klinisch-epidemiologisches krebsregister Brandenburg-Berlin

Ausfüllhinweise für die Meldebögen zum onkolog. Basisdatensatz 3.0

Allgemeine Hinweise

Grundsätzliche Referenzen

Diagnosemeldebogen des Arztes ohne Patientenbezug

Diagnosemeldebogen des Arztes mit Patientenkontakt

Operationsmeldebogen

Strahlentherapie-Meldebogen

Systemtherapie-Meldebogen inkl. abwartender Therapiestrategien

Verlaufsmeldebogen

- **bei Änderungen im Therapieverlauf**
- **Meldung einer unauffälligen Nachsorge**

Mitteilung des Todes

Allgemeine Hinweise

Rechtliche Grundlagen

Die Grundlagen für die Datenspeicherung sind das Krebsfrüherkennungs- und registergesetz sowie der novellierte Staatsvertrag vom 28.12.2022.

Erstmalige Meldung

Melden Sie erstmalig, füllen Sie bitte zuerst den Registrierungsbogen aus, da wir Ihre Kontaktdaten sowie Ihre Bankverbindung für die Überweisung der Meldevergütung benötigen.

Meldeanlässe

1. **Diagnose (+ Organspez. Zusatzmodule*)**

1a) Ärzte mit Patientenkontakt
1b) Ärzte ohne Patientenkontakt (Pathologen, Zytologen, Laborärzte)

2. **Therapie (+ Organspez. Zusatzmodule*)**

2a) Operative Tumortherapie
2b) Radioonkologie / Nuklearmedizin
2c) Systemische Therapie
Abwartende Therapien
Nicht näher zuzuordnende Therapien

3. **Verlauf (+ Organspez. Zusatzmodule*)**

3a) Meldung des Therapieergebnisses nach 2b und 2c
3b) Meldung von Lokalrezidiven und Fernmetastasen
3c) Meldung von Nebenwirkungen und Spätfolgen der onkologischen Therapie

4. **Meldung bei unauffälligem Verlauf - einmal jährlich (+ Organspez. Zusatzmodule*)**

5. **Todesmeldung**

***OZM = Organspezifische Zusatzmodule** sind Bestandteil jeder Meldung 1-4

Bislang für die Diagnosen:

C18-C20	kolorektale Tumore
C43	Melanome
C50.4	Mammatumore
C61	Prostatatumore

Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen. Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist.

Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie) sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt.

Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können diese leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen.

Quellen

Onkologischer Basisdatensatz: https://basisdatensatz.de/basisdatensatz

Umsetzungsleitfaden: https://confluence.basisdatensatz.de

www.kkrbb.de

Widerspruch der Patientinnen und Patienten

Sie müssen Patientinnen und Patienten über die klinische Krebsregistrierung informieren und ihnen das Merkblatt aushändigen. Möchte die Patientin / der Patient einen Widerspruch einlegen, muss sie / er diesen direkt gegenüber dem KKRBB erklären. Im weiteren Verlauf sind die Patienten lediglich auf Ihre gesetzliche Meldepflicht hinzuweisen und diese Information aktenkundig festzuhalten.

Die Meldepflicht besteht für Sie unabhängig von einem etwaigen Widerspruch.

Übermittlung der Meldebögen

1. **Auf dem Postweg**

Den elektronisch ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken und per Post an die Adresse der zuständigen regionalen Registerstelle, die Sie auf dem allgemeinen Informationsblatt finden, senden. Der Bogen darf keinesfalls per E-Mail verschickt werden.

2. **Über die KIM-Schnittstelle oder den Upload-Client**

Die elektronische Weiterleitung des am PC ausgefüllten Meldebogens gelingt auch per KIM-Schnittstelle (KIM-Email) oder Upload-Client. Bei Interesse nehmen Sie bitte Kontakt mit uns auf.

3. **Über das Melderportal**

Bei größerem Meldeaufkommen empfehlen wir Ihnen die Meldung über Ihr Praxisverwaltungssystem via XML-Schnittstelle.

Alternativ können Sie Ihre Meldungen auch direkt in das Melderportal des KKRBB eingeben. Nähere Informationen entnehmen Sie bitte der Informationsschrift <Meldeinformation/FAQs>.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben

Es werden taggenaue Datumsangaben erwartet (**E** = exakt).
Sollte es in Einzelfällen beim Datum der Histologie oder der weiteren Klassifikation nicht möglich sein, ein taggenaues Datum anzugeben, dann ein möglichst passendes geschätztes Datum und die Art/Genauigkeit der Schätzung im Kästchen hinter dem Datumsfeld angeben:
T = Tag geschätzt **M** = Monat geschätzt **J** = Jahr geschätzt **V** = vollständig geschätzt

ICD-10 GM

Schlüssel: 5-stellig: [C, D] ##.# (z.B. C50.9, D05.1).

Derzeit ICD-10-Version: ICD-10-GM Version 2024 (bei älteren Meldungen gemäß der entsprechenden Version)

ICD-O3

Topographie-Schlüssel: 6-stellig: [C] ##.## (z.B. C17.01) (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (2. Revision 19).

Morphologie-Schlüssel: _ _ _ _ / _ (ICD-O-Version: ICD-O-3 (2. Revision 19) oder aktuelle Blue Book-Version).

TNM / TNM-Präfix

c = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine histopathologische Untersuchung mit Erfassung der höchsten Kategorie, gilt in der Regel nicht für Biopsien (Ausnahme bei Organüberschreitung – T4)
a = Klassifikation erfolgte durch Autopsie
r = Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs
y = Klassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie
m = multiple Tumoren (ohne Angabe der Anzahl in Klammern nach dem T
Zahl = Anzahl der multiplen Tumoren in Klammern nach dem T
leer = keine multiplen Tumoren

Histopathologisches Grading

Zum einheitlichen Gebrauch sind die Grading-Angaben gemäß TNM 8. Auflage zu verwenden. Bei Verwendung anderer Grading-Systeme sind diese bitte im Pathologie-Volltext zu benennen.

0 = primär erworbene Melanose ohne zelluläre Atypien (nur beim malignen Melanom der Konjunktiva)
1 = gut differenziert
2 = mäßig differenziert

3 = schlecht differenziert
4 = undifferenziert
X = nicht bestimmbar
L = low grade (G1 oder G2)
M = intermediate grade (G2 oder G3)
H = high grade (G3 oder G4)
B = Borderline
U = unbekannt
T = trifft nicht zu

Genetische Variante/n

Eingabe von therapieleitenden genetischen Varianten wie z.B. RAS, EGFR, BRAF, meist mit der Klassifizierung/Ausprägung, ob der Wildtyp vorliegt (‚W') oder eine Mutation (‚M'). Eine Liste wird bereitgestellt.

Prädiktive Biomarker

Z.B. PD-L1 (in %, TMB (in mut pro Mb) u. MMR-Proteine (MS-stabil, MSI gering, MSI hochgradig).

Kürzel der Therapieempfehlungen

OP = Operation
ST = Strahlentherapie
CH = Chemotherapie
HO = Hormontherapie
IM = Immun-/Antikörpertherapie
ZS = Zielgerichtete Substanz(en)
CI = Chemo + Immuntherapie
CZ = Chemo + Zielgerichtete Substanz(en)
CIZ = Chemo + Immunth. + Zielgerichtete Substanz(en)
IZ = Immun-/Antikörpertherapie + Zielgerichtete Substanz(en)
SZ = Stammzelltransplantation
S = Sonstiges
AS = Active Surveillance
WS = Wait and See
WW = Watchful Waiting
KW = Keine weitere Therapie

Anmerkungsfeld

Dient für alle Eingaben, die mit Hilfe der angebotenen Felder nicht ausreichend dargestellt werden können.

Operative Tumortherapie

cTNM präoperatives Staging

OPS-Codes nach dem Prozedurenschlüssel endständig (bis 2 Stellen nach dem Punkt) (entsprechend der OPS-Version des zugrunde liegenden Jahres)

pTNM und Grading bitte beachten Sie die Grundregeln des TNM, insbes. zum pT (TNM 8. Auflage, S.5)

R-Klassifikation

R0	=	Kein Residualtumor
R1	=	Mikroskopischer Residualtumor
R2	=	Makroskopischer Residualtumor
R1 (is)	=	In-Situ-Rest
R1(cy+)	=	Cytologischer Rest
RX	=	Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

Resektionsausmaß für Ovarialtumore bitte im Bemerkungsfeld angeben.

- makroskopisch im Gesunden
- makroskopischer Tumor <1cm
- makroskop. Tumor >1 cm

Komplikationen

ABD	=	Abszess in einem Drainagekanal
ABS	=	Abszess, intraabdominaler oder intrathorakaler
ASF	=	Abszess, subfaszialer
ANI	=	Akute Niereninsuffizienz
AEP	=	Alkoholentzugspsychose
ALR	=	Allergische Reaktion ohne Schocksymptomatik
ANS	=	Anaphylaktischer Schock
AEE	=	Anastomoseninsuffizienz einer Enterostomie
API	=	Apoplektischer Insult
BIF	=	Biliäre Fistel
BOG	=	Blutung, obere gastrointestinale
BOE	=	Bolusverlegung eines Endotubus
BSI	=	Bronchusstumpfinsuffizienz
CHI	=	Cholangitis
DAI	=	Darmanastomoseninsuffizienz
DPS	=	Darmpassagestörungen
DIC	=	Disseminierte intravasale Koagulopathie
DEP	=	Drogenentzugspsychose
DLU	=	Druck- und Lagerungsschäden
DSI	=	Duodenalstumpfinsuffizienz
ENF	=	Enterale Fistel
GER	=	Gerinnungsstörung
HEM	=	Hämatemesis

HUR = Hämaturie
HAE = Hämorrhagischer Schock
HFI = Harnfistel
HNK = Hautnekrose im Operationsbereich
HZI = Herzinsuffizienz
HRS = Herzrhythmusstörungen
HNA = Hirnnervenausfälle
HOP = Hirnorganisches Psychosyndrom
HYB = Hyperbilirubinämie
HYF = Hypopharynxfistel
IFV = Ileofemorale Venenthrombose
KAS = Kardiogener Schock
KES = Komplikationen einer Stomaanlage
KIM = Komplikation eines Implantates
KRA = Krampfanfall
KDS = Kurzdarmsyndrom
LEV = Leberversagen
LOE = Lungenödem
LYF = Lymphfistel
LYE = Lymphozele
MES = Magenentleerungsstörung
MIL = Mechanischer Ileus
MED = Mediastinitis
MAT = Mesenterialarterien- oder -venenthrombose
MYI = Myokardinfarkt
RNB = Nachblutung, revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt
NAB = Nachblutung, nicht revisionsbedürftig, anderweitig nicht erwähnt
NIN = Nahtinsuffizienz, anderweitig nicht erwähnt
OES = Ösophagitis
OSM = Osteitis, Osteomyelitis
PAF = Pankreasfistel
PIT = Pankreatitis
PAB = Peranale Blutung
PPA = Periphere Parese
PAV = Peripherer arterieller Verschluss
PER = Peritonitis
PLB = Platzbauch
PEY = Pleuraempyem
PLE = Pleuraerguss
PMN = Pneumonie
PNT = Pneumothorax
PDA = Protrahierte Darmatonie (paralytischer Ileus)
PAE = Pulmonalarterienembolie
RPA = Rekurrensparese
RIN = Respiratorische Insuffizienz
SKI = Septische Komplikation eines Implantates
SES = Septischer Schock
SFH = Störungen des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes
STK = Stomakomplikation

TZP = Thrombozytopenie
TIA = (transitorische ischämische Attacke) oder Rind (reversibles ischämisches neurologisches Defizit)
TRZ = Transfusionszwischenfall
WUH = Wundhämatom (konservativ therapiert)
WSS = Wundheilungsstörung, subkutane

Therapiebeurteilung

Gesamtbeurteilung

V = Vollremission (complete remission, CR)
T = Teilremission/mindestens 50 % Rückgang des Tumors (partial remission, PR)
K = Keine Änderung (no change, NC), stable disease
Y = Rezidiv
P = Progression
D = Divergentes Geschehen
B = Klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR)
R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr)
U = Beurteilung unmöglich

Beurteilung Primärtumor

K = Kein Tumor nachweisbar
T = Tumorreste (Residualtumor)
P = Tumorreste Residualtumor Progress
N = Tumorreste Residualtumor No Change
R = Lokalrezidiv
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt

Beurteilung Lymphknoten

K = Kein Lymphknotenbefall nachweisbar
R = Neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv
T = Bekannter Lymphknotenbefall Progress
P = Bekannter Lymphknotenbefall
N = No Change
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt

Beurteilung Fernmetastasen

K = Keine Fernmetastasen nachweisbar
R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv (nach vorbestehender Metastasenfreiheit)
T = Fernmetastasen Residuen
P = Fernmetastasen Progress
N = Fernmetastasen No Change
F = Fraglicher Befund
U = Unbekannt
X = Fehlende Angabe

Strahlentherapie und Nuklearmedizin

Zuordnung zum Tumor

mit ICD-10, Datum der Erstdiagnose, Lokalisation des Primärtumors und Histologie und akt. TNM und Angaben zur Therapieentscheidung (Tumorkonferenz)

Zur einfacheren Handhabung haben wir für die beiden medizinischen Fachgebiete getrennte Meldebögen erstellt.

Zielgebieteschlüssel

Zielgebiete sind einzeln und so genau wie möglich anzugeben, insbesondere der Lymphabfluß mit Seitenangaben ist essentiell. Zusammmenhängende Zielgebiete wie bei Knochenmetastase mit Weichteilbeteiligung kann das anzugebende ZG dem relevanteren, i.d.R. größeren Gebiet zugeordnet werden.

Intraoperative Bestrahlungen sind getrennt von Folgebestrahlungen anzugeben. Brachytherapien sind gesondert anzugeben, auch wenn es sich um einen Boost handelt.

ZNS:	1.1 Ganzhirn (Neurokranium, inkl. Meningen) 1.2 Teilhirn (frontal/parietal/occipital/temporal/Kleinhirn) 1.3 Neuroachse/Rückenmark 1.4 Hypophyse 1.5 sonstiges
Kopf/Hals:	2.1 Auge (r/l) 2.2 Nase/Nasennebenhöhle 2.3 Mundhöhle 2.4 Ohr (r/l) 2.5 Speicheldrüse (r/l) 2.6 Pharynx 2.7 Nasopharynx 2.8 Oropharynx 2.9 Hypopharynx 2.10 Larynx 2.11 Schilddrüse 2.12 HNO sonstige
Thorax:	3.1 Mamma als Ganzbrust (r/l) 3.2 Mamma als Teilbrust /r/l) 3.3. Thoraxwand (ggf. r/l) 3.4 Lunge (r/l) 3.5 Oesophagus 3.6 Mediastinum (mediastinaler Lymphabfluss ist unter Pkt.9 zu kodieren) 3.7 Thymus 3.8 Thorax sonstige

Abdomen/ Retroperitoneum:	4.1 Magen
	4.2 Pankreas
	4.3 Leber (auch Teilbestrahlung)
	4.4 Milz
	4.5 Niere (r/l)
	4.6 Nebenniere (r/l)
	4.7 Retroperitoneum (Sarkome)
	4.8 Ureter (r/l)
	4.9 Bauchwand
	4.10 Oberbauch,
	4.11 Glallenwege
	4.12 Gallenblase
	4.13 Abdomen sonstige
Becken:	5.1 Rektum
	5.2 Analbereich
	5.3 Harnblase
	5.4 Prostata
	5.5 Hoden (r/l)
	5.6 Penis
	5.7 Uterus
	5.8. Zervix uteri
	5.9 Vulva
	5.10 Vagina
	5.11 Beckenwand
	5.12 Becken sonstige
Knochen/Gelenke:	6.1 Schädel
	6.2 Schädelbasis
	6.3 Orbita
	6.4 HWS
	6.5 BWS
	6.6 LWS
	6.7 Sacrum / Coccygeum
	6.8 Rippen (r/l)
	6.9 Sternum
	6.10 Schulter (r/l)
	6.11 Oberarm (r/l)
	6.12 Unterarm (r/l)
	6.13 Hand (r/l)
	6.14 Becken
	6.15 Hüfte (r/l)
	6.16 Oberschenkel (r/l)
	6.17 Unterschenkel (r/l)
	6.18 Fuß (r/l)

Weichteilgewebe:	7.1 Kopf, Gesicht, Hals (ggf. r/l) 7.2. obere Extremität inkl. Schulterweichgewebe (r/l) 7.3 untere Extremität und Hüfte (r/l) 7.4 Thorax 7.5 Abdomen 7.6. Becken 7.7 Stamm ohne nähere Angabe 7.8 mehrere Teilbereiche überlappend 7.9 Weichgewebe sonstige
Haut:	8.1 Ganzhaut 8.2 Teilbereiche
Lymphknoten/LAW:	9.1 cervikal (r/l) 9.2.supra-und infraclav. (r/l) 9.3 axillär (r/l) 9.4 Retrosternal/sternal/Mammaria interna 9.5 mediastinal 9.6 hilär (r/l) 9.7 intraabdominal (z. B. subphrenisch, perigastrisch, peripankreatisch, Leber-, Milzhilus) 9.8 paraaortal 9.9 andere petroperitoneal 9.10 Beckenlymphabfluss (r, l) (Iliakal commun, extern, intern, obturatorisch, präsakral) 9.11 inguinal (r/l) 9.12 involved node 9.13 involved site 9.14 involved field 9.15 sonstige LK (bitte benennen)
Besondere Zielgebiete:	10.1 Ganzkörperbestrahlung bei allogener Stammzelltransplantation 10.2 operative Zugangswege, 10.3 sonstige nicht benannte Zielgebiete (bitte benennen)
Seitenlokalisation des Zielgebietes:	L = links, R = rechts, M = mittig, B = beidseits, U = unbekannt

Weitere Parameter

Applikationsart(en):	Bitte so spezifisch wie möglich angeben. Bei perkutan oder Kontakttherapie alle zutreffenden Optionen ankreuzen. Bei Kombination von perkutan und Kontakttherapie die zusammengesetzten Kürzel in die Spalte "Art" der Tabelle eintragen.
Nuklide:	Zur Brachytherapie und zur nuklearmed. Behandlung verwendetes radioaktives Nuklid.

	Bei Tandembehandlung bitte „sonstiges“ ankreuzen, Tandembehandlung mit beiden Nukliden benennen.
Einzeldosis:	Die am häufigsten eingestrahlte Einzeldosis angeben, (nicht die höchste Einzeldosis bei simultanem Boost).
Gesamtdosis:	Gesamtdosis inkl. Boost angeben
Boost:	Lokale Dosiserhöhung innerhalb eines Zielgebietes SEQ = sequentieller Boost SIB = simultan integrierter Boost KON = konkomitaner Boost
Nebenwirkungen:	Graduierung gemäß CTCAE 4.0. Bis ° 2 ist nur der höchste Grad der NW (0,1,2) anzugeben. Detaillierte Auflistung von Art und Grad der Nebenwirkung(en) ab einem ° 3 oder höher.

Bitte unbedingt an die spätere Meldung des Therapieerfolgs bei kurativ intendierten definitiven Therapien denken oder die Meldung verbindlich an den verantwortlichen Facharztkollegen delegieren.

Systemtherapien, abwartende und sonstige Therapien

Zuordnung zum Tumor

mit ICD-10, Datum der Erstdiagnose, Lokalisation des Primärtumors und Histologie und akt. TNM und Angaben zur Therapieentscheidung (Tumorkonferenz)

Zur einfacheren Handhabung haben wir für die beiden medizinischen Fachgebiete getrennte Meldebögen erstellt.

Abwartende Therpapien

- Active Survaillance als kurative Therapie mit strukturiertem intensivem Monitoring (C61)
- Watchful waiting als palliative Option mit Therapiebeginn bei klin. Symptomatik (C61)
- Watch and wait, wait and see, watchful waiting nur bei Definition in einer Leitlinie
- Best supprtive care ist kein Begriff des Basisdatensatzes, kann gemeldet, darf aber nicht vergütet werden.

Sonstige, nicht zuzuordnende Therapien, z.B.

- Tumortherapiefelder durch Wechselstrom
- Aderlasstherapie
- Hyperthermieprotokolle

Es gelten die allgemeinen zuvor angegebenen Regeln.

Zusatzmodul Malignes Melanom

Bei erstmaliger Metastasierung den LDH-Wert in U pro liter mit Diagnosedatum und Lokalisation der Metastase angeben.

Bitte an die spätere Meldung des Therapieerfolgs bei kurativ intendierten definitiven Therapien denken oder die Meldung verbindlich an den verantwortlichen Facharztkollegen delegieren.

Einmal jährliche Statusmeldung bei unauffälliger Nachsorge

Die kalenderjährliche Kontrolluntersuchung ist in den ersten fünf Jahren nach Diagnosestellung, nach Abschluss der Primärbehandlung oder nach Abschluss der Rezidiv-Therapie meldepflichtig, wenn die Durchführung der Kontrolluntersuchung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft geboten war.

Der erste Meldezeitpunkt für diesen Meldeanlass entsteht im Folgejahr nach Diagnosestellung oder Ende der Primär- oder Rezidivtherapie (aber > 3 Monate).

Die kalenderjährliche Kontrolluntersuchung ist auch ein Meldeanlass unter laufender Langzeittherapie/Erhaltungstherapie.

Für diesen Meldeanlass ist der nachsorgende Arzt verantwortlich. Grundsätzlich nicht meldepflichtig sind Radiologen, Labormediziner und Strahlentherapeuten.

Eine Statusmeldung, die die genannten Kriterien für eine jährliche Statusmeldung erfüllt, wird einmal pro Jahr vergütet.

Zeigt sich bei der Nachsorge ein behandlungsbedürftiger Befund ist dieser per Verlaufsmeldung mitzuteilen.