalsliste ist rudimentär und ergänzungsbedürftig.
NCT-KREBSREGISTER	M20, Wiederholmodul

4.6.5 Vitalstatus, Registerstatus Patient

Datum letzte Information

FELDDNAME	Datum letzte Information
DEFINITION	Jüngstes Datum der Kenntnis, dass Patient lebt
BEGRÜNDUNG	- Aktueller Stand der Kenntnis, dass der Patient lebt. - Bei längerem Intervall (> 12 Monate) Kontrolle des Vitalstatus durch FU angezeigt.
SYNONYME	Letzte Patienteninformation (KRBW), „Datum des Abschlusses“
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Vollständiges Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Datum wird aktualisiert, wenn eine Erhebung mit jüngerem Datum angelegt wird. 2. Kodiert wird i. d. R. der jüngste Vorstellungstermin des Patienten im Klinikum aus dem jüngsten Arztbrief zu Diagnostik, Therapie, Verlauf, Nachsorge, Palliation oder supportiver Behandlung. 3. Datum kann bei <i>jedem</i> Kenntnisgewinn zum Vitalstatus des Patienten und jederzeit <i>manuell</i> aktualisiert werden, z. B. bei anderweitiger Behandlung im Klinikum, Urlaubspostkarte an Mitarbeiter einer onkologischen Abteilung, etc. 4. Datum wird automatisch bei einer Erhebung, Beratung oder über die Labordatenschnittstelle angelegt (Logik: „biologisches Material wurde Patienten entnommen / im Labor untersucht, also muss Patient noch leben“).
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	1. Das Datenfeld darf bei einem im Register dokumentierten Patienten nicht leer sein. 2. Wenn Patient verstorben ist, muss „Datum letzte Information“ mit „Todesdatum“ identisch sein. 3. Das Datum muss ≥ Vorstellungsdatum ≥ Geburtsdatum und ≤ Todesdatum sein.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	1. Das Datum ist verbindlich bei jeder Erhebung von Daten im Register zu erheben. 2. Die Bezeichnung „Abschluss“ ist ein unglücklicher und missverständlicher Begriff der ADT, der sich in das KRBW fortgesetzt hat. Im „Abschluss“ werden Informationen zum Patienten und registerbezogenen Informationen vermischt. Das „Datum letzte Information“ bezeichnet den Zeitpunkt, an dem das Register zuletzt eine Information zum Patienten erhalten hat, es eine rein registerbezogene Information.
NCT-KREBSREGISTER	M16

Quelle letzte Information

FELDNAME	Quelle letzte Information
DEFINITION	Ursprung der letzten Kenntnis zum Vitalstatus des Patienten
BEGRÜNDUNG	- Zählung des Kenntnisquelle zum Vitalstatus - Wichtige Follow-up-Information - Information für Nachsorgeorganisation
SYNONYME	Quelle der Angaben, Informationsherkunft
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	• Alten- o. Pflegeheim • Amt - - Einwohnermeldeamt - Gesundheitsamt;0003 Quelle Todesursache - Standesamt - Statistisches Landesamt • Behandlung extern • Hausarzt / Facharzt • Klinik extern • Thoraxklinik Rohrbach • Krankenkasse • Krebsregister - Deutsches Kinderkrebsregister Mainz; - Epidemiologisches Krebsregister BW - Epidemiologisches Krebsregister (nicht BW) - Klinisches Landeskrebsregister BW - Klinisches Landeskrebsregister (nicht BW) • Leichenschauschein • Nachsorge extern; • Telefonat Patient • Regionales Rechenzentrum • Universitätsklinikum Heidelberg • Universitätsklinikum Heidelberg - Chirurgie - Med. Klinik - NCT/OMZ - Pädiatrie - Radiologie - Urologie; - Befundimport - ISH-Abgleich • Verwandte • Zeitung – - Bergsträßer Anzeiger - Heilbronner Stimme - Internet-Gemeindebrief, -Amtsblatt - Mannheimer Morgen - Rhein-Neckar-Zeitung - Starkenburger Echo • Zeitung o.n.A • Sonstige • f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Vorbelegung des Merkmals „Universitätsklinikum Heidelberg“, da i.

	d. R. dieses die häufigste Informationsquelle zum Vitalstatus ist.
	2. Falls die Quelle externe, mitbehandelnde Kliniken, niedergelassene Ärzte, externe Nachsorgeeinrichtungen, nahe Angehörige, andere Register, Meldeämter oder Sonstiges ist, wird entsprechend ausgewählt.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog
PRÜFUNGSREGELN	Soll immer ausgefüllt sein, wenn „Datum letzte Information“ kodiert ist.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft, ADT
KOMMENTAR	Alle Informationsquellen, soweit glaubwürdig, können genutzt werden, z. B. Vorstellung des Patienten in anderen Abteilungen des Klinikums, von Angehörigen, Postkarten, Briefen, Telefonanfragen, Follow-up-Daten, Umzugsdaten, Meldeämter, Register, Todesanzeigen, etc.
NCT-KREBSREGISTER	M16

Vitalstatus und Registerstatus Patient

FELDDNAME	Vitalstatus und Registerstatus Patient
DEFINITION	Patient nach dem Stand der Information des NCT-Krebsregisters lebend oder verstorben, Grund des Kontaktverlustes zum Patienten
BEGRÜNDUNG	- Epidemiologisches Follow-up-Kriterium - Auswertungskriterium
SYNONYM	„Abschlussgrund“ (KRBW), Vitalzustand Patient, „Grund des Ausscheidens“ (ADT)
DATENTYP	Text
DATENBEREICH	- Lebt - Verstorben - Verzogen - Nicht auffindbar (Lost-to-follow-up) - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Das Datenfeld wird mit jedem aktualisierten „Datum letzte Information“ auf „lebt“ gestellt, falls nicht „Verstorben“ kodiert wurde. 2. Das Datenfeld ist patientenbezogen, nicht tumorbezogen, weil es nur <u>einen</u> einzigen „Vitalstatus“ und „Registerstatus“ zu einem Patienten geben kann. 3. Die jüngste Information zum Vitalstatus wird kodiert. 4. Abgleiche mit Melderegistern (KRBW, Einwohnermeldeämter, etc.) können zur Aktualisierung des Vitalstatus herangezogen und eingepflegt werden.
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Katalogfeld
PRÜFUNGSREGELN	1. Das Datenfeld darf nicht leer sein. 2. Die Ausprägung „Verstorben“ muss vorliegen, wenn Sterbedatum vorhanden ist.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT
KOMMENTAR	Das KRBW u. a. benutzen die Bezeichnung „Abschlussgrund“ für dieses Datenfeld. „Abschlussgrund“ ist ein unglücklicher und missverständlicher Begriff der ADT, der sich in das KRBW fortgesetzt hat. „Abschlussgrund“ ist ein Begriff, der patientenbezogene (Tod) und registerbezogene Daten („Lost-to-follow-up“, „Verzogen“) vermischt. Letztere haben nicht den definitiven Charakter eines „Abschlusses“, da durch Recherchen, wie sie in der Epidemiologie üblich sind, beide aufgehoben werden können. „Abschluss“ bedeutet hier nur, dass ein Register seine Bemühungen, Informationen über den weiteren Patientenverlauf einstellt. Dies sollte aber nur im Falle der Information „Tod“ zutreffen.
NCT-KREBSREGISTER	M16

Sterbedatum

FELDNAME	Sterbedatum
DEFINITION	Todestag des Patienten
BEGRÜNDUNG	- Analyse des Gesamtüberlebens - Bewertung einer therapeutischen Strategie in Bezug auf die Überlebenszeit - Bewertung der onkologischen Gesamtversorgung in Bezug auf die Überlebenszeit - Benchmarking
SYNONYM	Todesdatum
DATENTYP	TTMMJJJJ
DATENBEREICH	Vollständiges Datum
BENUTZUNGSHINWEIS	<u>Schätzung des Sterbedatums:</u> Falls kein genaues Datum vorliegt, aber der Tod bekannt ist, wird das Sterbedatum geschätzt. Im derzeitigen Orbis-System des NCT-Krebsregisters wird die Verschlüsselung 00MMJJJJ auf den 15MMJJJJ und 0000JJ auf 1507JJJJ gesetzt. Das KRBW-System setzt 0000JJJJ dagegen auf 0107JJJJ. Es gelten folgende <u>Kodierregeln</u>: • Fehlender Tag: Kodierung..... → 00MMJJJJ • Fehlender Tag und Monat: Kodierung..... → 0000JJJJ Schätzung bei Jahreszeiten und innerhalb des Jahres: • Frühjahr → Kodierung..... → 0004JJJJ • Sommer → Kodierung..... → 0007JJJJ • Herbst → Kodierung..... → 0010JJJJ • Winter → Kodierung..... → 0012JJJJ oder..... → 0001JJJJ des Jahres, das in Frage kommt. • Anfang des Jahres → Kodierung..... → 0001JJJJ • Ende des Jahres → Kodierung..... → 0012JJJJ Fehlendes Jahr: • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 1. Hälfte 90er Jahre..... → 00001992 • Schätzung d. Jahrfünfts, z.B. 2. Hälfte 90er Jahre.... → 00001997 • Schätzung des Jahrzehnts, z.B. „90er Jahre“ → 00001995 Dieses Vorgehen lehnt sich inhaltlich an das „Coding and Staging Manual 2007“ des SEER Programms an (modifiziert und ergänzt). Ein geschätztes oder rechnerisch festgelegtes Datum wird gekennzeichnet: tg = Tag geschätzt, mg = Monat geschätzt, jg = Jahr geschätzt. Die längste Periode, z. B. Jahr bei Schätzung von Tag, Monat und Jahr, wird gekennzeichnet. Bei Meldung an das KRBW wird „Schätzung“ als Attribut mit gemeldet (derzeit kein Datenfeld im KRBW).
GÜLTIGKEITSREGELN	Valides Datum
PRÜFUNGSREGELN	Das Datum muss ≥ Diagnosedatum ≥ Geburtsdatum Wenn ein Todesdatum vorhanden ist, muss Vitalstatus „Verstorben“ lauten und umgekehrt.
REFERENZDOKUMENTE	Todesbescheinigung, Leichenschauschein

REFERENZORGANISATION	Standesamt des Geburtsortes oder des letzten Wohnortes
KOMMENTAR	Mussfeld
NCT-KREBSREGISTER	M16

Tod tumorbedingt

FELDNAME	Tod tumorbedingt
DEFINITION	Krebserkrankung ist notwendige Bedingung für den Tod
BEGRÜNDUNG	- Zentrales Kriterium für den Ein- respektive Ausschluss eines Patienten in Auswertungen
SYNONYME	Tumorbedingter Tod (KRBW), Tod krebsbedingt
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Ja, Tod tumorbedingt - Tod an Behandlungskomplikationen / Nebenwirkungen / therapiebedingten Folgeerkrankungen - Nein - Entscheidung nicht möglich - f. A.
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Das Datenfeld „Tod tumorbedingt“ ist patientenbezogen. Bei mehreren erfassten Tumoren ist im Freitextfeld zu notieren, <i>zu welchem Tumor</i> die Aussage getroffen wurde. Ohne diese Aussage sind Auswertungen wenig aussagekräftig. 2. Die Ausprägung „Ja, Tod tumorbedingt“ schließt zum Tode führende Folgeerkrankungen der Tumorerkrankung ein (wie z. B. Ileus, Peritonitis, allgemeine Kachexie, paraneoplastische Syndrome, etc.). 3. Die Entscheidung für eine der Merkmalsausprägungen basiert auf einer ärztlichen Einschätzung und muss i. d. R. aus dem letzten Arztbrief bzw. einer hausärztlichen Information geschlossen werden. Falls dies nicht möglich, wird „Entscheidung nicht möglich“ respektive „f. A.“ kodiert. 4. Die Ausprägungen dieses Datenfeldes im KRBW sind: „Ja“, „Nein“ und „X = Unbekannt“. Für die Meldung an das KRBW gilt: „Ja, Tod tumorbedingt“ und „Tod an Behandlungskomplikationen / Nebenwirkungen / therapiebedingten Folgeerkrankungen“ wird als „Ja“, „Nein“ als „Nein“ und „Entscheidung nicht möglich“, „f. A.“ als „unbekannt“ gemeldet.
GÜLTIGKEITSREGELN	Katalog NCT-Krebsregister
PRÜFUNGSREGELN	Im Falle mehrerer dokumentierter Tumoren, muss im M16-Freitextfeld „Todesursache“ der entsprechende Tumor notiert sein.
REFERENZDOKUMENTE	Dudek et al (Hrsg) 1999. Sinn et al 2003.
REFERENZORGANISATION	Deutsche Krebsgesellschaft e. V., ADT
KOMMENTAR	1. Umgangssprachlich bedeutet dieses Datenfeld, dass die Krebserkrankung und die damit zusammenhängenden Ereignisse der Grund / Ursache für den Tod sind. 2. KRBW-Pflichtfeld. 3. Dies ist ein wenig aussagekräftiges Feld. Es liegen keine verbindlichen Kriterien vor, die zulassen würden, den eingetretenen Tod als durch die Neoplasie bedingt zu bezeichnen oder ursächlich nicht der Neoplasie zuzuschreiben.
NCT-KREBSREGISTER	M16

4.6.6 Organisatorische Daten

Mitbehandelnde Versorgungseinrichtungen / Ärzte

FELDNAME	Mitbehandelnde Versorgungseinrichtung(en)
DEFINITION	Name der an der tumorbezogenen Betreuung des Patienten mitbeteiligten Institution(en)
BEGRÜNDUNG	- Ärztlicher Informationsaustausch zur Patientenversorgung - Kommunikation zu Therapieplänen - Datenakquisition für das Register
SYNONYME	Mitbehandelndes Krankenhaus, mitbehandelnde Klinik, mitbehandelnde Institution, etc.
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	Krankenversorgungseinrichtungen
BENUTZUNGSHINWEIS	Das Merkmal ist tumorabhängig.
GÜLTIGKEITSREGELN	Liste mit den Namen mitbehandelnder Krankenhäuser, s. Kommentar.
PRÜFUNGSREGELN	Wenn onkologische Abteilungen oder ganze Krankenhäuser, mit denen Kooperationen bestehen, endgültig geschlossen werden, muss der Name und das Institutionskennzeichen im Katalog gestrichen werden.
REFERENZDOKUMENTE	Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (2011).
REFERENZORGANISATION	ARGE IK
KOMMENTAR	2007 ergab die Recherche zu medizinischen Einrichtungen mit Institutionskennzeichen (heute: 30.03.2012, nicht mehr einsehbar) 3252 Institutionen in Deutschland. Der Verband der (damaligen) Angestellten-Krankenkassen (VdAK)¹²⁴ hatte eine Website mit IK-Nummernverzeichnis aller deutschen Versorgungseinrichtungen. Die IK-Nummern werden von der Sammel- und Verteilungsstelle IK (SVI) der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen im Hause der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) verwaltet (www.arge-ik.de) (15.5.2011); dort unterliegen sie aber dem Datenschutz und werden nicht herausgegeben. Über den Kode der VdAK-Liste sind alle medizinischen Institutionen, mit denen der Verband abrechnet, mit einer eindeutigen Zahl versehen.
NCT-KREBSREGISTER	M19; Wiederholfeld

¹²⁴ VdAK 20012.

Mitbehandelnde Ärzte / Ärztliche Ansprechpartner

FELDNAME	Mitbehandelnde Ärzte / Ärztliche Ansprechpartner
DEFINITION	Der an der tumorbezogenen onkologischen Versorgung des Patienten beteiligten Ärzte in Klinik oder niedergelassener Praxis
BEGRÜNDUNG	- Ärztlicher Informationsaustausch zur Patientenversorgung - Kommunikation über Therapie - Datenaustausch mit Register - Nachsorgeorganisation
SYNONYME	Mitbeteiligte, kooperierende, mitwirkende Ärzte, Partnerärzte (Fachärzte, Hausärzte)
DATENTYP	Alphanumerisch
DATENBEREICH	- Interne mitbehandelnden Ärzte - Externe mitbehandelnden Ärzte in anderen Institutionen - Niedergelassene mitbehandelnden Ärzte
BENUTZUNGSHINWEIS	1. Das Datenfeld ist <u>patientenbezogen</u>, nicht tumorbezogen. Name, Adresse der Klinik oder Praxis und Fachrichtung des Arztes werden für alle Neoplasien (z. B. drei Tumorentitäten eines Patienten) <u>im gleichen Katalog angelegt</u> und bei Bedarf aus diesem Katalog als <u>Ansprechpartner für den spezifischen Tumor</u> aufgerufen. 2. Die Pflege des Kataloges ist hochaufwendig. Hinzukommende bzw. nicht mehr zutreffende Ansprechpartner (Arztpräferenz des Patienten, Arztwechsel, Schließung einer Klinik, Ausscheiden als niedergelassener Arzt) wären zeitnah und teilweise patientenabhängig zu pflegen.
GÜLTIGKEITSREGELN	Zugelassener, klinischer oder niedergelassener Arzt
PRÜFUNGSREGELN	Vorhandensein der Versorgungsinstitution bzw. Zulassung des Arztes
REFERENZDOKUMENTE	-
REFERENZORGANISATION	Landesärztekammern
KOMMENTAR	1. Die Merkmale dieses Datenfeldes überschneiden sich teilweise mit dem Datenfeld „Mitbehandelnde Versorgungseinrichtung(en)“. 2. Der Datenbereich ist in drei Gruppen aufgeteilt. In jeder der drei Gruppen können beliebig viele Ärzte mit Adressen, etc. in einem Katalog aufgeführt werden. 3. Derzeit (Stand 30.03.2012) wird das Merkmal nur in der Urologie gepflegt, da es für das aktive Follow-up der Patienten benutzt wird.
NCT-KREBSREGISTER	M19

5 ANMERKUNGEN ZU REGIONÄREN LYMPHKNOTEN UND REGIONÄREN LYMPHABFLUSSGEBIETEN DER ORGANE UND ORGANBEREICHE

5.1 Ziel

Wann gehört ein LK zum regionären Lymphabflussgebiet eines Organs und wann ist eine gefundene Metastase als außerhalb der regionären LK und damit als Fernmetastase (M1) anzusehen? Nicht selten besteht bei der TNM-Klassifizierung Unklarheit darüber, was „regionär“ (N) und was schon „metastasiert“, also dokumentationstechnisch „entfernt“ (M), bedeutet. Die TNM-Klassifikationen der UICC in der 6., 7. und 8. Auflage geben nur kurz gehaltene Informationen zu den organspezifischen anatomischen Lokalisationen der regionären Lymphknoten. UICC und AJCC weichen in den aufgeführten Begrifflichkeiten zu regionären Lymphknoten teilweise voneinander ab.

Um einen einheitlichen und auf international zugänglichen Publikationen beruhenden Standard zu erreichen, wurden für die Beschreibung und Festlegung der regionären Lymphknoten je nach Organ und Organbereich die Publikationen der UICC (TNM 2017), das Cancer Staging Manual des AJCC (TNM 2010¹²⁵, TNM-Supplement 2013¹²⁶, TNM-Atlas 2015¹²⁷ und AJCC 2010¹²⁸) benutzt. Zusätzlich wurde zu lokalen Lymphknotenabflussgebieten recherchiert, wenn UICC und AJCC keine Angaben zu regionären LK enthielten, z. B. bei Tumoren der Tränenabflußwege¹²⁹ und der Augentumoren. Jedem Geltungsbereich eines Organs bzw. Organbereiches wurden die regionäre Lymphknoten(-gruppen) bzw. das regionäre Lymphabflussgebiet in Tabellenform, meist absteigend nach Häufigkeit, zugeordnet (siehe zum Beispiel Organ/Organbereich „Lippe und Mundhöhle“ in Tabelle 1.1 im Handbuch der Tumoren des Kopfes und Halses).¹³⁰

Ziel war die international standardisierte Beschreibung und Anwendung der Definition der „Regionalität der Lymphknoten“ zur Bildung international vergleichbarer N-Kategorien des TNM und damit auch der UICC- und FIGO-Stadien für Auswertungen und Vergleiche.

Die organspezifischen Handbücher definieren ab 01.01.2016 für alle soliden Tumoren, welche LK und Lymphknotenstationen als „regionär“ anzusehen sind. Ausgeschlossen sind die Tumoren des ZNS, da hier ein lymphatisches System fehlt und die Systemneoplasien der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe, in denen ein Lymphknoten selbst oft Ursprungslokalisierung eines Tumors ist.

¹²⁵ Wittekind, Meyer 2010.

¹²⁶ Wittekind et al 2013.

¹²⁷ Wittekind et al 2015.

¹²⁸ Edge et al 2010.

¹²⁹ Adzersen, Becker 2017(12).

¹³⁰ Adzersen, Becker 2017(01).

Wenn Lymphknoten *außerhalb* der definierten regionären Lymphknoten, die für dieses Organ oder diesen Organbereich gelten, befallen sind, werden diese logischerweise als *nicht-regionär* und damit dokumentarisch als *Fernmetastasen*, also als M1, dokumentiert.

5.2 Anmerkungen zur Dokumentation der regionären Lymphknoten

1. Falls der Tumor eines Organs ein Nachbarorgan oder -gewebe infiltriert, so wird ein *Befall der regionären LK dieses Nachbarorgans* ebenfalls als regionärer Befall des primär befallenen Organs gewertet¹³¹. Wenn die resultierende Stadienklassifizierung von dem TNM im Arztbrief abweicht, sollte Rücksprache mit dem Arzt genommen werden, der den TNM festgelegt hat.

2. Die klinische und dokumentarische Klassifizierung von LK als regionär sind manchmal unterschiedlich. Zum Beispiel werden in pathologischen und chirurgischen Berichten des Universitätsklinikums Heidelberg para-aortale und inter-paraaortal-cavale LK des Pankreas oft als *regionäre LK* eingestuft, obwohl sie weder bei der UICC noch bei der AJCC als regionäre LK gelten. Das NCT-Krebsregister empfiehlt folgendes Vorgehen: wenn die ärztlich-pathologische TNM-Klassifizierung solcher LK (Klinik, Pathologie) N1M0 lautet, wird N1M0 kodiert, d. h. der klinisch-pathologischen Zuordnung gefolgt, dass es sich um eine regionäre LK-Metastase handelt. Wenn keine Angaben im Pathobericht oder Arztbrief vorliegen werden Angaben zu Lymphknoten nach internationalem Standard dokumentiert (s. „Regionäre Lymphknoten“ in den organspezifischen Handbüchern).

3. Relativ ungenau beschriebene regionäre LK-Lokalisationen wie z. B. „Retroperitoneale LK o. n. A.“, „mediastinale LK“, „Beckenlymphknoten o. n. A.“ werden in OP-Berichten und Arztbriefen als regionäre LK aufgefasst, auch wenn dies von den international festgelegten Lokalisationen der Regionalität der LK abweicht. Wenn in diesen Fällen der Kliniker oder Pathologe dies im TNM als M0 klassifiziert, wird dies akzeptiert und entsprechend kodiert (s. o.). Wenn die obigen Lokalisationen, aber kein TNM in medizinischen Dokumenten gefunden wird, wird nach den geltenden Regeln dokumentiert.

4. Die Beschreibung der regionären Lymphknotengebiete in der TNM Klassifikation, 8. Auflage 2017, TNM-Supplement und TNM-Atlas weichen manchmal von den Beschreibungen der AJCC 2010 ab. Die Angaben zu den regionären Lymphabflussgebieten und den als regionär anzusehenden LK in den Handbüchern widerspiegeln zusammenfassend aber den „best-of“ der derzeit anerkannten internationalen Festlegungen (Stand 01.01.2017) und sollen so angewendet werden.

¹³¹ Wittekind 2015: Mündliche Mitteilung, Informationstag „Tumordokumentation der klinischen und epidemiologischen Krebsregister“, Stuttgart 22.-24.4.2015; Fachverband für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin (DVMD). Hochschule Ulm 11.-17.3.2015

6 REFERENZEN

Adamo M, Dickie, L, Ruhl J. (January 2015).

SEER Program Coding and Staging Manual 2015.

National Cancer Institute, Bethesda, MD 20850-9765.

Adler G, Seufferlein T, Bischoff SC, Brambs HJ, Feuerbach S, Grabenbauer G, Hahn S, Heinemann V, Hohenberger W, Langrehr JM, Lutz MP, Micke O, Neuhaus H, Neuhaus P, Oettle H, Schlag PM, Schmid R, Schmiegel W, Schlottmann K, Werner J, Wiedenmann B, Kopp I (2007).

S3-Leitlinie „Exokrines Pankreaskarzinom“. Ergebnis einer evidenzbasierten Konsensuskonferenz (13. – 14.10.2006).

Z Gastroenterol 45: 487-523.

ADT (2008). Einheitlicher onkologischer Basisdatensatz. Version 6.0 Stand 02/08/Basis.

http://www.tumorzentren.de/tl_files/dokumente/adt_basis.pdf

Adzersen KH, Becker N (2017)(01).

Tumoren des Kopfes und Halses. Organspezifische Dokumentation.

Klinisches Krebsregister, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg.

Adzersen KH, Becker N (2017)(02).

Tumoren des Verdauungssystems. Organspezifische Dokumentation.

Klinisches Krebsregister, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg.

Adzersen KH, Becker N (2017)(06).

Tumoren der Mamma. Organspezifische Dokumentation.

Klinisches Krebsregister, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg.

Adzersen KH, Becker N (2017)(07).

Tumoren Tumoren der weiblichen Fortpflanzungsorgane und des Bauchfells. Organspezifische Dokumentation.

Klinisches Krebsregister, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg.

Adzersen KH, Becker N (2017)(08).

Tumoren des Zentralen Nervensystems. Organspezifische Dokumentation.

Klinisches Krebsregister, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg.

Adzersen KH, Becker N (2017)(10).

Tumoren der hämatopoietischen und lymphoiden Gewebe. Organspezifische Dokumentation.

Klinisches Krebsregister, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg.

Adzersen KH, Becker N (2017)(12).

Tumoren des Auges, der Augenadnexe und der Orbita. Organspezifische Dokumentation.

Klinisches Krebsregister, Nationales Centrum für Tumorerkrankungen Heidelberg.

Altman E, Cadman E (1986).

An analysis of 1539 patients with cancer of unknown primary site.

Cancer 57(1):120-4.

Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (2011).

Sammel- und Verteilungsstelle IK (SVI) der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen im Hause der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV).

Arge-IK, Sankt Augustin.

Online im www. URL: <http://www.arge-ik.de/> (15.5.2011)

AWMF (2010). Leitlinie der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie.

Osteosarkome. AWMF 025/005, Version 12/2010.

Baccarani M, Saglio G, Goldman J, Hochhaus A, Simonsson B, Appelbaum F, Apperley J, Cervantes F, Cortes J, Deininger M, Gratwohl A, Guilhot F, Horowitz M, Hughes T, Kantarjian H, Larson R, Niederwieser D, Silver R, Hehlmann R (2006).

European LeukemiaNet. Evolving concepts in the management of chronic myeloid leukemia: recommendations from an expert panel on behalf of the European LeukemiaNet.

Blood 108(6):1809-20.

Bausch B, Malinoc A, Maruschke L, Offergeld C, Gläsker S, Rischke HC, Brauckhoff M, Boedeker CC, Neumann HP (2012).

Genetik der Phäochromozytome.

Chirurg 83(6):511-8.

Beahrs OH, Henson DE, Hutter RVP, Myers MH (eds) (1988).

American Joint Committee on Cancer (AJCC). Manual for staging of cancer, 3rd ed.

Lippincott, Philadelphia.

Benedet JL, Hacker NF, Ngan HYS et al (2000).

Staging classifications and clinical practice guidelines of gynaecological cancers.

Int J Gynecology and Obstetrics 70:207-312.

Ben-Ishay O, Ariche A, Lachter J, Kluger Y (2011).

Exposure during pancreatic surgery. Do we have to examine the falciform and round ligaments for pancreatic cancer metastasis?

JOP 12(2):145-148.

Bennett JM, Catovsky D, Daniel MT, Flandrin G, Galton DA, Gralnick HR, Sultan C (1985).

Proposed revised criteria for the classification of acute myeloid leukemia: a report of the French-American-British Cooperative Group.

Ann Intern Med 103(4):620-625.

Berdel WE, Becher R, Edler L, Hanauske H-R, Kerpel-Fronius S, Rauschnig W, Schmoll H-J, Sindermann H (1994).

Standard-Arbeitsanweisungen (Standard Operating Procedures, SOP) der Phase I/II-Studiengruppe der Arbeitsgemeinschaft für Internistische Onkologie (AIO) in der Deutschen Krebsgesellschaft.

Onkologie 17: 311-338.

Berg JW (1996).

Morphologic classification of human cancer.

Cancer Epidemiology and Prevention 2nd ed., Schottenfeld D, Fraumeni JF (eds).

Oxford University Press, New York.

Bielack S, Dürr H R, Franzius C, Gosheger G, Jürgens H, Jundt G, Kager L, Langer T, Nathrath, M, Paulussen M, Reichardt P, Schwarz R, Windhager R (2010).

Osteosarkome.

Leitlinie der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie. AWMF-Register Nr. 025/005 Klasse: S1.

Binet JL, Auquier A, Dighiero G, Chastang C, Piguët H, Goasguen J, Vaugier G, Potron G, Colona P, Oberling F, Thomas M, Tchernia G, Jacquillat C, Boivin P, Lesty C, Duault MT, Monconduit M, Belabbès S, Gremy F (1981).

A new prognostic classification of chronic lymphocytic leukemia derived from a multivariate survival analysis.

Cancer 48:198-206.

Bishop DT, Demenais F, Goldstein AM, Bergman W, Bishop JN, Bressac-de Paillerets B, Chompret A, Ghiorzo P, Gruis N, Hansson J, Harland M, Hayward N, Holland EA, Mann GJ, Mantelli M, Nancarrow D, Platz A, Tucker MA; Melanoma Genetics Consortium.

Geographical variation in the penetrance of CDKN2A mutations for melanoma.

J Natl Cancer Inst. 2002 Jun 19;94(12):894-903.

Bladé J, Samson D, Reece D, Apperley J, Björkstrand B, Gahrton G, Gertz M, Giralt S, Jagannath S, Vesole D (1998).

Criteria for evaluating disease response and progression in patients with multiple myeloma treated by high-dose therapy and haemopoietic stem cell transplantation. Myeloma Subcommittee of the EBMT. European Group for Blood and Marrow Transplant.

Br J Haematol. 102(5):1115-23.

Bosman FT, Carneiro F, Hruban RH, Theise ND (eds) (2010).

WHO Classification of Tumours of the Digestive System.

4th ed. IARC, Lyon.

Breslow, A (1970).

Thickness, cross-sectional areas and depth of invasion in the prognosis of cutaneous melanoma.

Ann Surg 172:902-8.

Brierley JD, Gospodarowicz, Wittekind C (Eds.) 2017. TNM Classification of malignant tumours. Eight edition. Wiley Blackwell, Oxford UK, Hoboken NL: John Wiley & Sons, Inc.

Carbone PP, Kaplan HS, Musshoff K, Smithers DW, Tubiana, M (1971).

Report of the Committee on Hodgkin's Disease Staging Classification.

Cancer Res 31:1860.

Carpten JD, Robbins CM, Villablanca A, Forsberg L, Presciuttini S, Bailey-Wilson J, Simonds WF, Gillanders EM, Kennedy AM, Chen JD, Agarwal SK, Sood R, Jones MP, Moses TY, Haven C, Petillo D, Leotlela PD, Harding B, Cameron D, Pannett AA, Höög A, Heath H 3rd, James-Newton LA, Robinson B, Zarbo RJ, Cavaco BM, Wassif W, Perrier ND, Rosen IB, Kristoffersson U, Turnpenny PD, Farnebo LO, Besser GM, Jackson CE, Morreau H, Trent JM, Thakker RV, Marx SJ, Teh BT, Larsson C, Hobbs MR (2002).

HRPT2, encoding parafibromin, is mutated in hyperparathyroidism-jaw tumor syndrome.

Nat Genet. Dec;32(4):676-80.

Cheson BD, Bennett JM, Kantarjian H, Pinto A, Schiffer CA, Nimer SD, Löwenberg B, Beran M, de Witte TM, Stone RM, Mittelman M, Sanz GF, Wijermans PW, Gore S, Greenberg PL (2000).

World Health Organization(WHO) international working group. Report of an international working group to standardize response criteria for myelodysplastic syndromes.

Blood 96(12):3671-4.

Cheson BD, Bennett JM, Kopecky KJ, Büchner T, Willman CL, Estey EH, Schiffer CA, Doehner H, Tallman MS, Lister TA, Lo-Coco F, Willemze R, Biondi A, Hiddemann W, Larson RA, Löwenberg B, Sanz MA, Head DR, Ohno R, Bloomfield CD (2003).

International Working Group for Diagnosis, Standardization of Response Criteria, Treatment Outcomes, and Reporting Standards for Therapeutic Trials in Acute Myeloid Leukemia. Revised recommendations of the International Working Group for Diagnosis, Standardization of Response Criteria, Treatment Outcomes, and Reporting Standards for Therapeutic Trials in Acute Myeloid Leukemia.

J Clin Oncol. 21(24):4642-9. Erratum in: J Clin Oncol. 2004; 22(3):576. [corrected to Lo-Coco, Francesco].

Cheson BD, Greenberg PL, Bennett JM, Löwenberg B, Wijermans PW, Nimer SD, Pinto A, Beran M, de Witte TM, Stone RM, Mittelman M, Sanz GF, Gore SD, Schiffer CA, Kantarjian H (2006).

Clinical application and proposal for modification of the International Working Group (IWG) response criteria in myelodysplasia.

Blood 108(2):419-25.

Cheson BD, Horning SJ, Coiffier B, Shipp MA, Fisher RI, Connors JM, Lister TA, Vose J, Grillo-López A, Hagenbeek A, Cabanillas F, Klippensten D, Hiddemann W, Castellino R, Harris NL, Armitage JO, Carter W, Hoppe R, Canellos GP (1999).

Report of an international workshop to standardize response criteria for non-Hodgkin's lymphomas. NCI Sponsored International Working Group.

J Clin Oncol. 17(4):1244 - Review. Erratum in: J Clin Oncol 2000; 18(11):2351.

Cheson BD, Pfistner B, Juweid ME, Gascoyne RD, Specht L, Horning SJ, Coiffier B, Fisher RI, Hagenbeek A, Zucca E, Rosen ST, Stroobants S, Lister TA, Hoppe RT, Dreyling M, Tobinai K, Vose JM, Connors JM, Federico M, Diehl V (2007).

Revised response criteria for malignant lymphoma.
J Clin Oncol. 25(5):579-86.

Colevas AD, Setser AT (2004).

The NCI Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v 3.0 is the new standard for oncology clinical trials.

Journal of Clinical Oncology, ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition) 22(14S):6098.

Common Terminology Criteria for Adverse Events v4.0 (CTCAE) (2010).

Online im www. URL: http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf (15.5.2012)

Cremer, Mazitschek, Möhler, Goldschmidt H 2005. SOP für Multiples Myelom. Version: 01.01 (01.06.05). Myelomzentrum Heidelberg, Med. Klinik V Universitätsklinikum Heidelberg und Nationales Centrum für Tumorerkrankungen, Heidelberg.

Davis NC, Newland RC (1982).

The reporting of colorectal cancer: The Australian Clinicopathological Staging system.
Aust NZ J Surg 52:395-397.

DeLellis RA, Lloyd RV, Heitz PU, Eng C (eds.) WHO Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Endocrine Organs. IARC Oress, Lyon 2004 (WHO Blue Books)

Demaret E, Ferlay J, Parkin M, Tyczynski J, Whelan S (IARC), Carli PM, Izarzugaza I, Koscianska B (ENCR), Curado MP, Okamoto N, Ries L, Sriplung H, Young J (IACR) (2004).

International Rules for Multiple Primary Cancers (ICD-O Third Edition). IARC, Lyon.

Internal Report No. 2004/2. http://www.iacr.com.fr/MPrules_july2004.pdf (01.12.2011).

Denkert C (2005).

Appendix 7: Anleitung für die histologische Aufarbeitung.

Online im www. URL: http://www.germanbreastgroup.de/studien/neoadjuvant/geparquattro-unterlagen.html?lang=de_DE.UTF-8%2C+de_CH.U (15.05.2012)

Deutsche Kodierrichtlinien (2012). Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren.

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), GKV-Spitzenverband, Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH).

DIMDI (2003).

Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, Dritte Revision.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Übersetzung der Originalausgabe der WHO aus dem Jahr 2000 [Fritz et al (eds) 2000] Köln, 1. Auflage.

DIMDI (2008).

Geltungszeiten der Klassifikationen ICD-10, OPS und ATC/DDD sowie von MeSH in Deutschland.

Online im www. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/diagnosen/icd10/gueltig.htm> (01.12.2008)

DIMDI (2010).

ICD-10 website. Anleitung zur Verschlüsselung.

Online im www. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/zusatz-anleitung-zur-verschluesselung.htm>

(30.12.2010)

DIMDI (2011).

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision, German Modification, Version 2011, Vierstellige Ausführliche Systematik.

Online im www. URL: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/index.htm>

DIMDI (2014).

Internationale Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie, ICD-O-3.1 2003, 1. Revision 2014.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Übersetzung der Originalausgabe der WHO aus dem Jahr 2000

[Fritz et al (eds) 2000. ICD-O-3.1 International Classification of Diseases for Oncology including updates as at Sep 01 2011, approved by the IARC/WHO Committee for ICD-O-3.1].

Dudek J, Wagner G, Grundmann E, Hermanek P (Hrsg) (1999).

Basisdokumentation für Tumorkranke. Prinzipien und Verschlüsselungsanweisungen für Klinik und Praxis, 5. Auflage.

W. Zuckschwerdt Verlag München, Bern, Wien, New York.

Durie BG, Harousseau JL, Miguel JS, Bladé J, Barlogie B, Anderson K, Gertz M, Dimopoulos M, Westin J, Sonneveld P, Ludwig H, Gahrton G, Beksac M, Crowley J, Belch A, Boccadaro M, Cavo M, Turesson I, Joshua D, Vesole D, Kyle R, Alexanian R, Tricot G, Attal M, Merlini G, Powles R, Richardson P, Shimizu K, Tosi P, Morgan G, Rajkumar SV (2006).

International Myeloma Working Group. International uniform response criteria for multiple myeloma. Leukemia 20(9):1467-73. Erratum in: Leukemia. 2007; 21(5):1134. Leukemia. 2006; 20(12):2220.

Durie BG, Salmon SE (1975).

A clinical staging system for multiple myeloma correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment and survival.

Cancer 36:842-54.

Edge SB, Byrd DR, Compton CC, Fritz AG, Green FL, Trotti III A (eds) (2010).

AJCC Cancer Staging Manual, 7th ed.

Springer.

Eisenhauer EA, Therasse P, Bogaerts J, Schwartz LH, Sargent D, Ford R, Dancey J, Arbuck S, Gwyther S, Mooney M, Rubinstein L, Shankar L, Dodd L, Kaplan R, Lacombe D, Verweij J (2009).

New response evaluation criteria in solid tumours: revised RECIST guideline (version 1.1).

Eur J Cancer 45(2):228-47.

Espiard S, Bertherat J 2013. Carney complex. J.Front Horm Res. 2013;41:50-62.

Evans DB, Abbruzzese JL Willett CG (2001).

Cancer of the Pancreas.

DeVita VT, Hellman S, Rosenberg SA (editors)

Cancer: Principles and Practice of Oncology, 6th edition.

Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 1126-1161

Fishbein L, Nathanson KL (2012).

Pheochromocytoma and paraganglioma: understanding the complexities of the genetic background.

Cancer Genet. 205(1-2):1-11.

Fritz A, Percy C, Jack A, Shanmugaratnam K, Sobin L, Parkin DM and Whelan S (eds) (2000).

International Classification of Diseases for Oncology, Third Edition, ICD-O-3.1.

Geneva, World Health Organization 2000.

GEKID (2008).

Mindestdatensatz für Krebsregistermeldungen.

Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID)

Online im www. URL: www.gekid.de (10.5.2008)

Gemeindeverzeichnis GV (2000).

Hrsg Statistische Ämter des Bundes und der Länder. Amtlicher Gemeindeschlüssel (AGS).

Geraci JM, Escalante CP, Freeman JL, Goodwin JS (2005).

Comorbid disease and cancer: the need for more relevant conceptual models in health services research. *J Clin Oncol.* 23(30):7399-404.

GKV (2012).

Liste aller Krankenkassen

Online im www. URL: <http://www.krankenkassentarife.de/baseportal/kassenliste> (15.06.2012)

Gleason DF (1977).

Veterans Administration Cooperative Urological Research Group (VACURG). Histologic grading and clinical staging of prostatic carcinoma. In *Urologic pathology: the prostate*.

Tannenbaum M (ed)

Lea and Febiger: Philadelphia.

Graubner B. (2007).

ICD und OPS. Historische Entwicklung und aktueller Stand.

Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 50(7):932-943.

Gregor VIII (Papst) (1582).

Inter Gravissimas.

Lateinisches Original online im www. URL: <http://personal.ecu.edu/MCCARTYR/inter-grav-text.html> (Englische Übersetzung online: <http://personal.ecu.edu/MCCARTYR/intGrvEng.html>) (30.03.2012)

(Anmerkung: Bekanntmachung der Einführung des Gregorianischen Kalenders durch Papst Gregor VIII).

Greipp PR, San Miguel J, Durie BG, Crowley JJ, Barlogie B, Bladé J, Boccadoro M, Child JA, Avet-Loiseau H, Kyle RA, Lahuerta JJ, Ludwig H, Morgan G, Powles R, Shimizu K, Shustik C, Sonneveld P, Tosi P, Turesson I, Westin J (2005).

International staging system for multiple myeloma.

J Clin Oncol. 23(15):3412-20. Erratum in: *J Clin Oncol.* 2005; 23(25): 6281. Harousseau, Jean-Luc [corrected to Avet-Loiseau, Herve].

Hallek M, Cheson BD, Catovsky D, Caligaris-Cappio F, Dighiero G, Döhner H, Hillmen P, Keating MJ, Montserrat E, Rai KR, Kipps TJ. International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (2008).

Guidelines for the diagnosis and treatment of chronic lymphocytic leukemia: a report from the International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating the National Cancer Institute - Working Group 1996 guidelines.

Blood 111(12):5446-56. Erratum in: *Blood.* 2008 Dec 15;112(13):5259.

Harris NL, Jaffe ES, Diebold J, Flandrin G, Muller-Hermelink HK, Vardiman J, Lister TA, Bloomfield CD (2000).

The World Health Organization classification of hematological malignancies report of the Clinical Advisory Committee Meeting, Airlie House, Virginia, November 1997.

Mod Pathol. 13(2):193-207.

Havener LA, Hultstrom D (eds) (2006).

Standards for Cancer Registries, Volume II. Data Standards and Data Dictionary, Eleventh Edition, V. 11.1. Springfield, IL: North American Association of Central Cancer Registries.

Health Data Standards Committee (2004). Data Set Specification, Cancer (clinical), National Health Data Dictionary Version 12, Supplement. AIHW Cat. No. HWI 71. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Hermanek P, Hutter RV, Sobin LH, Wittekind C (1999).

International Union Against Cancer. Classification of isolated tumor cells and micrometastasis.

Cancer 86:2668-73.

Hermanek P, Sobin LH (1992).

TNM classification of malignant tumours. 2nd rev. 4th ed.

Springer-Verlag, International Union Against Cancer (UICC)

Hermanek P, Sobin LH (eds) (1987).

UICC TNM Classification of malignant tumours. 4th ed. Berlin Heidelberg, New York.

Springer Verlag. Revised 1992.

Hess CF, Christ G, Jany R, Bamberg M (1993).

Dosage specification at the ICRU reference point: the consequences for clinical practice. International Commission on Radiation Units and Measurements.

Strahlenther Onkol 169(11):660-667.

IARC (2004).

International Rules for Multiple Primary Cancers (ICD-O Third Edition)

Internal Report 2004/2, Lyon 2004.

Online im www. URL: http://www.iacr.com.fr/MPrules_july2004.pdf

IARC, WHO (2011).

Updates to the International Classification of Diseases for Oncology, third edition (ICD-O-3.1), Seite 1-12.

Online im www. URL: <http://www.who.int/classifications/icd/updates/ICDO3Updates2011.pdf> (15.02.2012).

ICRU (1993).

International Commission on Radiation Units and Measurements, *Prescribing, Recording, and Reporting Photon Beam Therapy*, ICRU Report 50

International Commission on Radiation Units and measurements. Bethesda, Maryland.

ICRU (1997).

International Commission on Radiation Units and Measurements, *Dose and Volume Specification for Reporting Interstitial Therapy*, ICRU Report 50.

International Commission on Radiation Units and measurements. Bethesda, Maryland.

ISO (2010). Codes for the Representation of Names of Languages. Codes arranged alphabetically by alpha-3/ISO 639-2 Code. International Organisation for Standardization (ISO).

Online im www. URL: http://www.loc.gov/standards/iso639-2/php/kode_list.php (15.05.2012)

ITU-T E.123 (2001). International operation. General provisions concerning users. Notation for national and international telephone numbers, e-mail addresses and Web addresses. ITU-T.

<http://www.itu.int/rec/T-REC-E.123-200102-I/en> (15.5.2012)

Länderkode ISO 3166-1-alpha Liste (2006).

Codes für die Namen von Ländern und deren Untereinheiten - Teil 1.

Online im www. URL: http://www.iso.org/iso/country_codes/iso_3166_code_lists.htm (15.5.2012).

Iversen LH, Nørgaard M, Jacobsen J, Laurberg S, Sørensen HT (2009).

The impact of comorbidity on survival of Danish colorectal cancer patients from 1995 to 2006 - a population-based cohort study.

Dis Colon Rectum 52(1):71-8.

Jansen J, Hermans J (1982).

Clinical staging system for hairy-cell leukemia.

Blood 60(3):571-7.

Jensen OM, Parkin DM, MacLennan R, Muir CS and Skeet R.G. (eds) (1991).

Cancer Registration: Principles and Methods.

IARC Scientific Publications No. 95, Lyon.

Johnson CH, Adamo M (eds) 2007. SEER Program Coding and Staging Manual 2007. National Cancer Institute, NIH Publication number 07-5581, Bethesda, MD 2008 revision.
Online im www. URL: <http://seer.cancer.gov/tools/codingmanuals/index.html> (25.02.2011)

Johnson CH, Peace S, Adamo P, Fritz A, Percy-Laurry A, Edwards BK (2007).
The 2007 Multiple Primary and Histology Coding Rules. National Cancer Institute, Surveillance, Epidemiology and End Results Program. Revised August 24, 2012.
Bethesda, MD.
Online im www. URL: <http://seer.cancer.gov/tools/mphrules/download.html> (18.08.2011)

Karnofsky D, Abelman WH, Craver LF (1948).
The use of nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma
With particular reference to bronchogenic carcinoma.
Cancer 1, 4: 634-656.
Online im www. URL: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(194811\)1:4%3C634::AID-CNCR2820010410%3E3.0.CO;2-L/abstract](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(194811)1:4%3C634::AID-CNCR2820010410%3E3.0.CO;2-L/abstract)

Karnofsky DA, Burchenal JH (2009).
The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer.
MacLeod CM (Ed), Evaluation of Chemotherapeutic Agents.
Columbia Univ Press 1949:196.

Kasper HU, Stippel DL, Töx U, Drebber U, Dienes HP (2006). Primäres Cholangiokarzinom auf dem Boden einer Caroli-Erkrankung. Fallbericht und Literaturübersicht. Pathologe:27:300–304

KRBW (2011). Krebsregister Baden-Württemberg.
Krebsregistrierung in Baden-Württemberg. Datenkatalog mit Merkmalsausprägungen für TDS-Anwender, 01.10.2011 V2.1.
Online im www. URL: http://www.krebsregister-bw.de/fileadmin/filemount/allgemein/download/Allgemeines/Datenkatalog_mit_Merkmalsauspraegung_en_V2.1_TDS.pdf (15.06.2012)

Kreienberg R, Kopp I, Albert U, Bartsch HH, Beckmann MW, Berg D, Bick U, du Bois A, Budach W, Dunst J, Engel J, Ernst B, Geraedts M, Henschler U, Hölzel J, Jackisch C, König K, Kreipe H, Kühn T, Lebeau A, Leinung S, Link H., Lück HJ, Madjar H, Maiwald A, Maiwald G, Marschner N, Marx M, von Minckwitz G, Naß-Griegoleit I, Possinger K, Reiter A, Sauerbrei W, Schlake W, Schmutzler R, Schreer I, Schulte H, Schulz KD, Souchon R, Thomssen C, Untch M, Wagner U, Weis J, Zemmler T (2008).
Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. 1. Aktualisierung 2008. Koordination: Informationszentrum für Standards in der Onkologie (ISTO)
Deutsche Krebsgesellschaft e.V.

Kühn T, Bembek A, Büchels H, Decker T, Dunst J, Müllerleile U, Munz DL, Ostertag H, Sautter-Bühl ML, Schirrmeister H, Tulusan AH, Untch M, Winzer KJ, Wittekind C (2004).
German Society for Serology. Sentinel node biopsy in breast carcinoma. Interdisciplinary agreement consensus of the German Society for Serology for quality controlled application in routine clinical testing.
Pathologe 25(3):238-43

Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, Young RH (eds) 2014.
WHO Classification of Tumours of Female Reproductive Organs.
IARC Press: Lyon.

Lakhani SR, Ellis IO, Schnitt SJ, Tan PH, van de Vijer MJ (eds.) (2012). WHO Classification of Tumours of the Breast.
World Health Organization Classification of Tumours, 4th edition, IARC Press: Lyon.

Landeskrebsregistergesetz (2006). Gesetz über die Krebsregistrierung in Baden-Württemberg (LKrebsRG vom 6. März 2006).
Online im www. URL: <http://www.landesrecht-bw.de/jportal/?quelle=jlink&query=KrebsRegG+BW&psml=bsbawueprod.psml&max=true&aiz=true>

(30.03.2012)

Link H, Bokemeyer C, Feyer P (Hrsg) (2006).
Supportivtherapie bei malignen Erkrankungen. Prävention und Behandlung von Erkrankungssymptomen und therapiebedingten Nebenwirkungen.
Deutscher Ärzte-Verlag, Arbeitskreis Supportive Maßnahmen in der Onkologie (ASO)

Macdonald DR, Cascino TL, Schold SC Jr, Cairncross JG (1990).
Response criteria for phase II studies of supratentorial malignant glioma.
J Clin Oncol. 8(7):1277-80.

Medeiros F, Muto MG, Lee Y et al (2006).
The tubal fimbria is a preferred site for early adenocarcinoma in women with familial ovarian cancer syndrome.
Am J Surg Pathol 30(2):230–236.

Micke P, Faldum A, Metz T, Beeh KM, Bittinger F, Hengstler JG et al (2002).
Staging small cell lung cancer: Veterans Administration Lung Study Group versus International Association for the Study of Lung Cancer – what limits limited disease?
Lung Cancer 37(3):271-6.

Miller AB, Hoogstraten B, Staquet M, Winkler A (1981).
Reporting results of cancer treatment.
Cancer 47:207-214.

Muir EG, Bell AJ, Barlow KA 1967.
Multiple primary carcinomata of the colon, duodenum, and larynx associated with kerato-acanthomata of the face.
Br J Surg. Mar;54(3):191-5.

NAACCR (2007).
Standards for Cancer Registries. Vol. II. 12th ed. Version 11.2, April 2007.
National Cancer Institute, NIH 07-5581, Bethesda, MD .

NCCN (2011).
Clinical Practice Guidelines in Oncology. Guidelines for Supportive Care.
Adult Cancer Pain, vs 2.1; Palliative Care vs 2.2011; Prevention and Treatment of Cancer-Related Infections vs 2.2011; Venous Thromboembolic Disease vs 2.2011.
Online im www. URL: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#supportive
(30.03.2012)

NCCN (2012).
Clinical Practice Guidelines in Oncology. Guidelines for Supportive Care.
Adult Cancer Pain vs 1.1; Antiemesis vs 1.2012; Cancer- and Treatment-Related Anemia 2vs2.2012; Cancer-Related Fatigue vs 1.2012; Distress Management vs 2.2012; Myeloid Growth Factors vs 1.2012; Adolescent and Young Adult (AYA) Oncology vs 1.2012; Senior Adult Oncology vs 2.2012.
Online im www. URL: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#supportive
(30.03.2012)

Neben K, Hübner G, Folprecht G, Jäger D, Krämer A (2008).
Metastasen ohne Primärtumor: Fortschritte in Diagnostik und Therapie des CUP-Syndroms.
Dtsch Arztebl 105(43):733-40.

NHMRC (2005).
Guidelines for the Prevention, Early Detection and Management of Colorectal Cancer. Australian Cancer Network Colorectal Cancer Guidelines Revision Committee. The Cancer Council Australia and Australian Cancer Network, Sydney 2005.
Online im www. URL: http://www.nhmrc.gov.au/files_nhmrc/publications/attachments/cp106_0.pdf

NSW Health Department (2001).

NSW clinical cancer data collection for outcomes and quality: data dictionary : including the minimum data set for clinical cancer registration. Version 1. North Sydney, N.S.W.: Public Health Division, Epidemiology and Surveillance Branch, 2001. [Anmerkung: Die *neue* Version des "Minimum Data Set Data Dictionary, Version 1.9, March 2006, Draft, des Cancer Institute NSW and NSW Health Department", der 2007 eingesehen wurde, ist online nicht mehr verfügbar; siehe Referenz Health Data Standards Committee (2004)]

Oken MM, Creech RH, Tormey DC, Horton J, Davis TE, McFadden ET, Carbone PP (1982).

Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group.
Am J Clin Oncol 5(6):649-655.

OPS (2008).

Operationen- und Prozedurenschlüssel – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin. Systematisches Verzeichnis mit Erweiterungskatalog.
Deutscher Ärzteverlag Köln.

Parkin DM, Chen VW, Ferlay J, Galceran J, Storm HH and Whelan SL (1994).

Comparability and Quality Control in Cancer Registration.
IARC Technical Report No. 19, Lyon.

Pauty J, Rodrigue A, Couturier A, Buisson R, Masson JY 2014.

Exploring the roles of PALB2 at the crossroads of DNA repair and cancer.
Biochem J. Jun 15;460(3):331-42.

Percy C, van Holten V, Muir C (eds) (1990)

International Classification for Oncology, (ICD-O), second edition.
WHO, Geneva .

Phelby D (Chairman), University of West of England, Bristol, UK, Martínez C, Granada Cancer Registry, Granada, Spain; Roumagnac M, Tarn Cancer Registry, Albi, France; Schouten L, Maastricht Cancer Registry, Maastricht, The Netherlands (1995). European Network of Cancer Registries (ENCR).

Working Groups. Recommendations for Coding Incidence Date, revised in 1997.

Online im www. URL: http://www.encl.com.fr/encl_recommendation.htm (15.5.2011)

Private Krankenkassen KK (2010).

Online im www. URL: <http://www.abc-krankenversicherung.de/private-kranken-kassen/index.php> (30.12.2010):

Qin Q, Xu Y, He T, Qin C, Xu J (2012).

Normal and disease-related biological functions of Twist1 and underlying molecular mechanisms.
Cell Res. Jan;22(1):90-106.

Rai K, Sawitsky A, Cronkite E, Chanana AD, Levy RN, Pasternack BS (1975).

Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia.
Blood 46(2):219-234.

Recavarren C, Labow DM, Liang J, Zhang L, Wong M, Zhu H, Wang J, Francis F, Xu R (2011).

Histologic characteristics of pancreatic intraepithelial neoplasia associated with different pancreatic lesions.

Hum Pathol. 42(1):18-24.

Reid S, Schindler D, Hanenberg H, Barker K, Hanks S, Kalb R, Neveling K, Kelly P, Seal S, Freund M, Wurm M, Batish SD, Lach FP, Yetgin S, Neitzel H, Ariffin H, Tischkowitz M, Mathew CG, Auerbach AD, Rahman N 2007.

Biallelic mutations in PALB2 cause Fanconi anemia subtype FA-N and predispose to childhood cancer.
Nat. Genet. 39, 162–164.

Rosenberg SA (1977).

Validity of the Ann Arbor staging classification for the non-Hodgkins' lymphomas.
Cancer Treat Rep 61(6):1023-27.

Rusch VW, Asamura H, Watanabe H, Giroux DJ, Rami-Porta R, Goldstraw P; Members of IASLC Staging Committee 2009.

The IASLC lung cancer staging project: a proposal for a new international lymph node map in the forthcoming seventh edition of the TNM classification for lung cancer.
J Thorac Oncol. May;4(5):568-77.

Rusch VW, Crowley J, Giroux DJ, Goldstraw P, Im JG, Tsuboi M, Tsuchiya R, Vansteenkiste J 2007.

The IASLC Lung Cancer Staging Project: proposals for the revision of the N descriptors in the forthcoming seventh edition of the TNM classification for lung cancer. International Staging Committee; Cancer Research and Biostatistics; Observers to the Committee; Participating Institutions.
J Thorac Oncol. 2007 Jul;2(7):603-12.

Ryan S, Jenkins MA, Win AK 2014.

Risk of prostate cancer in Lynch syndrome: a systematic review and meta-analysis.
Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2014 Mar;23(3):437-49.

Salzer-Kuntschik M, Brand G, Delling G (1983).

Determination of the degree of morphological regression following chemotherapy in malignant bone tumors.

Pathologe 4(3):135–141.

SAP-R3 KIS (1993)

Walldorf, Baden-Württemberg 1993 ff. R3-ISHmed/KIS.

Online im www. URL: www.medical.siemens.com. (15.5.2011)

Satariano WA (1993).

Aging, comorbidity, and breast cancer survival: an epidemiologic view.
Adv Exp Med Biol. 330:1-11.

Scarlett CJ, Salisbury EL, Biankin AV, Kench J (2011).

Precursor lesions in pancreatic cancer: morphological and molecular pathology.
Pathology 43(3):183-200.

Schiavi F, Demattè S, Cecchini ME, Taschin E, Bobisse S, Del Piano A, Donner D, Barbareschi M, Manera V, Zovato S, Erlic Z, Savvoukidis T, Barollo S, Grego F, Trabalzini F, Amistà P, Grandi C, Branz F, Marroni F, Neumann HP, Opocher G (2012).

The endemic paraganglioma syndrome type 1: origin, spread, and clinical expression.

J Clin Endocrinol Metab 97(4):E637-41.

Schmiegel W, Pox C, Reinacher-Schick A, Adler G, Fleig W, Fölsch UR, Fröhnmorgen P, Graeven U, Hohenberger W, Holstege A, Junginger T, Kopp I, Kühlbacher T, Porschen R, Propping P, Riemann JF, Rödel C, Sauer R, Sauerbruch T, Schmitt W, Schmoll HJ, Zeitz M, Selbmann HK (2008).

S3 -Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ Ergebnisse evidenzbasierter Konsensuskonferenzen am 6./ 7. Februar 2004 und am 8. / 9. Juni 2007 (für die Themenkomplexe IV, VI und VII). 2004/2008.

Z Gastroenterol 46: 1 – 73.

Seegenschmiedt MH (1998)

Nebenwirkungen in der Onkologie.

Springer, Berlin Heidelberg New York.

Seufferlein T, Post S (Vorsitz der Zertifizierungskommission) 2015.

Erhebungsbogen für Darmkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft.

Download Erhebungsbogen Darmkrebszentren (Stand 12.12.2014)

Download Kennzahlen und Matrix Darmkrebszentren (Stand 29.01.2015)

(Zuletzt aufgerufen 21.04.2015.

Shook D, Coustan-Smith E, Ribeiro RC, Rubnitz JE, Campana D (2009).
Minimal residual disease quantitation in acute myeloid leukemia.
Clin Lymphoma Myeloma 9 Suppl 3:281-5.

Sinn HP, Hermanek P, Wagner G, Wittekind C (2003).
Organspezifische Tumordokumentation, 3. Auflage.
Empfehlung zu Dokumentationsinhalten zu Studien.
Deutsche Krebsgesellschaft.
Online im www. URL:
[http://www.krebsgesellschaft.de/download/1. grunddaten fuer terapiestudien g aktual. 3-2.pdf#page=27](http://www.krebsgesellschaft.de/download/1_grunddaten_fuer_therapiestudien_g_aktual_3-2.pdf#page=27) (15.5.2011)

Therasse P, Arbuck SG, Eisenhauer EA, Wanders J, Kaplan RS, Rubinstein L, Verweij J, Van Glabbeke M, van Oosterom AT, Christian MC, Gwyther SG (2000).
New guidelines to evaluate the response to treatment in solid tumors. European Organization for Research and Treatment of Cancer, National Cancer Institute of the United States, National Cancer Institute of Canada.
J Natl Cancer Inst. 2000 Feb 2;92(3):205-16.

Wen PY, Macdonald DR, Reardon DA, Cloughesy TF, Sorensen AG, Galanis E, Degroot J, Wick W, Gilbert MR, Lassman AB, Tsien C, Mikkelsen T, Wong ET, Chamberlain MC, Stupp R, Lamborn KR, Vogelbaum MA, van den Bent MJ, Chang SM (2010).
Updated response assessment criteria for high-grade gliomas: response assessment in neuro-oncology working group.
J Clin Oncol Apr 10;28(11):1963-72.

VdAK (2012). Verbandsgeschäftsstelle, Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VdAK). Siegburg.
Online im www. URL: <http://www.vdak-aev.de> (15.05.2012)

Wagner A, Hendriks Y, Meijers-Heijboer EJ, de Leeuw WJ, Morreau H, Hofstra R, Tops C, Bik E, Bröcker-Vriends AH, van Der Meer C, Lindhout D, Vasen HF, Breuning MH, Cornelisse CJ, van Krimpen C, Niermeijer MF, Zwinderman AH, Wijnen J, Fodde R (2001).
Atypical HNPCC owing to MSH6 germline mutations: analysis of a large Dutch pedigree.
J Med Genet. May;38(5):318-22.

WHO (1967-1980).
International Histological Classification of Tumours.
First Edition. Ed. by the World Health Organization. 25 volumes. Geneva.

WHO (1981-2000).
International Histological Classification of Tumours.
Second Edition. Ed. by the World Health Organization. Geneva.
WHO, IARC, Iarc Press, Lyon.

WHO/IARC (2000-2006).
Classification of Tumours, Pathology & Genetics.
Third Edition. Ed. by the World Health Organization. Serie Blue Books. 10 Volumes.
IARC Press, Lyon.

WHO/IARC (2007-).
Classification of Tumours, Pathology & Genetics. Fourth Edition Ed. by the World Health Organization. Serie Blue Books.
IARC Press, Lyon.

Wittekind C 2015.
Aktuelle Aspekte der TNM-Klassifikation.
Workshop des Fachverbandes für Dokumentation und Informationsmanagement in der Medizin, mündli-

che Mitteilung.
Ulm, 11.3.2015.

Wittekind C (Hrsg) (2017).
UICC TNM Klassifikation maligner Tumoren, 8. Aufl.
Wiley-VCH, Weinheim.

Wittekind C, Asamura H, Sobin LH (Hrsg) (2015).
UICC TNM Atlas, 6. Aufl.
Wiley-VCH, Weinheim.

Wittekind C, Compton C, Quirke P, Nagtegaal I, Merkel S, Hermanek P, Sobin LH (2009).
A Uniform Residual Tumor (R) Classification. Integration of the R Classification and the Circumferential
Margin Status.
Cancer 115(15):3483-8.

Wittekind C, Compton CC, Brierley J, Sobin LH (Hrsg.)(2013).
UICC. TNM Supplement. Erläuterungen zur einheitlichen Anwendung. Vierte Auflage.
Wiley-Blackwell, Weinheim.

Wittekind C, Greene FL, Henson DE, Hutter RVP, Sobin LH (eds) (2003).
UICC. TNM Supplement. A commentary on uniform use. 3rd edition,
John Wiley & Sons, New York.

Wittekind C, Meyer HJ (Hrsg) (2010).
UICC TNM Klassifikation maligner Tumoren, 7. Aufl.
Wiley-Blackwell, Weinheim.

Wittekind C, Meyer HJ, Bootz F (Hrsg) (2002).
UICC TNM Klassifikation maligner Tumoren, 6. Aufl.
Springer, Berlin Heidelberg New York.