

SOP Datendokumentation Basis

SOP für die entitätsübergreifende Dokumentation nach dem onkologischen Basisdatensatz der ADT/GEKID 3.0

Hinweis für externe Nutzer dieser SOP:

Diese SOP wurde für die Mitarbeiter des KKRBB und für die Dokumentation mit dem System GTDS erstellt. Eine Anpassung für externe Nutzer erfolgte nur dahingehend, dass KKRBB-spezifische Besonderheiten/Ansprechpartner herausgenommen wurden.

Änderungen:

1. Änderung/Ergänzung/Aktualisierung: Juni 2024

Inhaltsverzeichnis

1.	Allgemeine Informationen.....	3
2.	Meldepflichtige Erkrankungen	3
3.	Dokumentation einer Diagnose.....	4
3.1	Verdachtsdiagnosen	4
3.2	Erfassung verschiedener Tumore – getrennt oder zusammen?	4
3.3	Sonderfall CUP	6
3.4	Zu erfassende Merkmale in der Diagnosemaske	7
4.	Dokumentation einer Histologie	10
5.	Dokumentation von Klassifikationen.....	13
5.1	Dokumentation von TNM.....	13
5.2	Dokumentation von UICC.....	16
5.3	Dokumentation von Ann Abor und sonstigen Klassifikationen.....	16
5.4	Dokumentation von genetischen Varianten	16
6.	Dokumentation von Untersuchungsmerkmalen	17
6.1	Entitätsübergreifend	17
6.2	Endometriumkarzinom C54.....	18
6.3	Modul Darm	18
6.4	Modul Malignes Melanom	21
6.5	Modul Mamma.....	22
6.6	Modul Prostata.....	24
7.	Dokumentation von Metastasen.....	26
8.	Dokumentation von Tumorkonferenzdaten.....	27
9.	Dokumentation von Operationen	28
10.	Dokumentation einer Strahlentherapie	30
11.	Dokumentation von systemischen / internistischen Therapien.....	32

12. Dokumentation von Verlaufsmeldungen	34
12.1 Statusmeldung während einer Therapie	34
12.2 Statusmeldung zum Tumorstatus nach OP	34
12.3 Statusmeldung zum Tumorstatus nach Bestrahlung oder systemischen/internistischen Therapien	35
12.4 Statusmeldung Jährliche Kontrolluntersuchung	35
12.5 Weitere Statusmeldungen im Verlauf der Erkrankung ohne Statusänderung	36
12.6 Statusmeldungen mit einer Statusänderung	36
12.7 Tabellarische Übersicht zur Dokumentation von Statusmeldungen.....	37
13. Dokumentation einer Therapieablehnung	39
14. Dokumentation Tod.....	40
Anhang A: Liste der zu meldenden Diagnosen (Auflistung ICD-10-GM-Codes).....	41
Anhang B: Prognostisch-ungünstige Hauttumore.....	43
Anhang C: Übersicht paarige Organe	45
Anhang D: Histologiegruppen	46
Anhang E: TNM-Klassifikation, Grading (G) und weitere erforderliche Klassifikationen	47
Anhang F: Strahlentherapie	59

1. Allgemeine Informationen

Die SOP ist weitgehend tabellarisch aufgebaut und die Reihenfolge der Merkmale entspricht dem Aufbau der Dokumentationseinzelmasken im GTDS. Bitte verwenden Sie ausschließlich die Kompaktversion. Die SOP beinhaltet nur die zu dokumentierenden Merkmale entsprechend dem oBDS 3.0.

Bitte erfassen Sie alle nachfolgend genannten Variablen, sofern Sie Ihnen vorliegen.

2. Meldepflichtige Erkrankungen

Die Meldepflicht besteht zu bösartigen Neubildungen einschließlich ihrer Frühstadien und zu gutartigen Tumoren des zentralen Nervensystems nach Kapitel II der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10) in seiner aktuellsten Version. Für nicht-melanotische Hautkrebsarten der Lokalisation „Haut“ beschränkt sich die Meldepflicht auf prognostisch ungünstige Hautkrebsarten.

Nach §65c SGB V für die klinische Registrierung zu erfassende Erkrankungen: siehe [Anhang A: Liste der zu meldenden Diagnosen \(Auflistung ICD-10-GM-Codes\)](#)

Prognostisch-ungünstige Hauttumore gültig ab 01.01.2023

Erfasst werden nur prognostisch-ungünstigen Hauttumoren mit **Erstdiagnosedatum ab 01.01.2023**. Erfasst werden nur **C-Diagnosen**, keine D-Diagnosen und keine in-situ-Histos. Meldungen mit prognostisch ungünstigen Tumoren mit ED vor dem 01.01.23 bzw. Meldungen mit prognostisch günstigen Tumoren werden verworfen bzw. vernichtet.

Es gibt **zwei Klassen** von prognostisch ungünstig:

1. **Plattenepithel-Ca** (Histo beginnt mit 805*, 807, 808*) und T3/T4 oder N+ oder metastasiert (M1) (*Ausnahmen: 8053, 8085, 8086). 809=Basaliome werden nie aufgenommen.
2. Die **Histologie als solche ist prognostisch ungünstig**. Hierbei ist die TNM-Klassifikation irrelevant (Codes siehe Tabelle). Faustregel zur Abgrenzung: beginnend mit **803**, dann schon **8140, 8200** und höher.

Wird ein prognostisch günstiger Tumor mit ED nach dem 01.01.2023 im zeitlichen Verlauf progredient und somit prognostisch ungünstig, wird dieser Tumor aufgenommen.

Je Sublokalisierung wird ein neuer Tumor angelegt.

Festlegung gemäß § 65c Absatz 4 Satz 3 und 4 SGB V: Diagnoseliste nicht-melanozytärer Hautkrebs mit ungünstiger Prognose – ICD-10 C44: [Anhang B: Prognostisch-ungünstige Hauttumore](#)

Paarige Organe

Übersicht zu paarigen Organen: [Anhang C: Übersicht paarige Organe](#)

3. Dokumentation einer Diagnose

3.1 Verdachtsdiagnosen

Reine Verdachtsdiagnosen sind nicht meldepflichtig.

Meldepflichtig wird eine Diagnose nach histologischer oder sonstiger hinreichender klinischer Sicherung. Ist die histologische Sicherung (zeitnah) vorgesehen, beginnt die Meldepflicht mit der histologischen (labortechnischen, zytologischen) Sicherung der Diagnose.

Erfolgt keine zeitnahe histologische Sicherung, kann eine histologische Sicherung nicht erfolgen oder wird diese abgelehnt, liegt eine "hinreichende klinische Sicherung" vor,

- wenn der behandelnde Arzt in der Zusammenschau der diagnostischen Befunde von einer Krebserkrankung ausgeht und /oder
- wenn die Therapieplanung /-entscheidung auf Grundlage dieser Diagnosestellung erfolgt.

Bei nicht erfolgter histologischer Sicherung ist in jedem Fall die Tumorausbreitung anzugeben (sofern diagnostiziert) und/oder im Anmerkungsfeld der Grund für die nicht erfolgte histologische Sicherung.

Das Diagnosedatum ist das Datum der klinischen Diagnosesicherung.

3.2 Erfassung verschiedener Tumore – getrennt oder zusammen?

Verschiedene Aspekte spielen eine Rolle: zeitlicher Abstand der Diagnosen, Lokalisation, Histologiegruppe und Dignitätswechsel

Gleichzeitiges Auftreten von mehreren Tumoren gleicher Histologiegruppe und Lokalisation

Gleichzeitig auftretende Tumore (Diagnosedaten weichen weniger als 92 Tage voneinander ab) im gleichen Organ und mit gleicher Histologiegruppe (siehe [Anhang D: Histologiegruppen](#)) werden als **ein Tumor** erfasst, auch dann, wenn **verschiedene Dignitätsangaben vorliegen**. Die Histologie und das TNM des invasiven Tumors werden als diagnostisch relevant und auswerterelevant markiert.

Sondersituation Kolon und Haut: invasive Tumoren in verschiedenen Sublokalisationen (Unterschied an 1. Stelle hinter dem Punkt) werden als **separate** Tumoren mit dem jeweiligen Diagnosedatum, Histologie, TNM dokumentiert. Nachfolgende Therapie- und Verlaufsmeldungen werden den einzelnen Tumoren der verschiedenen Sublokalisationen zugeordnet.

Ausnahme: Benachbarte Lokalisationen mit Resektion in der gleichen OP werden zusammengefasst, wenn diese als **ein** Tumor gemeldet werden.

Änderung der Dignität im Zeitverlauf (Differenz der Diagnosedaten > 92 Tage)

Tritt **im Zeitverlauf (mehr als 92 Tage) nach einem invasiven Tumor ein in situ Tumor** gleicher Histologiegruppe im selben Organ (bei Haut- und Darmtumoren innerhalb der selben Sublokalisierung) auf, wird der in situ Tumor als **Rezidiv** dokumentiert.

Tritt **im Zeitverlauf (mehr als 92 Tage) nach einem in situ Tumor ein invasiver Tumor** gleicher Histologiegruppe im selben Organ auf, wird der **invasive Tumor als neuer Fall** dokumentiert (unabhängig von Tumorfreiheit). Die Dokumentation des in situ Tumors wird mit einem Verlauf „Dignitätswechsel/Progressionsstufenwechsel“ abgeschlossen. Der neu anzulegende Tumor wird im Diagnosetext mit „initial in situ“ gekennzeichnet.

Sondersituation Harnblase: Es wird **bei zunehmender Progressionsstufe** und Abstand jeweils >4 Monate (Diagnosedatum der vorangegangenen Stufe – Diagnosedatum neue Progressionsstufe) ein neuer Tumor angelegt (unabhängig von der Tumorfreiheit). Die Stufen sind:

1. PUNLMB **D41.4**
2. nicht-invasiv Ta low grade G1 **D09.0**
3. Ta high grade G3 D09.0
4. in situ D09.0
5. invasiv T1 **C67.f**
6. invasiv T2 oder höher.

Es können max. 6 Tumore angelegt werden. Die Dokumentation des vorangegangenen Tumors wird mit einem Verlauf „Dignitätswechsel/Progressionsstufenwechsel“ abgeschlossen. Der neu anzulegende Tumor wird im Diagnosetext mit „*vorangegangene Progressionsstufe*“ gekennzeichnet. Wurde eine Diagnose mit der höchsten (bisher) erreichten Progressionsstufe angelegt, wird jeder weitere Tumor (Meldeanlass) mit niedrigerer Progressionsstufe (egal welcher) unter dieser Diagnose dokumentiert. In diesem Fall wird ein Verlauf „Statusänderung“ angelegt.

Erfassung verschiedener Tumore unabhängig vom Diagnosezeitpunkt der einzelnen Tumore

Tumoren in **paarigen Organen** (siehe [Anhang C: Übersicht paarige Organe](#)) werden **getrennt erfasst**, ausgenommen Ovar (bei gleicher Histologie beider Seiten).

Unabhängig vom Zeitpunkt werden Tumoren im selben Organ, die einer **anderen Histologiegruppe** angehören, **separat erfasst** (z.B. Adeno-Ca und Plattenepithel-Ca: → 2 Tumoren). Die Histologiegruppen finden sich im Manual der Krebsregistrierung S. 84 und im [Anhang D: Histologiegruppen](#).

HGIEN und **in situ Tumoren des Kolons** mit **verschiedenen Sublokalisierungen** werden unabhängig vom Zeitfenster der Diagnose unter einer **Diagnose D01** zusammengefasst. Als Hauptlokalisierung wird 18.8 verschlüsselt, die verschiedenen Sublokalisierungen werden als Nebenlokalisierung eingegeben.

Erfassung mehrerer Systemerkrankungen

Innerhalb von 92 Tagen diagnostizierte Systemerkrankungen werden nach der Tabelle im [Anhang C: Histologiegruppen \(nach Berg\)](#) zusammengefasst und

- als **eine Diagnose** dokumentiert, wenn eine der beiden **Histologien** (oder beide) in der **unspezifischen Gruppe** 14 oder 17 ist. Die spezifischere Histologie soll als diagnostisch relevant gekennzeichnet werden, bzw. die Histologie, die zur ICD10 passt.
- **getrennt erfasst**, wenn die **Histologien in verschiedenen Gruppen** 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15, 16 sind.

Wird im **Verlauf einer Systemerkrankung (> 92 Tage nach Erstdiagnose)** eine neue Histologie gemeldet, wird **immer ein neuer Tumor** angelegt. Mit der **Tabelle nach Gavin et al.** im Manual (ab Seite 203 in der Druckausgabe, Seite 225 in der pdf-Datei) ist zu prüfen, ob eine Transformation vorliegt. Der bereits bekannte Morphologiecode wird unter Histologie 1 aufgesucht (linke Spalte). Dann wird unter Histologie 2 (rechte Spalte) nachgesehen, ob der neue Morphologiecode dort aufgeführt ist:

- ➔ Falls ja, liegt eine **Transformation** vor und es wird zusätzlich zur Erfassung des neuen Tumors beim ersten Tumor ein **Verlauf „Transformation“** angelegt. Der neu anzulegende Tumor wird im Diagnosetext mit „initial XXX“ gekennzeichnet.
- ➔ Ist der neue Code dort nicht aufgeführt, wird **nur die neue Diagnose** angelegt. (ohne Verlauf bei dem vorangegangenen Tumor).

3.3 Sonderfall CUP

Ein CUP wird mit 809 = unbekannte Primärlokalisierung dokumentiert.

Ausnahme: HNO-CUP → 8070/6 pN+ → C76

Erfolgt die **Sicherung des Primärtumors** bei initialem CUP **innerhalb** des festgesetzten Diagnosezeitraums **von 30 Tagen**, wird die erste Lokalisation C80 überschrieben.

Dokumentation eines Primärtumors nach vorangegangenem CUP im Verlauf (> 30 Tage nach CUP-Diagnostik)

- Die Lokalisation des Primärtumors wird als Hauptlokalisierung und die erste Lokalisation als Nebenlokalisierung in der Diagnosemaske erfasst und entsprechend gekennzeichnet.
- Histologie mit der Lokalisation des Primärtumors wird nicht der Diagnose zugeordnet, sondern in einen Verlauf mit der Bezeichnung „Spezifische Diagnose nach CUP“ dokumentiert.
- Der neue Morphologie-Code /3 wird als diagnostisch relevant gekennzeichnet. Der erste Morphologie-Code /6 wird nicht gelöscht und bleibt der Diagnose zugeordnet (nicht diagnostisch relevant).
- Die ICD-10 muss entsprechend der neuen Hauptlokalisierung neu generiert werden.
- Im Diagnosetextfeld den Hinweis auf initial CUP ergänzen.
- Höchsten Grad der Diagnosesicherung wird auf „7 = histologische Untersuchung eines Primärtumors“ umgesetzt.
- Das primäre TNM cTX, cNX, cM1 bleibt mit der entsprechenden Datumsangabe bestehen. Ausnahme Melanom CUP: Wenn bei Melanom CUP Lymphknotenmetastasen ohne eindeutigen Primärtumor nachgewiesen werden (siehe TNM S. 190): cTX cN1 –N3 cM0 Hinweis: aktuell in bundesweiter Klärung: **TX** oder **T0** bei CUP
- Die Fernmetastase muss gelöscht werden, wenn die Fernmetastase sich als regionäre Lymphknotenmetastase herausstellt (z.B. beim Melanom).

3.4 Zu erfassende Merkmale in der Diagnosemaske

Maske: Diagnosedaten (Kurzfassung)		
Merkmals	Ausprägung	Anmerkungen
Diagnose (Bezeichnung)	Freitext	<p><u>Pflichtangaben:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Name Tumorerkrankung - Seite re/li (bei paarigen Organen) - Bei primärer Metastasierung: metastasiert (oder entsprechend abgekürzt) - Progressionsstufe beim Harnblasenkarzinom (z.B. invasiv T1) - Hinweis auf ein in situ Karzinom - Hinweis auf initialen CUP bei späterer Primärsicherung <p><u>Optional:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Hormonrezeptor HR +/- oder pos./neg. - cm-/Drittel-Angabe bei Rektum-Ca. <p><u>Beispiele:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - metastasiertes Mamma-Ca, re, HR+ - Mamma-Ca, DCIS, li
Diagnosedatum	Datum	<p>Datum, an dem die meldepflichtige Diagnose erstmals durch einen Arzt klinisch oder mikroskopisch diagnostiziert wurde</p> <p><u>Hinweis:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Wird die Diagnose bei Autopsie festgestellt, gilt das Sterbedatum als Diagnosedatum
Genauigkeit Datum	Auswahl-liste	<p>Tag = tagesgenau, oBDS „exakt“</p> <p>Monat = monatsgenau, d.h. Tag geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 15 oder 01. zu setzen, wenn dadurch z.B. die Datumshierarchie verletzt würde. Jedes Datum ist möglich.</p> <p>Jahr = jahresgenau, d.h. Monat geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 01.07. des angegebenen Jahres zu setzen, jeder passende Monat (Monat vor Meldeanlass) ist möglich.</p> <p>unbekannt = vollständig geschätzt</p>
aufgenommen am	Datum	<p>Erstes Posteingangsdatum des ersten Dokumentes bei Papiermeldungen</p> <p>Bei elektronischen Meldungen: Meldedatum (Datum neben der Paket-ID)</p>
ICD-10 überspringen		
Lokalisation und Ankreuzfeld H./N.	Eingabefeld oder Auswahl-liste	<p>siehe ausführliche Erklärungen und Hinweise bei Untermaske „Alle Histo“</p> <p><u>Hinweis:</u> Die erste gemeldete/dokumentierte Lokalisation ist als Hauptlokalisierung gekennzeichnet. Liegen mehrere Lokalisationen zum Primärtumor vor (z.B. bei HGIEN oder mehrere Quadranten bei Mamma) werden weitere Lokalisationen als Nebenlokalisierung erfasst. Dies kann nur in der Diagnosemaske erfolgen.</p> <p>→ Feld Lokalisation anklicken → mit der Pfeiltaste nach unten bzw. oben bewegen → die neue Lokalisation eingeben → Prüfen, dass das Häkchen H./N. nicht angeklickt ist = Nebenlokalisierung.</p>
Lokalisation Bezeichnung	automatisch generiert	Topographie ICD-O Lokalisationstext
Seite	Auswahl-liste	<p>Organspezifische Angabe der betroffenen Seite – muss immer befüllt sein</p> <p>→ siehe Übersicht zu paarigen Organen siehe Anhang C: Übersicht paarige Organe</p> <p>Die Seitenangabe bei Haut,-HNO- und Hirntumoren kann optional erfasst werden, wenn diese vom Melder angegeben ist</p> <p>L = links R = rechts B = beidseitig * M = Mittellinie/mittig U = unbekannt (wenn vom Melder so gemeldet oder die Angaben vom Melder fehlt → eine Recherche ist in jedem Fall erforderlich)</p> <p>T = trifft nicht zu (Seitenangabe nicht sinnvoll, einschließlich Systemerkrankungen)</p> <p>* siehe auch den Hinweis im Kapitel 3.2: Tumoren in paarigen Organen werden getrennt erfasst, wenn sicher ist, dass es zwei sind (z.B. Histo vorliegend oder zwei TNMs), ausgenommen Ovar.</p>

Histologie	Eingabefeld /Auswahl-liste	siehe Hinweise bei Untermaske „Alle Histos“
Histologie Text	automatisch generiert	gibt die textliche Bezeichnung der morphologischen Diagnose an (Vorzugsbezeichnung ‚IPT‘, falls mehrere Texte zu einem Code hinterlegt sind).
ICD-10	C###.### ICD-GM	Die ICD-10 wird über den Button „ICD aus ICD-O“ generiert. Es ist generell keine manuelle Eingabe vorgesehen. <u>Folgende Sonderfälle sind zu beachten:</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eine manuelle Generierung kann bei Entitäten mit klinischer Sicherung und M8000/3 erforderlich werden (z.B bei gutartigen Hirntumoren). Bitte bei Dokumentation von M8000/3 die ICD-10 nach Generierung immer prüfen und ggfs. manuell anpassen. ○ <u>Änderung des Morphologie Codes von in situ</u> (z.B. bei PE) <u>in invasiv</u> (OP) innerhalb der ersten 92 Tage: Die erste Morphologie soll nicht überschrieben werden, allerdings soll die ICD-10 auf das invasive Karzinom angepasst werden. Für die automatische Generierung der ICD-10 muss in diesem Fall die letzte Stelle des Morphologiecodes in der Diagnosemaske kurzfristig von 2 auf 3 geändert werden. Nach der Generierung ist wieder auf 2 zurücksetzen. <p><u>Link:</u> ICD-10-GM Version 2023, Kapitel II Neubildungen → https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2023/</p>
Grading	Auswahl-liste	siehe Hinweise bei Untermaske „Alle Histos“
Datum Histologie	Datum	Datum der 1. histologischen Sicherung Datum, an dem die Gewebeprobe entnommen wurde Ist das Datum der Entnahme unbekannt, wird das Eingangsdatum des Befundes in der Pathologie dokumentiert. <u>Datumsangabe bei klinischer Sicherung und M8000/3:</u> Diagnosedatum
Höchster Grad der Diagnosesicherung	Auswahl-liste	= Höchste erreichte Diagnosesicherheit der Diagnose nach Abschluss der Diagnostik (bis maximal 92 Tage nach Diagnosedatum) Der höchste Grad der Diagnosesicherung ist in Abhängigkeit des Morphologieschlüssels in den meisten Fällen vorbelegt, aber nicht immer → bitte überprüfen 1 = <u>klinisch</u> : Die Diagnose wurde vor dem Tode gestellt, jedoch ohne die folgenden Maßnahmen (Schlüsselnummern 2 – 7). 2 = <u>klinische Diagnostik</u> : Alle Untersuchungstechniken, einschließlich Röntgen, Endoskopie, bildgebender Verfahren, Ultraschall, explorativer Eingriffe (wie Laparotomie) und Autopsie, aber ohne Gewebsuntersuchung. 4 = <u>spezifische Tumormarker</u> : Zusätzlich biochemische und/oder immunologische Marker, die für einen bestimmten Tumorsitz spezifisch sind. 5 = <u>Zytologie</u> : Untersuchung von Zellen aus einem primären oder sekundären Sitz, einschließlich der aus durch Endoskopie oder durch Punktion gewonnenen Aspiraten; beinhaltet auch die mikroskopische Untersuchung peripheren Blutes und von Knochenmarkspunktaten. 6 = <u>histologische Untersuchung einer Metastase</u> : Histologische Untersuchung des Gewebes aus einer Metastase, inklusive der Untersuchung von Proben aus einer Autopsie. → <u>CUP</u> : muss immer M ... /6 sein 7 = <u>histologische Untersuchung eines Primärtumors</u> : Histologische Untersuchung des Gewebes aus einem Primärtumor, gleich wie es gewonnen wurde; inklusive aller Schnitt-Techniken und Knochenmarksbiopsien; schließt auch die Untersuchung von Proben des Primärtumors aus einer Autopsie ein. 9 = <u>unbekannt</u> (nur übernehmen, wenn dies vom Melder so gemeldet wird)
Klassifikation Name	Eingabefelder	Dokumentation siehe Kapitel Dokumentation von Klassifikationen Eingabe von TNM, genetischen Varianten, hämatoonkologischen und sonstigen Klassifikationen
Klassifikation Datum	Datum	Das Datum entsprechend der Angabe dokumentieren. Vorbelegt ist das Datum der Histologie.

UICC Stadium		<p>Stadium nach aktuell gültiger TNM-Klassifikation</p> <p><u>Stadienbestimmung:</u></p> <p>F9 im Feld Stadium oder Button „Stad“ und in der Untermaske „Stadium generieren“. In der Untermaske darf für die Stadiumgenerierung X für cN und/oder cM eingegeben werden. In diesem Fall ist der Button „Stadium generieren (mit Berücksichtigung von „X“)“ zu wählen. Ist ein Stadium nicht generierbar, darf es mit dem TNM manuell generiert werden. Die Schreibweise „„, mindest““ muss eingehalten werden.</p> <p><u>Hinweise für die Stadienbestimmung bei HNO-Tumoren:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Für überlappende oder ungenau bezeichnete Lokalisationen im HNO-Bereich ist kein Stadium generierbar. Hier wird der Eintrag „Region n. gef.“ generiert und nicht geändert/korrigiert. - Oropharynx-tumore haben bei positivem p16-Status ein anderes Stadium als p16-neg. Tumore. Wenn der Status nicht bekannt ist, wird p16-Negativität angenommen und dokumentiert (TNM S. 39). P16 ist unter Untersuchungen einzutragen und erst dann das Stadium zu generieren. - Bei Hodentumoren ist die S-Klassifikation zur Stadiengenerierung erforderlich.
Allgemeiner Leistungszustand	Auswahlfeld	<p>ECOG oder Karnofsky</p> <p>ECOG 0 = 90-100% nach Karnofsky ECOG 1 = 70-80% nach Karnofsky ECOG 2 = 50-60% nach Karnofsky ECOG 3 = 30-40% nach Karnofsky ECOG 4 = 10-20% nach Karnofsky U = unbekannt (aus Meldersicht)</p> <p>Alternativ bei Karnofsky Angabe in % einschließlich %-Zeichen, Beispiel 10%</p>
Meldeunterrichtung KKRBB	Auswahlfeld	<p>Informationspflichtig sind alle behandelnden Ärztinnen und Ärzte. Diese unterrichten die Patientin / den Patienten über ihre Meldepflicht als Leistungserbringende sowie über die Ausübung und den Umfang des Widerspruchsrechts als Patientin / Patient. Diese Information hat anhand des vom KKRBB bereitgestellten Merkblattes zu erfolgen.</p> <p>Das KKRBB muss nicht darüber informiert werden, ob das Merkblatt der Patientin oder dem Patienten ausgehändigt und diese/r unterrichtet wurde. Auch melden ab dem 01.01.2023 die Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte keine Widersprüche mehr an das KKRBB, da Patientinnen und Patienten diese ab 2023 persönlich gegenüber dem KKRBB erklären müssen.</p> <p><u>Technische Umsetzung bei elektronischen Meldungen:</u> Um den Export der Meldung zu ermöglichen, muss das Merkmal Meldeunterrichtung entsprechend mit „I=Patient ist informiert“ befüllt bzw. vorbelegt werden.</p>
Datum	Datum	Wird beim Anlegen der Diagnose automatisch mit dem Tagesdatum befüllt. Es soll nicht geändert werden.
Erfassung abgeschlossen	Auswahlfeld	<p>„ja“ = wenn alle Angaben vorliegen, die erwartet werden</p> <p>Wenn die Erfassung abgeschlossen ist, dann erfolgt beim erneuten Öffnen der Maske <u>keine erneute Vorbelegung</u> von Untersuchungen und es erscheint keine Erinnerung an fehlende Untersuchungen. Zum Löschen bereits vorbelegter, aber noch nicht ausgefüllter Untersuchungen den Button Löschen: ohne Bef. benutzen.</p>
Untermaske: Vorerkrankungen		
<p>Geht aus einer Meldung der Hinweis auf eine Vorerkrankung hervor, wird auch für die genannte Vorerkrankung eine Diagnose angelegt, sofern das Diagnosedatum nach dem Stichtag 01.01.2000 und der Wohnort des Patienten in BB/B liegt. Dokumentiert werden alle vorhandenen Angaben zur Diagnose, die aus der vorliegenden Meldung hervorgehen. Im Freitext der Diagnose erfolgt der Hinweis „(Vorerkrankung)“.</p> <p>Liegt das Diagnosedatum vor dem Stichtag 01.01.2000 oder ist der Wohnort des Patienten außerhalb von BB/B (betrifft vor allem RÜD-Histos), dann erfolgt eine Erfassung der Vorerkrankung nur mit Diagnosejahr und ICD-10 Diagnose in der Untermaske Vorerkrankungen.</p> <p>Achtung: Sind Vorerkrankungen bereits im GTDS dokumentiert, dürfen diese nicht zusätzlich im Feld Vorerkrankungen erfasst werden. Sonst erfolgt eine doppelte Zählung der Tumore.</p>		

4. Dokumentation einer Histologie

Der Eintrag einer neuen Histo erfolgt immer über den entsprechenden Button „Histo“ in der dazugehörigen GDTS-Maske. Die **erste Histologie mit der pathologischen Diagnosesicherung** (dies kann auch eine OP-Histo sein) wird über den Button „Alle Histos“ in der Diagnosemaske erfasst. Die Zuordnung zum Tumor und zum dazugehörigen Dokument sind voreingestellt.

Jede eingehende Histologie wird dem entsprechenden Meldeanlass zugeordnet und separat erfasst.

Die **Daten der Histo zur pathologischen Diagnosesicherung Lokalisation und Seitenangabe** müssen wie beschrieben **zusätzlich** in die **Diagnosemaske** eingetragen werden.

Untermaske: Alle Histos / Histo		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Datum	Eingabefeld	Datum, an dem die Gewebeprobe entnommen wurde. Ist das Datum der Entnahme unbekannt, wird das Eingangsdatum des Befundes in der Pathologie dokumentiert.
Genauigkeit Datum	Auswahl-liste	<p>Tag = tagesgenau, oBDS „exakt“</p> <p>Monat = monatsgenau, d.h. Tag geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 15 oder 01. zu setzen, wenn dadurch z.B. die Datumshierarchie verletzt würde. Jedes Datum ist möglich.</p> <p>Jahr = jahresgenau, d.h. Monat geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 01.07. des angegebenen Jahres zu setzen, jeder passende Monat (Monat vor Meldeanlass) ist möglich.</p> <p>unbekannt = vollständig geschätzt</p>
Histologie und Ankreuzfeld H./N.	Eingabefeld oder Auswahl-liste	<p>Morphologie-Code - alphanummerisch nach ICD-O Morphologie oder WHO Classification of Tumours (Blue Books) – aktuelle Version</p> <p><u>Generell gilt:</u></p> <p>Die erste meldepflichtige Morphologie wird übernommen und als Haupthistologie gekennzeichnet (→ das Häkchen bei Haupt- und Nebenhistologie (H./N.) bedeutet ‚Haupthistologie‘). Ausgenommen sind Korrekturen oder Konkretisierungen aufgrund einer Referenzhistologie – Voraussetzung ist die gleiche Präparatnummer. Hier soll die erste Morphologie überschrieben werden.</p> <p>Werden zwei oder mehrere Morphologie-Codes in einem Präparat genannt, wird der tumorentscheidene Morphologie-Code als Haupthistologie gekennzeichnet und die weiteren Morphologie-Codes als Nebenhistologie. Eine spezifische Beschreibung hat hierbei Vorrang vor dem Morphologie-Code.</p> <p>Wichtig: Die Haupthistologie immer als „diagnostisch relevant“ anhaken.</p> <p><u>Weitere Hinweise zur Dokumentation des Morphologie-Codes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> → ohne histologische Sicherung / keine Kenntnis, ob eine histolog Sicherung erfolgt ist: M8000/3 → eine histologische Sicherung geht <u>eindeutig</u> aus den vorliegenden Dokumenten hervor, aber es liegen <u>keine Angaben zur genauen Morphologie</u> vor: <ul style="list-style-type: none"> ○ Karzinom ohne nähere Angaben: M8010/3 ○ Sarkom ohne nähere Angaben: M88003 ○ Malignes Lymphom ohne nähere Angaben: M9590/3 ○ Leukämie ohne nähere Angaben: M9800/3 → Verwendet der Pathologe für die Verschlüsselung regionärer LK bzw. SN den Morphologiecode /6, dann soll dieser in /3 umkodiert werden, wenn es sich ganz sicher um regionäre LK handelt. Das Gesamtgeschehen ist zu berücksichtigen. Im Zweifelsfall nicht umkodieren. → Verwendet der Pathologe M ... /9 dann darf diese Angabe geändert werden, sofern Angaben aus anderen Quellen vorliegen. Als höchster Grad der Diagnosesicherung wird bei M ... /9 „Histologie des Primärtumors“ gewählt. → Es dürfen <u>Kombinationsschlüssel</u> verwendet werden, wenn vom Pathologen einzeln verschlüsselt wird. <p><u>IPT</u> ist die Vorzugsbezeichnung. Wenn mehrere identische Codes mit unterschiedlichem Text existieren, dann den Code mit ‚IPT‘ auswählen.</p>

Grading	Auswahl- liste	<p>Gibt den Differenzierungsgrad des Tumors entsprechend der aktuellen TNM-Auflage an. Auflistung der Entitäten mit erforderlichem Grading: Anhang E: Angaben zur TNM-Klassifikation, zum Grading (G) und zu weiteren erforderlichen Klassifikationen</p> <p>0 = primär erworbene Melanose ohne zelluläre Atypien (nur beim malignen Melanom der Konjunktiva)</p> <p>1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert 4 = undifferenziert</p> <p>X = nicht bestimmbar - wenn „X“ aktiv vom Melder gemeldet und ein Grading erforderlich ist</p> <p>L = I = low grade (G1 oder G2) M = II = intermediate grade (G2 oder G3) H = III = high grade (G3 oder G4)</p> <p>B = Borderline U = unbekannt N = trifft nicht zu</p> <p>Bei unterschiedlichen Angaben zum Grading (z.B. G1-2 oder G2-3) wird das ungünstigere gewählt (sofern keine Hinweise auf unzureichende Beurteilbarkeit im Pathologiebefund vorliegen). Bei Differenzen zwischen dem Freitext und der Grading-Angabe als Zahl (z.B. schlecht differenziertes CA; G2) wird der Freitext bevorzugt (sofern plausibel).</p> <p>Low-grade, intermediate grade und high-grade dürfen gemeldet werden. Sie werden jedoch nur dokumentiert, wenn kein differenziertes Grading G1-4 gemeldet wird (Ausnahme: DCIS und D09.0).</p> <p><u>Achtung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - bei DCIS und D09.0 Grading nach WHO wie angegeben eingeben (L, M, H) – nicht „N“ Eine zusätzliche Eingabe unter Klassifikationen ist nicht erforderlich. Eine Meldung als Zahl bitte in den entsprechenden Buchstaben umwandeln. - bei HGIEN, CIN und in situ ist kein Grading erforderlich = „trifft nicht zu“!
diagnostisch relevant	Häkchenfeld	<p>bewusst überlegen/prüfen</p> <p>Die Histologie, die zuerst dokumentiert wird, ist mit „diagnostisch relevant“ voreingestellt.</p> <p>Als diagnostisch relevant ist prinzipiell die Histo der OP zu kennzeichnen, außer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ nach neoadjuvanter Therapie oder ○ PE invasiv und OP in situ ○ oder PE mit höherem Grading <p>In diesen Fällen ist die PE diagnostisch relevant.</p>
Lokalisation	Eingabefeld oder Auswahl- liste	<p>Topographie nach dem aktuellen ICD-O Schlüssel im Format: C###.##</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Eintrag erfolgt ohne „C“ und Satzzeichen ○ Bitte nicht IDC-O und ICD-10 verwechseln <p><u>Generell gilt:</u> Die erste gemeldete Lokalisation wird übernommen und ist als Hauptlokalisierung in der Diagnosemaske gekennzeichnet (→ das Häkchen bei Haupt- und Nebenlokalisierung (H./N.) bedeutet ‚Hauptlokalisierung‘). <u>Ausgenommen</u> sind Korrekturen oder Konkretisierungen (z.B. wenn zunächst .9 gemeldet wird und die Morphologie der OP-Histo eine präzisere Lokalisation ausweist). Hier <u>soll</u> die erste Lokalisation überschrieben werden. Diese Korrektur/Präzisierung ist an kein Zeitfenster gebunden.</p> <p><u>Weitere gemeldete Lokalisationen zum Primärtumor</u> (z.B. bei HGIEN oder mehrere Quadranten bei Mamma) werden als Nebenlokalisierung erfasst (Beschreibung für die Diagnosemaske → siehe Diagnosemaske).</p> <p><u>Hinweis:</u> Meldepflichtige Hauttumore mit Lokalisation Vulva, Vagina, Penis, Analkarzinom, Aderhautmelanome etc). sollen mit der Lokalisation des jeweiligen Organs verschlüsselt werden.</p>

		<p><u>Sonderfall CUP:</u> Ein CUP wird mit 809 = unbekannte Primärlokalisierung dokumentiert. Ausnahme: HNO-CUP → 8070/6 pN+ → C76</p> <p>Erfolgt die Sicherung des Primärtumors bei initialem CUP innerhalb des festgesetzten Diagnosezeitraums von 30 Tagen, wird die erste Lokalisation C80 überschrieben.</p> <p>Erfolgt die Sicherung des Primärtumors nach 30 Tagen, wird die Lokalisation des Primärtumors als Hauptlokalisierung und die erste Lokalisation als Nebenlokalisierung in der Diagnosemaske erfasst und entsprechend gekennzeichnet. → siehe auch Kapitel 3.3. „Sonderfall CUP“</p> <p>Link: ICD-O-3 Zweite Revision (Topographie und Morphologie) https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-o-3/icd03rev2html/</p>
Präparat Nr. von	Eingabefeld	Histologie-Einsendenummer / Befundnummer / Auftragsnummer Für jede relevante Morphologie muss eine Einsendenummer eingegeben werden. Die Befundnummer wird von dem histologischen Befund übernommen.
befundende Abteilung	Auswahlfeld	Angabe des entsprechenden pathologischen Institutes Für jede relevante Morphologie muss die befundene Abteilung eingegeben werden.
Zugehöriges Dokument		ist voreingestellt Basiert die histologische Diagnosesicherung auf einer OP-Histo, wird diese Histo der Diagnose zugeordnet und muss später auch nicht umgeordnet werden – ausgenommen es geht eine weitere Histo ein, die eine pathologische Diagnosesicherung vor der OP belegt (PE).

Zusätzlich zu dokumentierende Merkmale aus einer OP-Histo

Untermaske: Alle Histos / Histo		
Lk untersucht	Eingabefeld	Anzahl aller untersuchten Lymphknoten (Gesamt-LK inkl. Sentinel-LK, falls vorhanden)
Lk befallen	Eingabefeld	Anzahl aller befallenen Lymphknoten (=Sentinel LK + ggfs. weitere)
Sent.-Lk untersucht	Eingabefeld	Untersuchte Sentinel-Lymphknoten Bei eindeutiger alleiniger Sentinel-LK-Exzision und fehlender Gesamt-Angabe soll die Angabe der Gesamt-LK manuell aufgefüllt werden.
Sent.-Lk befallen	Eingabefeld	Befallene Sentinel-Lymphknoten Bei eindeutiger alleiniger Sentinel-LK-Exzision und fehlender Gesamt-Angabe soll die Angabe der Gesamt-LK manuell aufgefüllt werden.
Untermaske Zusatzitems / Untersuchungen		
Lokale Beurteilung Residualstatus	Untersuchungsmerkmal	Die R-Klassifikation lokal soll wie jedes andere Merkmal auch aus der Histo mit übernommen werden. Bitte die Inhalte aus Text und Verschlüsselung der Pathomeldung vergleichen. Die Verschlüsselung muss zum Text passen. Die Dokumentation erfolgt: <ul style="list-style-type: none"> über „Zusatzitems“ in der OP-Maske, sofern eine dazugehörige klinische OP-Meldung vorliegt über „Untersuchungen“ in der Verlaufs-Maske "Pathobefund", sofern keine dazugehörige klinische OP-Meldung vorliegt über „Untersuchungen“ in der Diagnosemaske, sofern der vorliegende Pathobefund die pathologische Diagnosesicherung darstellt. <u>Hinweis:</u> der R-Status aus der klinischen OP-Meldung wird wie üblich in die OP-Maske eingetragen.
Entitäts-spezifische quantitative	Untersuchungsmerkmale	Generell gilt, dass die organspezifischen Merkmale als Untersuchungen in der OP (über „Zusatzitems“) oder im Verlauf "Pathobefund" (über „Untersuchungen“) oder in der Diagnose (über „Untersuchungen“) mit dem Datum der Histo erfasst werden sollen – je nachdem, wie die Meldung erfolgt bzw. welche dazugehörige Meldung vorliegt. Bei der

oder qualitative Merkmale		<p>Bearbeitung elektronischer Meldungen können die Untersuchungen so übernommen werden, wie sie gemeldet werden. Bitte offene Untersuchungen immer in der Übersicht „Untersuchungen“ prüfen! In der Diagnosemaske sind die erforderlichen Untersuchungsmerkmale vorbelegt.</p> <p>Liegen Angaben aus Biopsie und OP vor, dann werden die Ergebnisse der Stanze in die Diagnose-Maske und die Ergebnisse des Tumorresektates in die OP-Maske bzw. in den Verlauf "Pathobefund" aufgenommen.</p> <p>Eine mehrfache Erfassung von Untersuchungen (aufgrund von doppelter elektronischer Meldung) stellt kein Problem dar, wenn die Angaben übereinstimmen. Bei unterschiedlichen Angaben bitte immer auf die korrekte Datumsangabe der Untersuchungsmerkmale achten (Stanze vs. OP). Werden OP-Merkmale einmalig mit dem Diagnosedatum gemeldet, muss das Datum nicht angepasst werden.</p> <p>Siehe auch das Kapitel „Untersuchungsmerkmale“</p>
Untermaske Klassifikationen		
Klassifikationen		<p>pTNM und alle weiteren Klassifikationen werden mit Datum der Histo dokumentiert → siehe auch Dokumentation von Klassifikationen</p>

Hinweise zur Dokumentation der Histologie eines tumorfreien Resektats

Alle vorliegenden Angaben (Datum, Präparat Nummer, befundende Abteilung, Angaben zu Lymphknoten) werden erfasst. Das Feld Morphologie-Code bleibt leer. Im Freitextfeld „Text“ wird „tumorfrei“ eingegeben.

5. Dokumentation von Klassifikationen

5.1 Dokumentation von TNM

Angaben zum TNM können mit dem Meldeanlass Diagnose, OP, Histomeldungen und Verlaufsmeldungen übermittelt werden. Die Eingabe des TNM in der Diagnosemaske kann mit der Eingabehilfe F9 vorgenommen werden.

Es sind alle gemeldeten TNM mit Datum zu dokumentieren, alle hier aufgeführten Angaben sind zu dokumentieren (sofern vorliegend) und folgende Punkte sind zu beachten:

Datumsbezug:

- das cTNM, welches zuerst gemeldet wird, wird mit dem Diagnosedatum dokumentiert, sofern kein TNM-Datum gemeldet wurde
- Das pTNM, welches zuerst gemeldet wird, wird mit dem Leistungsdatum dokumentiert und wird im Regelfall der OP zugeordnet. Geht die pathologische Diagnosesicherung aus einer OP-Histo hervor, wird das pTNM der Diagnose zugeordnet. Das pTNM muss nach Eingang der OP-Meldung nicht umgesetzt werden, aber eine Prüfung des Datums ist dringend erforderlich. Bitte auch die Hinweise zur Kennzeichnung „auswertungsrelevant“ beachten.
- Folgen weitere abweichende TNM Meldungen oder wird ein Best-of TNM gebildet, werden diese mit dem TNM-Datum (1. Wahl sofern vorhanden) oder dem Leistungsdatum (2. Wahl) dokumentiert.

Vorlage mehrere TNM und zur Kennzeichnung „auswertungsrelevant“:

- Wenn mehrere c oder pTNM-Angaben vorhanden sind, muss das auswerterelevante TNM mit dem Haken gekennzeichnet werden. Jeweils ein Haken für cTNM, ein Haken für pTNM. Das auswerterelevante TNM ist das mit den vollständigsten Angaben im fraglichen Zeitraum.
- Bei verschiedenen Angaben zum cTNM in einem Histologiebefund und in einer klinischen Meldung wird das cTNM der klinischen Meldung mit „auswertungsrelevant“ gekennzeichnet.
- Wenn mehrere unvollständige TNM vorliegen, wird ein Best-of TNM über den Button „zusammenfassender TNM (neu)“ gebildet, geprüft und dieses als auswerterelevant gekennzeichnet. Das Best-of TNM wird zum Zeitpunkt der eingehenden Meldung gebildet, welche die Bildung eines vollständigen TNMs ermöglicht. Datum des Best-of TNMs ist 1.) das TNM-Datum oder 2.) das Leistungsdatum dieser Meldung.

TNM bei in situ Karzinomen:

- Wenn eine ICD-10 D-Diagnose ohne TNM gemeldet wird und textlich eindeutig 'carcinoma in situ' angegeben wird, dann kann ein Tis bzw. bei einem nicht-invasivem Urothel-Ca in situ einTa eingegeben werden.
- Die Vorbelegung N0 und M0 wird belassen.
- Bei High grade-Neoplasien (ohne in situ) bleibt das ganze TNM leer.
- Bei kolorektalen High-grade-Neoplasien wird die modifizierte Wien-Klassifikation (Ausprägung 4.1) eingetragen. Wird pTis gemeldet, wird dies nicht übernommen.

Hinweise zum Präfix c/p/u:

- **c oder (leer)** = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
- **p** = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung, mit der auch der höchste Grad der jeweiligen Kategorie hätte festgestellt werden können.
- **u** = Feststellung mit Ultraschall (Angabe ab oBDS 3.0 nicht mehr zulässig). Wenn es so gemeldet wird, bitte als „c“ dokumentieren.
- Wird in der Diagnosemeldung bei einer klar erkennbaren PE/TUR ein pTNM gemeldet, muss dieses in ein cTNM umgewandelt werden (pT4 darf auch bei PE pT4 bleiben, da schon dadurch der höchste Sicherheitsgrad eines organüberschreitenden Wachstums vorliegt). Bei SN-LK nach Stanzbiopsie, aber vor der Primärtumor-OP darf cT pN (sn) dokumentiert werden.

Hinweise zu den Symbolen a/y/r/m:

- **a** → gibt an, ob die Klassifikation aus Anlass einer Autopsie erfolgte. Wenn die Diagnose durch Autopsie erfolgt, ist zwingend ein apTNM anzulegen. Ist keine TNM-Angabe auf dem Autopsiebefund vorhanden, wird ein apTx angelegt. Das apTNM hat als Datum das Sterbedatum.
- **y** → Gibt an, ob die Klassifikation während oder nach initialer multimodaler Therapie erfolgte. Die präoperative endokrine Therapie kann als neoadjuvante Therapie gezählt werden (=y). Die Dokumentation von y ist unabhängig von der Dauer der Therapie. D.h. auch wenn die endokrine Therapie weniger als 3 Wochen andauert und ypTNM gemeldet wird, wird ypTNM dokumentiert. (Hinweis: In der Auswertung wird der Zeitfaktor der endokrinen Therapie berücksichtigt.)
- **r** → Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs
- **m** → Kennzeichnet das Vorhandensein multipler simultaner Primärtumoren in einem anatomischen Bezirk / Organ.

Hinweise zur T-Kategorie:

- T → Ausbreitung des Primärtumors, erfolgt gemäß Tumorentität nach TNM.
- Wenn auf der Histologie im Freitext Angaben zur Größe vorliegen, dann T entsprechend TNM-Vorgaben generieren (keine Angabe zu N und M machen)
- Bei Vorlage verschiedener cT-Angaben aus unterschiedlichen Meldungen (z.B. cT2 und cT3) ist das cT auswertungsrelevant, welches auf Basis des ausführlicheren Stagings erfolgte bzw. das, welches der Therapieentscheidung zugrunde liegt (bitte Meldedatum berücksichtigen). Sollten 2 Melder zum gleichen Zeitpunkt verschiedene Angaben machen und kein Hinweis auf die oben genannten Punkte möglich sein, dann ist der höhere Wert zu wählen.
- Legt sich ein Arzt/Melder nicht eindeutig auf ein T-Stadium fest (z.B. cT2-3), dann wird der niedrigere Wert übernommen

Hinweise zur N-Kategorie:

- N → Ausbreitung von regionären Lymphknotenmetastasen, erfolgt gemäß Tumorentität nach TNM.
- Wird vom Melder NX gemeldet, wird es so übernommen
- Eine fehlende N-Kategorie muss mit cN0 ergänzt werden, wenn eine OP-Meldung vorliegt, in der postoperativ global R0 angegeben ist und keine Lymphknoten-OP erfolgte, also Fälle mit Vollremission nach OP.
- Wird cN+ gemeldet (ab oBDS 3.0 nicht mehr zulässig), bitte cN1 dokumentieren (Hinweis: Beim Prostatakarzinom bedeutet die Angabe „LK+ (Partin)“ die Wahrscheinlichkeit eines LK-Befalls und nicht N1, hier ist N0 zu dokumentieren)
- Wird die Anzahl der Lymphknoten mit der N-Kategorie gemeldet (z.B. pN 0 (0/4, sn, i), dann darf die Anzahl der Lymphknoten nicht in dieser Form übernommen werden --> Anzahl der Lymphknoten soll in die entsprechenden Felder in der Histologiemaske.

Hinweise zur M-Kategorie:

- M → Fehlen oder Vorhandensein von Fernmetastasen, gemäß Tumorentität nach TNM.
 - M0 = keine Fernmetastasen
 - M1 = Fernmetastasen
 - MX ist nicht zulässig
- Wird vom Melder MX gemeldet, wird es so übernommen. Es erfolgt keine Umwandlung zu M0.
- Eine fehlende M-Kategorie muss mit cM0 ergänzt werden, wenn eine OP-Meldung vorliegt, in der postoperativ global R0 angegeben ist, also bei Fällen mit Vollremission nach OP, vorausgesetzt, es handelt sich nicht um eine Metastasen-OP.
- **M1 - primär metastasiert:** Diagnose einer Metastase bis max. 92 Tage nach Diagnosestellung des Primärtumors. Die Dokumentation der Metastase in der Untermaske „Metastasenübersicht“ wird unabhängig vom Beginn der Primärtherapie der Diagnose zugeordnet. Falls die Primärtherapie vor Metastasensicherung begonnen wurde, wird mit dem Diagnosedatum der Metastase ein 2. TNM mit M1 angelegt.

Hinweise zur L-Kategorie: Lymphgefäßinvasion

- LX = Lymphgefäßinvasion kann nicht beurteilt werden
- L0 = keine Lymphgefäßinvasion
- L1 = Lymphgefäßinvasion

Hinweise zu der V-Kategorie: Veneninvasion

- VX = Veneninvasion kann nicht beurteilt werden
- V0 = keine Veneninvasion
- V1 = mikroskopische Veneninvasion
- V2 = makroskopische Veneninvasion

Hinweise zu der Pn-Kategorie: Perineuralinvasion

- PnX = perineurale Invasion kann nicht beurteilt werden
- Pn0 = keine perineurale Invasion
- Pn1 = perineurale Invasion

Hinweise zu der S-Kategorie: Seruntumormarker

- Nach aktuellem TNM: derzeit nur bei Hodentumor

5.2 Dokumentation von UICC

Stadienbestimmung:

F9 im Feld Stadium oder Button „Stad“ und in der Untermaske „Stadium generieren“. In der Untermaske darf für die Stadiumgenerierung X für cN und/oder cM eingegeben werden. In diesem Fall ist der Button „Stadium generieren (mit Berücksichtigung von „X“) zu wählen. Ist ein Stadium nicht generierbar, darf es mit dem TNM manuell generiert werden. Die Schreibweise „„, mindest“ – Komma mit Leerzeichen - muss eingehalten werden (Beispiel: III, mindest).

Hinweise für die Stadienbestimmung bei HNO-Tumoren:

- Für überlappende oder ungenau bezeichnete Lokalisationen im HNO-Bereich ist kein Stadium generierbar. Hier wird der Eintrag „Region n. gef.“ generiert und nicht geändert/korrigiert.
- Oropharynx Tumore haben bei positivem p16-Status ein anderes Stadium als p16-neg. Tumore. Wenn der Status nicht bekannt ist, wird p16-Negativität angenommen und dokumentiert (TNM S. 39). P16 ist unter Untersuchungen einzutragen und erst dann das Stadium zu generieren.
- Bei Hodentumoren ist die S-Klassifikation zur Stadiengenerierung erforderlich.

5.3 Dokumentation von Ann Abor und sonstigen Klassifikationen

Die Dokumentation von Ann Abor und sonstigen Klassifikationen wird in der Maske „Übersicht über Klassifikationen“ vorgenommen. In der Diagnosemaske kann auch eine direkte Eingabe über das Feld „Klassifikation“ erfolgen.

Die erforderlichen entitätsspezifischen Klassifikationen sind im [Anhang E: Angaben zur TNM-Klassifikation, zum Grading \(G\) und zu weiteren erforderlichen Klassifikationen](#) aufgeführt.

5.4 Dokumentation von genetischen Varianten

Die Dokumentation genetischen Varianten erfolgt analog zur Dokumentation der sonstiger Klassifikationen jeweils mit Angabe von Name und Ausprägung in der Maske „Übersicht über Klassifikationen“. Derzeit befindet sich die bundesweiten Genetik-Liste allerdings noch in Abstimmung.

Genetische Marker beim [Endometriumkarzinom C54](#) sind aktuell über Untersuchungsmerkmale zu melden.

6. Dokumentation von Untersuchungsmerkmalen

Die nachfolgend genannten Untersuchungsmerkmal können Bestandteil verschiedener Meldeanlässe sein und können in der Diagnose-, OP- und Verlaufsmaske erfasst werden – je nachdem wie die Meldung erfolgt.

Bitte offene Untersuchungen in der Übersicht „Untersuchungen“ stets prüfen. Eine doppelte Erfassung von Untersuchungen in der Diagnose und der OP stellt kein Problem dar, wenn die Angaben identisch sind.

Das Datum einer Untersuchung wird wie angegeben erfasst. Liegt keine Datumsangabe vor, dann wird das Diagnosedatum verwendet.

6.1 Entitätsübergreifend

Untermaske: Labor- und apparative Untersuchungen		
Merkmal	Art des Merkmals	Ausprägungen
Zertifizierung	Qualitatives Merkmal	1 = Zentrumsfall/Primärfall 2 = Zentrumsfall/kein Primärfall 3 = kein Zentrumsfall <u>Hinweis:</u> Diese Variable bezieht sich auf den Tumor und nicht auf den Patient. Die Meldung dieser Variable wird bei Diagnose (Primärtumor) oder Verlauf (Rezidiv) empfohlen, kann aber technisch mit jedem Meldeanlass übermittelt werden.
Studien- teilnahme	Qualitatives Merkmal	Einschluss in eine Studie mit Ethikvotum J = ja N = nein U = unbekannt.
	Datum	Datum der Studienteilnahme: erstes Einschlussdatum
Sozialdienst	Qualitatives Merkmal	Status des Kontaktes muss immer aktiv ausgewählt werden. J = Ja N = nein, kein Kontakt
	Datum	konkretes Datum eingeben, wenn bekannt, sonst leer lassen
Psychoonko- logische Beratung	Qualitatives Merkmal	Status des Kontaktes muss immer aktiv ausgewählt werden. J = Ja N = nein, kein Kontakt
	Datum	konkretes Datum eingeben, wenn bekannt, sonst leer lassen

6.2 Endometriumkarzinom C54

Nach S3-Leitlinie zum Endometriumkarzinom fußt die gesamte Planung der adjuvanten Therapie auf dem Profil der genetischen Marker. Bereits bei Diagnosestellung (Abradat) sollen die notwendigen Marker bestimmt werden.

Wir erwarten die Parameter mit der klinischen Meldung im Ergebnis der Tumorkonferenz der Klinik. Die Angaben im Pathologie-Befund dienen der Kontrolle. Sie sind nicht immer mit den vorgesehenen Ausprägungsgraden vorhanden.

Nach Abstimmung der bundesweiten Genetik-Liste kann auch eine Meldung als genetischer Marker wie geplant erfolgen (siehe [Dokumentation von genetischen Varianten](#)), derzeit ist dies noch nicht realisiert.

Untermaske: Labor- und apparative Untersuchungen		
Merkmal	Art des Merkmal	Ausprägungen
p53_IHC	Qualitatives Merkmal	a = abnormal n = normal (entspricht Wildtyp) x = unbekannt/nicht bestimmt
POLE-Mutationsstatus	Qualitatives Merkmal	M = Mutation W = Wildtyp N = nicht untersucht U = unbekannt
MMR-Proteine	Qualitatives Merkmal	p = profizient (stabil) d = defizient (instabil, MSI, MMR-D, MMRd) x = unbekannt/nicht bestimmt

6.3 Modul Darm

Das Modul Darm ist bei Meldungen zur Diagnose, OP, Verlauf oder Pathologie bei folgenden Entitäten einzubinden: **C18.0.-18.9, C19, C20 sowie D01.0, D01.1 und D01.2** (ICD-10).

Sollten mehrere Darmabschnitte betroffen sein (und der Tumor ist nicht in zwei angrenzenden Abschnitten überlappend), muss jeder Darmabschnitt separat kodiert werden.

Die Verwendung der Lokalisation C19.9 sollte wenn möglich vermieden werden.

Definitionen

- **Aboral** ist eine anatomische Lage- bzw. Richtungsbezeichnung für Strukturen oder Vorgänge, die vom Mund weg (also zum Anus hin) gerichtet sind. (Quelle: <https://flexikon.doccheck.com/de/Aboral> 09.02.2024)
- **Zirkumferentiell** bedeutet "umlaufend" bzw. "ringförmig". (Quelle: <https://flexikon.doccheck.com/de/Zirkumferentiell> 09.02.2024)
- Die **Linea anocutanea** oder Anokutanlinie ist eine anatomische Struktur des Anus. Sie markiert den Übergang der Analhaut (Anoderm) in die normale äußere Haut (Epidermis). (Quelle: https://flexikon.doccheck.com/de/Linea_anocutanea 09.02.2024)
- **TME**, totale mesorektale Exzision

Untermaske: Labor- und apparative Untersuchungen			
Merkmal	Melde-anlass	Ausprägung	Anmerkungen
Rektum: Abstand des Tumorunter-randes zur Anokutanlinie	Diagnose Operation	(n) = Abstand zur Anokutanlinie in cm, natürliche Zahl U = unbekannt	Gilt nur für C20, D01.2 Gibt die Höhe des Sitzes des Rektumkarzinoms ab Anokutanlinie in cm an <ul style="list-style-type: none"> • Der Abstand in cm kann von 0 bis 99 angegeben werden • Wird vor der Operation ermittelt
Rektum: Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand	Diagnose Operation Pathologie	(n) = Abstand, natürliche Zahl in mm U = unbekannt	Gilt nur für C20, D01.2 Gibt den minimalen Abstand des aboralen Tumorrandes zum aboralen Resektionsrand in mm an <ul style="list-style-type: none"> • Der Abstand in mm kann von 0 bis 999 angegeben werden • Die Angabe ist dem Pathologiebefund zu entnehmen
Rektum: Abstand zur circumferentiellen Resektions-ebene	Diagnose Operation Pathologie	(n) = Abstand, natürliche Zahl in mm U = unbekannt	Gilt nur für C20, D01.2 Gibt den minimalen Abstands des Tumors zur circumferentiellen mesorektalen Resektionsebene in mm an <ul style="list-style-type: none"> • Der Abstand in mm kann von 0 bis 999 angegeben werden • Die Angabe ist dem Pathologiebefund zu entnehmen
Rektum: Qualität des TME-Präparats	Diagnose Operation Pathologie	1 = Grad 1 (gut) 2 = Grad 2 (moderat) 3 = Grad 3 (schlecht) P = PME durchgeführt L = Lokale Exzision durchgeführt A = Andere Operation durchgeführt U = Unbekannt	Gilt nur für C20, D01.2 Gibt die Qualität des Präparats an, das bei der totalen mesorektalen Exzision (TME) gewonnen wurde. <ul style="list-style-type: none"> • Die Angabe ist dem Pathologiebefund zu entnehmen
Rektum: MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt mit Angabe Abstand mesorektale Faszie	Diagnose Operation	n) = Abstand zur mesorektalen Faszie in mm (natürliche Zahl) D = durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben N = Nein (MRT/CT nicht durchgeführt) U = Unbekannt	Gilt nur für C20, D01.2 Angabe des Abstands des Tumors zur mesorektalen Faszie, wenn eine MRT oder Dünnschicht-CT Untersuchung durchgeführt wird. <ul style="list-style-type: none"> • Der Abstand in mm kann von 1 bis 99 angegeben werden
Art des Eingriffs	Operation	E = Elektiveingriff N = Notfalleingriff U = Unbekannt	Modalität der Eingriffsdurchführung
Rektum: Präoperative Anzeichnung der Stomaposition	Diagnose Operation	D = Anzeichnung durchgeführt N = Anzeichnung nicht durchgeführt K = kein Stoma S = Stoma angelegt, Anzeichnung nicht bekannt U = unbekannt	Gilt nur für C20, D01.2 Gibt an, ob die Stomaposition vor der OP angezeichnet wurde

Rektum: Anastomoseninsuffizienz	Operation	B = Anastomoseninsuffizienz Grad B ¹ C = Anastomoseninsuffizienz Grad C ¹ K = keine Insuffizienz oder höchstens Grad A ¹ U = unbekannt ¹	Gilt nur für C20, D01.2 Gibt den Grad der Anastomoseninsuffizienz an <ul style="list-style-type: none"> • Grad A: keine therapeutische Konsequenz • Grad B: Antibiotikagabe oder interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage • Grad C: (Re)-Laparotomie Anastomoseninsuffizienz nach elektivem Eingriff mit Anastomosenanlage
ASA-Klassifikation	Operation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	Einstufung der Patientin oder des Patienten nach der ASA-Klassifikation bei präoperativer Untersuchung durch den Anästestisten
Mutation K-ras-Onkogen	Diagnose Verlauf Operation Pathologie	W = Wildtyp M = Mutation U = unbekannt N = nicht untersucht	Vorliegen einer Mutation im K-ras-Onkogen

Quellen

- <https://basisdatensatz.de/module/6/kolorektales-karzinom>
- ICD-10-GM Version 2023
- Psychrembel 261. Auflage
- ¹ Ausprägung gem. Rahbari, N.N., et al., Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a proposal by the International Study Group of Rectal Cancer.Surgery, 2010. 147(3): p. 339-51.

6.4 Modul Malignes Melanom

Das Modul zum malignen Melanom ist bei **ICD-10 C43, D03** bzw. invasiver/in situ Morphologie_ICD_O/Code erste drei Stellen **872-879** zu übermitteln.

Untermaske: Labor- und apparative Untersuchungen			
Merkmal	Melde-anlass	Ausprägung	Anmerkungen
Sicherheitsabstand Primärtumor	Operation	N = Sicherheitsabstand in mm (natürliche Zahlen) <ul style="list-style-type: none"> -1 = nicht zu beurteilen 0 = kein Abstand (ein Abstand 0 entspricht lokal R1 oder R2)	QI 1+2 der Leitlinien Es ist der endgültige kumulative Sicherheitsabstand, d.h. nach definitiver operativer Versorgung zu verwenden. Es soll die sichere Untergrenze angegeben werden.
Tumordicke	Operation	Tumordicke in mm: Zahl mit einer Kommastelle Plausibilitätsgrenzen: < 0,1 mm und > 10 mm, dann ggf. nachfragen	QI 1 + 2 der Leitlinien Es handelt sich um den wichtigsten Prognosefaktor. In verschiedenen TNM-Auflagen verschieben sich die Stadiengrenzen, d. h., ohne diese Angabe ist eine Umrechnung nicht durchführbar.
LDH	Diagnose-meldung mit Metastase Verlaufs-meldung Progress/ Metastase Patho-meldung mit Histologie Metastase	LDH-Wert in U/l Zahl von 1 bis 10000 Hinweis: Für die Umrechnung von Katal/l nach Unit/l gilt: 1µkat/l = 60 U/l 100 U/l = 1.67 µkat/l	QI 9 der Leitlinie Empfehlung 7.7 (seit 2013) LDH soll als Teil der aktuellen AJCC-Klassifikation bei Patienten mit Verdacht auf bzw. Nachweis von Fernmetastasen bestimmt werden. EG A, LoE 1b Qualitätsziel: Möglichst häufig LDH-Bestimmung bei Patienten mit malignem Melanom bei Eintritt Stadium IV
Ulzeration	Operation	a) Keine Ulzeration b) Ulzeration vorhanden	Laut Leitlinien werden die Tumorstadien 1-4 zusätzlich noch in a (keine Ulzeration) oder b (eine Ulzeration) unterteilt.

Quellen

- <https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/Dokumentat/pages/86311098/Modul+Malignes+Melanom>
- <https://basisdatensatz.de/module/3/malignes-melanom>
- LDH: Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms, Langversion 3.3, 2020, AWMF Registernummer: 032/024OL

6.5 Modul Mamma

Das Modul Mamma ist nur für Karzinome mit den **ICD10-Codes C50 und D05** auszufüllen.

Untermaske: Labor- und apparative Untersuchungen			
Merkmal	Melde-anlass	Ausprägung	Anmerkungen
Prä-therapeutischer Menopausenstatus	Diagnose	1 = prämenopausal 2 = postmenopausal U = unbekannt	Menopausenstatus vor der Therapie Prämenopausal umfasst perimenopausal. Postmenopausal bedeutet mehr als ein Jahr keine Menstruationsblutung oder Estradiol (E 2) und Follikelstimulierendes Hormon (FSH) im eindeutigen postmenopausalen Bereich.
HormonrezeptorStatus: Östrogen	Pathologie Diagnose Operation Verlauf	P = positiv N = negativ U = unbekannt	Der Hormonrezeptorstatus gilt als positiv ab IRS (Immunreaktiver Score) 1. IRS nach Remmele W. et al. 1987: Der IRS berechnet sich aus der Multiplikation der Punkte aus dem Anteil positiver Zellkerne mit den Punkten aus der Färbeintensität, d.h. es ergeben sich 0 bis 12 Punkte. <u>Anteil positiver Zellkerne:</u> keine 0 Punkte < 10 % 1 Punkt 10-50 % 2 Punkte 51-80 % 3 Punkte >80 % 4 Punkte <u>Färbeintensität:</u> keine 0 Punkte schwach 1 Punkt mäßig 2 Punkte stark 3 Punkte Bei unterschiedlichem Ausfall ist der höhere Score zu nehmen. Es wird in naher Zukunft eine Anpassung an die S3-Leitlinie Mammakarzinom aus 2021 (S. 115) geben, so dass auch gering positive Hormonrezeptoren identifiziert werden können.
HormonrezeptorStatus: Progesteron	Pathologie Diagnose Operation Verlauf	P = positiv N = negativ U = unbekannt	Der Hormonrezeptorstatus gilt als positiv ab IRS (Immunreaktiver Score) 1. IRS nach Remmele W. et al. 1987: Der IRS berechnet sich aus der Multiplikation der Punkte aus dem Anteil positiver Zellkerne mit den Punkten aus der Färbeintensität, d.h. es ergeben sich 0 bis 12 Punkte. <u>Anteil positiver Zellkerne:</u> keine 0 Punkte < 10 % 1 Punkt 10-50 % 2 Punkte 51-80 % 3 Punkte >80 % 4 Punkte <u>Färbeintensität:</u> keine 0 Punkte schwach 1 Punkt mäßig 2 Punkte stark 3 Punkte Bei unterschiedlichem Ausfall ist der höhere Score zu nehmen. Es wird in naher Zukunft eine Anpassung an die S3-Leitlinie Mammakarzinom aus 2021 (S. 115) geben, so dass auch gering positive Hormonrezeptoren identifiziert werden können.

Her2neu Status	Pathologie Diagnose Operation Verlauf	P = positiv N = negativ U = unbekannt	Her2neu (human epidermal growth factor receptor 2)-Status gemäß Immunreaktiven Scores nach S3-Leitlinie Mammakarzinom <u>positiv</u> : IHC (immunohistochemischer) Status +++ (3+) oder IHC ++ (2+) und ISH (in-situ-Hybridisierung, FISH (Fluoreszenz-ISH), CISH (Chromogen-ISH), SISH (Silber-verstärkte-ISH o. Ä.) positiv <u>negativ</u> : IHC ++ (2+) und ISH negativ oder IHC + (1+) Bei ISH "borderline" (unklar) muss die Festlegung auf negativ oder positiv durch den Kliniker/die Klinikerin in Absprache mit dem Pathologen/der Pathologin erfolgen. Ist bei IHC ++ der ISH-Wert oder bei unklarem ISH-Wert die Entscheidung von Klinik und Pathologie nicht bekannt, ist "unbekannt" anzugeben.
Präoperative Drahtmarkierung durch Bildgebung gesteuert	Operation	M = Mammografie S = Sonografie T = MRT N = keine U = unbekannt	Es ist anzugeben, ob eine Drahtmarkierung durch Bildgebung vor der Operation durchgeführt wurde und wenn ja, durch welches bildgebende Verfahren.
Intraoperatives Präparat-röntgen/Sonografie	Operation	M = Mammografie S = Sonografie N = nein U = unbekannt	Es ist anzugeben, ob nach Drahtmarkierung durch Mammographie oder Sonographie vor der Operation eine Präparatkontrolle während der Operation gemacht wurde und wenn ja, ob durch Mammographie oder Sonographie.
Tumorgröße invasives Karzinom	Operation Pathologie	0 = kein invasives Karzinom (n) = Größe invasives Karzinom in mm (natürliche Zahl) U = nicht zu beurteilen	Bei mehreren invasiven Herden der gleichen Histologiegruppe (s. ICD-O3, 2. Revision, 4.4, Abbildung 25) in der gleichen Brust ist der größte intraoperativ bestimmte Durchmesser anzugeben. Wenn bei einer weiteren Operation noch ein Tumorrest entfernt wird, ist dieser aufzuaddieren. Wenn jedoch nicht bekannt ist, zu welchem von mehreren Herden der Rest gehörte, entfällt die Addition. Dezimalangaben sind nach DIN 1333 kaufmännisch zu runden. Die Tumorgröße muss zur pT-Kategorie (TNM-Klassifikation maligner Tumoren, 8. Auflage) passen: pT0 oder pTis: 0 pT1mi: 1 mm (Kleinere Tumorgößen sind nicht eingebbar, da keine Dezimalzahlen zugelassen sind. Eine Abrundung auf 0 würde zu einer falschen Interpretation führen.) pT1a: 2-5 mm pT1b: 6-10 mm pT1c: 11-20 mm pT2: 21-50 mm pT3: 51 mm oder mehr pT4: jede Größe
Tumorgröße DCIS	Operation Pathologie	0 = kein DCIS (n) = Größe des DCIS in mm (natürliche Zahl) U = nicht zu beurteilen	Bei mehreren DCIS-Herden in der gleichen Brust ist der größte intraoperativ bestimmte Durchmesser anzugeben. Wenn bei einer weiteren Operation noch ein Tumorrest entfernt wird, ist dieser aufzuaddieren. Wenn jedoch nicht bekannt ist, zu welchem von mehreren Herden der Rest gehörte, entfällt die Addition. Dezimalangaben sind nach DIN 1333 kaufmännisch zu runden. Wenn kein DCIS vorhanden ist oder nach einer neoadjuvanten Therapie im OP-Präparat kein DCIS mehr gefunden wird, ist 0 anzugeben. Die DCIS-Größe ist auch anzugeben, wenn zusätzlich ein invasiver Anteil vorliegt.

Quellen

- <https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/Dokumentat/pages/86442049/Modul+Mamma> (09.02.2024)
- <https://basisdatensatz.de/module/5/mammakarzinom> (09.02.2024)

6.6 Modul Prostata

Das Prostata-Modul ist bei Meldungen zur Diagnose, OP, Verlauf oder Pathologie bei folgenden Entitäten einzubinden: **C61, D07.5 (ICD-10)**, sofern entsprechende Werte bestimmt wurden. Dies ist für Gleason-Score und PSA üblicherweise präoperativ bei Diagnosedaten, Verlaufsdaten bzw. als OP-Ergebnis in Operationsdaten der Fall. Nach Entfernen der Prostata spielt der PSA-Wert als Beobachtungswert (Tumormarker) im Rahmen von Verlaufsmeldungen eine Rolle.

Untermaske: Labor- und apparative Untersuchungen			
Merkmal	Melde-anlass	Ausprägung	Anmerkungen
Primärer Gleason Grad	Diagnose Pathologie Operation Verlauf	1 2 3 4 5	Gibt den primären Gleason-Grad zum Gleason Score an (Zahl zwischen 1 und 5). 1= Gut differenziertes Adenokarzinom. Durch gestörte Architektur abweichend von gesundem Prostatagewebe. 2 = Umschriebener Herd von etwas dichteren Drüsen. Die einzige zytologische Atypie stellen kleine Nukleolen dar. 3 = Diffus das umgebende Gewebe infiltrierendes mittelgradig differenziertes Adenokarzinom. Große Nukleoli neben anderen Kernatypien. Gleason 3 wird am häufigsten beobachtet. 4 = Kribriiformes Muster durch Verschmelzung kleinerer Drüsen 5 = Sehr polymorphe Tumorzellen. Häufig sind Mitosen zu sehen.
Sekundärer Gleason Grad	Diagnose Pathologie Operation Verlauf	1 2 3 4 5	Gibt den sekundären Gleason-Grad zum Gleason-Score an (Zahl zwischen 1 und 5). 1= Gut differenziertes Adenokarzinom. Durch gestörte Architektur abweichend von gesundem Prostatagewebe. 2 = Umschriebener Herd von etwas dichteren Drüsen. Die einzige zytologische Atypie stellen kleine Nukleolen dar. 3 = Diffus das umgebende Gewebe infiltrierendes mittelgradig differenziertes Adenokarzinom. Große Nukleoli neben anderen Kernatypien. Gleason 3 wird am häufigsten beobachtet. 4 = Kribriiformes Muster durch Verschmelzung kleinerer Drüsen 5 = Sehr polymorphe Tumorzellen. Häufig sind Mitosen zu sehen.
Ergebnis Gleason-Score	Diagnose Pathologie Operation Verlauf	2 = Gut differenziertes Karzinom 3 = Gut differenziertes Karzinom 4 = Gut differenziertes Karzinom	Gibt den Wert des Gleason-Score (Gleason-Grad Primär + Gleason Grad Sekundär = Gleason-Score) an (Zahl zwischen 2 und 10 / Ausnahme 7a und 7b).

		<p>5 = Mittelgradig differenziertes Karzinom</p> <p>6 = Mittelgradig differenziertes Karzinom</p> <p>7a = 3+4 = Mittelgradig bis schlecht differenziertes Karzinom</p> <p>7b = 4+3 = Mittelgradig bis schlecht differenziertes Karzinom</p> <p>8 = Schlecht bis entdifferenziertes Karzinom</p> <p>9 = Schlecht bis entdifferenziertes Karzinom</p> <p>10 = Schlecht bis entdifferenziertes Karzinom</p>	<p>Für Stanz-Ergebnisse gilt: häufigster Gleason-Grad + schlechtester Gleason-Grad = Gleason-Score</p> <p>Für OP-Ergebnisse gilt: häufigster Gleason-Grad + zweit-häufigster Gleason-Grad = Gleason-Score.</p>
Anlass Gleason-Score	Diagnose Pathologie Operation Verlauf	O = OP S = Stanze U = Unbekannt	Gibt den Anlass der Bestimmung des Scores an (OP oder Stanze). Davon ausgenommen ist die TUR-P.
Datum Entnahme der Stanze	Diagnose Pathologie Verlauf	dd.mm.yyyy	Gibt das Datum der Entnahme der Stanzen an.
Anzahl der Stanzen (positiv)	Diagnose Pathologie Verlauf	natürliche Zahl, einschließlich null	Gibt die Anzahl der positiven Stanzen an.
Anzahl der Stanzen (gesamt)	Diagnose Pathologie Verlauf	natürliche Zahl	Gibt die Anzahl der entnommenen Stanzen an.
Prozent befallene Stanzen	Diagnose Pathologie Verlauf	natürliche Zahl in % U = unbekannt	Gibt die semiquantitative Abschätzung des Prozentsatzes der Gesamtkarzinomfläche/Gesamtstanzzyylinderfläche, der am schwersten befallenen Stanze in Prozent an.
PSA-Wert	Diagnose Verlauf	Dezimalzahl	Gibt die aktuell relevante PSA-Wert Ausprägungen an: Fließkommazahl in ng/ml.
Datum PSA-Wert	Diagnose Verlauf	dd.mm.yyyy	Gibt das Datum der Blutentnahme zur PSA-Bestimmung an.
KomplPostOP_ClavienDindo	Operation Verlauf	J = Ja N = keine oder höchstens Grad II U = Unbekannt	<p>Komplikation der Clavien-Dindo Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach Radikaler Prostatektomie</p> <p>Die an das Krebsregister zu übermittelnden Werte zur Klassifikation Clavien-Dindo sind abgeleitete Angaben in folgender Form:</p> <p>Ja ist zu wählen, wenn Komplikation der Clavien-Dindo Grade III oder IV innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie aufgetreten sind.</p> <p>Traten keine Komplikationen oder ausschließlich Komplikationen der Grade I oder II auf, so ist Nein zu übermitteln.</p>

Quellen

- <https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/Dokumentat/pages/86442064/Modul+Prostata> (09.02.2024)
- <https://basisdatensatz.de/module/4/prostatakarzinom> (09.02.2024)

Gleason-Score-Berechnung:

Epstein, J. I., Allsbrook, W. C., Amin, M. B. & Egevad, L. L. The 2005 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma. *Am. J. Surg. Pathol.* 29, 1228–42 (2005).

Jonathan I. Epstein, Lars Egevad, Mahul B. Amin, [Brett Delahunt](#), John R. Srigley: *The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System*. In: *The American Journal of Surgical Pathology*. Band 40, Nr. 2, 1. Februar 2016, [ISSN 1532-0979](#), S. 244–252

7. Dokumentation von Metastasen

Angaben zu Metastasen können mit dem Meldeanlass Diagnose, OP, Histomeldungen, Therapiemeldungen und Verlaufsmeldungen übermittelt werden.

Untermaske: Metastasen		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Datum	Eingabefeld	Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen → Entnahmedatum der Histo (1. Wahl) <i>oder</i> Eingangsdatum des Befundes in der Patho <i>oder</i> Datum der klinischen Sicherung <i>oder</i> angegebenes Datum der Untersuchung auf der Verlaufsmeldung → frühestes gemeldetes Datum
Code	Auswahlfeld	Lokalisation der Metastase
Bezeichnung	Textfeld	Bezeichnung befüllt sich nach Auswahl automatisch. Bei Auswahl „OTH – andere Organe“ in Klammern die genaue Lokalisation schreiben, z.B. (Kolon) Bei elektronischem Datenimport geschieht keine automatische Ergänzung. Eine manuelle Ergänzung der Bezeichnung ist hier nicht erforderlich.
Tumor-zuordnung	Auswahlfeld	Immer prüfen Liegen 2 oder mehrere Tumore mit gleicher Histologie aber unterschiedlichem Diagnosedatum (Kolon und Prostata – M8140/3) vor, muss der Kliniker die Zuordnung der diagnostizierten Metastase vornehmen. Liegt keine Zuordnung vor und die Metastase ist für einen Tumor unwahrscheinlich (TNM, Radikalität der Behandlung, Befallsmuster Metastase) dann sollte die Zuordnung bei dem anderen Tumor erfolgen. Wenn keine Angaben und keine Rückschlüsse auf die Wahrscheinlichkeit vorliegen, sollte die Zuordnung bei beiden/allen Tumoren erfolgen.

8. Dokumentation von Tumorkonferenzdaten

Meldungen zu Therapieplanungen und Therapieempfehlungen können mit dem Meldeanlass Diagnose, OP, Therapiemeldungen und Verlaufsmeldungen übermittelt werden. Sie werden in der Maske **Konferenzdokumentation** (aufzurufen über den Button „Konferenz“ → neue Konferenz) dokumentiert. Die Dokumentation der Therapieempfehlung erfolgt in der Untermaske **Therapiekonzept** (aufzurufen über den Button „Therapiekonz.“)

Maske: Konferenzdokumentation		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Typ Therapieplanung	Auswahlfeld	Typ der Tumorkonferenz bzw. der sonstigen Therapieplanung praeth = prätherapeutische Tumorkonferenz (Festlegung der Therapiestrategie) postop = postoperative Tumorkonferenz (Planung der postoperativen Therapie, z.B. zur Frage adjuvante Therapie) postth = posttherapeutische Tumorkonferenz (manche Tumoren werden nicht operiert) ther = Therapieplanung ohne Tumorkonferenz
Datum	Eingabefeld	Datum der Durchführung der Tumorkonferenz bzw. der sonstigen Therapieplanung.
Tumordiagnose	Eingabefeld	Tumorzuordnung vornehmen Bei einer Tumorkonferenz zu mehreren Tumoren wird diese Tumorkonferenz für jeden Tumor angelegt.
Durchführend	Eingabefeld	ID des Melders der Tumorkonferenz

Untermaske: Therapiekonzept		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Typ Therapieempfehlung	Auswahlfeld	Typ der Therapieempfehlung der Tumorkonferenz Mehrfachauswahl möglich
Therapieabweichung	Auswahlfeld	Vorbelegung „nein“ Wird in der Konsilmeldung eine Abweichung des Therapiekonzeptes auf Wunsch des Patienten gemeldet, dann auf „ja“ umsetzen. J = ja N = nein U = unbekannt

9. Dokumentation von Operationen

Alle tumortherapeutischen Operationen sind meldepflichtig und werden dokumentiert,

- incl. Operationen mit palliativer Intention (z.B. Bougierung, biliodigestive Anastomose, A. praeter-Anlage als alleinige palliative Maßnahme, etc.).
- incl. aller operativen Eingriffe bei Vor- und Frühstadien die als Ergebnis R0 haben bzw. die keine weitere Therapie zur Folge haben.

Ebenfalls dokumentiert werden die in der SOP aufgeführten diagnostischen OPs, sofern sie aktiv gemeldet werden.

Für jeden OP-Tag muss eine separate Maske angelegt werden (vom System vorgegeben).

Maske: Operationsdaten (Kurzfassung)		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Tumor	Auswahlfeld	Tumorzuordnung einstellen/prüfen (bei Mehrfachtumoren)
OP Datum	Datum	<p><u>aus der klinischen Meldung:</u> Datum der OP (1. Wahl)</p> <p><u>aus der Histo:</u> Datum der OP = das Entnahmedatum (1. Wahl) <i>oder</i> Eingangsdatum des Befundes in der Patho</p>
Genauigkeit OP Datum	Auswahl-liste	<p>Tag = tagesgenau, oBDS „exakt“</p> <p>Monat = monatsgenau, d.h. Tag geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 15 oder 01. zu setzen, wenn dadurch z.B. die Datumshierarchie verletzt würde. Jedes Datum ist möglich.</p> <p>Jahr = jahresgenau, d.h. Monat geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 01.07. des angegebenen Jahres zu setzen, jeder passende Monat (Monat vor Meldeanlass) ist möglich.</p> <p>unbekannt = vollständig geschätzt</p>
OPS Code	Eingabefeld	<p>Ausprägung: OPS mit einem 5er-Schlüssel (5-*)</p> <p>In begründeten Ausnahmefällen sind auch andere Codes außerhalb der 5er zugelassen (siehe entitätsspezifische SOPs)</p> <p>Seit dem OPS Version 2005 sind für die Seitenangabe die gleichen Zusatzkennzeichen wie in der ICD-10-GM anzuwenden und an den OPS-Code anzufügen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • R für rechts • L für links • B für beidseitig <p>Diese Zusatzkennzeichen sind für Prozeduren an paarigen Organen oder Körperteilen (Augen, Ohren, Nieren, Extremitäten etc.) verpflichtend und in der OPS Version 2022 mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.</p> <p>Hinweis: Diagnostische OPs, die keinen kurative Ansatz haben (z.B. PE als operativer Eingriff) sind nicht meldepflichtig.</p> <p>Textbausteine vom Leistungserbringer dürfen in OPS Codes umdokumentiert werden.</p> <p>Link: OPS Version 2022 https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2022/block-5-01...5-05.htm#code5-03</p>
Bezeichnung	Übernahme	Automatische Übernahme der Bezeichnung nach Eingabe des OPS-Code. Bitte prüfen.
Bezeichnung (unter OPS Code)	Textfeld	<p>Automatische Übernahme der Bezeichnung des 1. OPS-Code</p> <p>Im Falle mehrerer OPS-Schlüssel <u>muss</u> und bei einer sehr langen Bezeichnung kann eine kurze prägnante Zusammenfassung aus allen relevanten OPS Schlüssel bzw. eine Kürzung der Bezeichnung erfolgen. Der Eintrag in diesem Feld erscheint in der Übersicht „Vorhandene Daten“ und im Gesamtbericht.</p>
OP-Bereich ○ Primärtumor ○ Lymphknoten ○ Metastasen	Auswahl-felder	<p><i>Hinweis: kein ADT-Basisdatensatz aber Pflichtfeld</i></p> <p>Jeden Bereich mit ja / nein / Rezidiv / unbekannt kennzeichnen</p> <p>Dokumentation einer Rezidiv-OP mit zusätzlicher Entnahme von LK:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Primärtumor: Rezidiv

<ul style="list-style-type: none"> ○ Nachresektion ○ Rev.-OP ○ Sonstiges 		<ul style="list-style-type: none"> ○ Lymphknoten: Rezidiv (bei Verdacht auf LK-Rezidiv – sofern bekannt) ○ Lymphknoten: unbekannt (wenn keine Angaben vorliegt) <p>Bei diagnostischen OPs ist der ebenfalls der tatsächliche OP-Bereich auszuwählen und nicht „Sonstiges“.</p>
Intention	Auswahlfeld	<p>Die Intention gibt an, mit welchem Ziel die Operation geplant wurde. Diese Angabe kann nur vom Melder geliefert werden. Liegt keine Angabe vor und ist die Datenlage eindeutig, soll dieses Merkmal ergänzt werden.</p> <p>Kurative OPs beginnen mit 5-.. im Gegensatz zu 1-.. bei diagnostischen OPs. OPs mit einem OPS-Code 5-.. können aber auch diagnostisch sein und werden dokumentiert, wenn diese gemeldet werden. Dies betrifft insbesondere:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Polypektomie ○ TUR-B ○ TUR-P ○ Lymphadenektomie ○ Pleurektomie ○ Keilresektion ○ Tumorexzision
R-Klassifikation global	Auswahlfeld	<p>Gesamtbeurteilung der Residualklassifikation der Erkrankung einschließlich etwaiger Fernmetastasen zum aktuellen (OP-)Datum. (Das Feld muss nicht nach jedem Therapieschritt befüllt werden, aber mindestens nach Abschluss der Primärtherapie).</p> <p>Wenn keine Angabe vorliegt: leer lassen Wenn X angegeben ist: X übernehmen</p>
R-Klassifikation Suffix	Textfeld	<p>Dieser Suffix beschreibt eine Sonderform der R1-Klassifikation. Er wird nur dann eingetragen, wenn kein invasiver Tumor incl. intraepithelialer Neoplasien mehr nachweisbar ist und die einzigen Reste des Tumors entweder in-situ-Reste oder cytologische Reste sind. Der Suffix wird in das separate Feld eingetragen. Auf welche „Lokalisation“ sich diese Angabe bezieht, wird über das Feld „Lokalisation d. Residualtumors“ geregelt (s.u., meist lokale Reste)</p> <p>R1 is = In-Situ-Rest eingetragen wird: is R1 cy+ = Cytologischer Rest eingetragen wird: cy+</p>
R-Klassifikation lokal	Auswahlfeld	<p>Lokale Beurteilung der Residualklassifikation nach Resektion, bezieht sich auf das, was Reseziert wurde, meist Primärtumor und dessen Lymphknoten</p> <p>Bei fehlender R-Klassifikation auf der OP-Meldung kann der lokale R-Status aus der OP-Histo übernommen werden (sofern vorhanden).</p> <p>RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden (Angabe vom Pathologen) U = Residualtumorstatus ist nicht bekannt (Angabe vom Melder)</p>
Lokalisation d. Residualtumors	Auswahlfeld	<p>Dieses Feld ist nur zu befüllen, wenn andere R-Klassifikationen als „R0“ vorliegen. Es wird der passende Begriff aus der Schlagwortliste ausgewählt (lokal, Fernmetastasen, beides). Sollte mit diesem Feld nicht ausreichend darstellbar sein, wo sich die Tumorreste befinden, muss zusätzlich ein Verlaufs angelegt werden mit spezifischer Angabe des Tumorstatus zu Primärtumor, Lymphknoten und/oder Fernmetastasen (siehe auch Abschnitt 12.1).</p>
Komplikationen	Auswahlfeld	<p>Gibt an, ob eine oder keine Komplikation aufgetreten ist, bzw. wenn eine aufgetreten ist welche.</p>
- global	Auswahlfeld	<p>Es muss nur aktiv „nein“ oder „unbekannt“ ausgewählt werden. „Ja“ trägt sich bei Ausfüllen einer Komplikation von selbst ein.</p>
- Code	Auswahlfeld	<p>Beschreibung und Freitext ergänzen sich nach Auswahl des Codes automatisch. Den passenden Code auswählen, falls dieser aus dem Freitext eindeutig erkennbar ist. Ist die angegebene Komplikation in der Auswahlliste nicht vorhanden, bitte entsprechend der ICD-10-GM Kodierung ergänzen: https://www.icd-code.de/icd/code/T80-T88.html</p>
Erfassung abgeschlossen	Auswahlfeld	<p>„ja“ = wenn alle Angaben vorliegen, die erwartet werden</p>
Untermaske: TNM - siehe Ausführungen zum TNM im Kapitel „Dokumentation von Klassifikationen“		

10. Dokumentation einer Strahlentherapie

Maske: Strahlentherapie (Kurzfassung)		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Tumor	Auswahlfeld	Tumorzuordnung einstellen/prüfen (bei Mehrfachtumoren)
Dok Datum	Datum	Beginn Datum der Bestrahlung
Genauigkeit Datum	Auswahl- liste	Tag = tagesgenau, oBDS „exakt“ Monat = monatsgenau, d.h. Tag geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 15 oder 01. zu setzen, wenn dadurch z.B. die Datumshierarchie verletzt würde. Jedes Datum ist möglich. Jahr = jahresgenau, d.h. Monat geschätzt). Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 01.07. des angegebenen Jahres zu setzen, jeder passende Monat (Monat vor Meldeanlass) ist möglich. unbekannt = vollständig geschätzt
Bezeichnung	Auswahl- liste	Manuelle Eingabe
Bereich Bestrahlung <ul style="list-style-type: none"> • Primärtumor / -rezidiv • reg. Lymphknoten / -rezidiv • Fernmetastasen • sonstiges 	Auswahl- felder	Hinweis: kein ADT-Basisdatensatz aber Pflichtfeld Jeden Bereich mit ja / nein / Rezidiv / unbekannt kennzeichnen, sofern der Bereich eindeutig aus der Meldung hervorgeht
Stellung in Behandlung	Auswahlfeld	Gibt an, in welchem Bezug die Bestrahlung zu einer operativen Therapie steht. O = ohne Bezug zu einer operativen Therapie A = adjuvant (postoperativ, R0) N = neoadjuvant I = intraoperativ Z = additiv (postoperativ, R1/2) S = Sonstiges
Therapie-intention	Auswahlfeld	Gibt an, mit welcher Intention die Strahlentherapie geplant wurde. K = kurativ P = palliativ O = lokal kurativ bei Oligometastasierung (begrenzte metastasierte Situation) S = Sonstiges X = keine Angabe
(Teil-) Bestrahlung	Auswahl- felder	Automatische Übernahme der Bezeichnung bzw. F9 oder Doppelklick für Übernahme der obigen Bezeichnung nach manueller Ergänzung
vom – bis	Datumsfeld	Datum Therapiebeginn – Therapieende
Datums-genauigkeit	Auswahlfeld	Tag = tagesgenau, oBDS „exakt“ Monat = monatsgenau, d.h. Tag geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 15 oder 01. zu setzen, wenn dadurch z.B. die Datumshierarchie verletzt würde. Jedes Datum ist möglich. Jahr = jahresgenau, d.h. Monat geschätzt). Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 01.07. des angegebenen Jahres zu setzen, jeder passende Monat (Monat vor Meldeanlass) ist möglich. unbekannt = vollständig geschätzt
Zielgebiete	Auswahlfeld	Gibt an, an welcher anatomischen Region die Bestrahlung durchgeführt wurde. Hinweis: Bitte den neuen Zielgebietsschlüssel nach oBDS 3.0 beachten. (siehe Anhang F)

Seite Zielgebiet	Auswahlfeld	
Applikationsart	Auswahlfeld	Gibt an, mit welcher Technik die Strahlentherapie durchgeführt wurde. <u>Hinweis:</u> Bitte die aktualisierten Ausprägungen nach oBDS 3.0 beachten. Im Anhang F ist eine Übersicht, welche Therapien mit welcher Applikationsart durchgeführt werden.
Strahlenart	Auswahlfeld	Angewandte Strahlenart.
Neue Teilbestrahlung	Eingabefelder	Immer wenn eine Angabe wechselt (Zielgebiet, Dosis, Applikationsart, Strahlenart, Zeitraum), ist eine neue Teilbestrahlung anzulegen.
Gesamtdosis	Eingabefeld numerisch	Gibt an, mit welcher Gesamtdosis das Zielgebiet bestrahlt wurde (inklusive Boost). Numerisch mit der Benennung Gy, GBq, MBq oder kBq (Einheit in Feld „Einheit“)
Einzeldosis	Eingabefeld numerisch	Gibt an, mit welcher Einzeldosis (<u>häufigste Dosis</u> , ohne Boost) pro Tag das Zielgebiet bestrahlt wurde. Numerisch mit der Benennung Gy, GBq, MBq oder kBq (Einheit in Feld „Einheit“)
Boost	Auswahlfeld	Angabe, ob ein Boost eingerechnet und falls ja, welche Art von Boost appliziert wurde. J = ja, mit Boost o. n. A. SIB = simultan integrierter Boost SEQ = sequentieller Boost KON = konkomanter Boost N = nein, ohne Boost
Nebenwirkungen	Auswahlfeld	Erfassung von sogenannten akute Nebenwirkungen bis zum 90. Tag nach Therapiebeginn nein = keine Nebenwirkungen 1 maximal = Nebenwirkungen mit Grad 1 2 maximal = Nebenwirkungen mit Grad 2 ja = Nebenwirkungen mit Grad 3-5 unbekannt = keine Angabe zu Nebenwirkungen
Art der Nebenwirkungen (+)	Auswahlfeld	Art der Nebenwirkungen nach CTCAE oder MedDRA-Code. Falls Nebenwirkungen mit Grad 3-5 aufgeführt sind, angegebene Nebenwirkungen in der Untermaske incl. Gradangabe auswählen.
Grad der Nebenwirkungen	Auswahlfeld	Nebenwirkungen nach CTCAE-Grad Gibt an, zu welchem Schweregrad von Nebenwirkungen es bei der Bestrahlung gekommen ist. Hier vorbelegt und zu dokumentieren sind nur Grad 3-5. K = keine 1 = mild 2 = moderat 3 = schwerwiegend 4 = lebensbedrohlich 5 = tödlich U = unbekannt
Vorgehen	Auswahlfeld	Gibt den Grund an, warum die Strahlentherapie beendet wurde → ggfs. aus dem Text herauslesen E = reguläres Ende F = Zieldosis erreicht mit Unterbrechung >=3 Kalendertage A = Abbruch wegen Nebenwirkungen P = Abbruch wegen Progress S = Abbruch aus sonstigen Gründen V = Patient verweigert weitere Therapie T = Patient verstorben U = unbekannt
Dok.-Status	Auswahlfeld	„Erfass. abgeschlossen“ = wenn alle Angaben vorliegen, die erwartet werden

11. Dokumentation von systemischen / internistischen Therapien

Bei systemischer Therapie werden zwei meldepflichtige Ereignisse unterschieden: Der Behandlungsbeginn und das Behandlungsende einer systemischen Therapie.

Hierbei ist zu beachten, dass nur eine tatsächlich durchgeführte Therapie meldepflichtig ist. Die Therapieplanung ist unabhängig davon über die Meldung zur Tumorkonferenz zu übermitteln.

Bei einmaligen Therapien, die nur an einem Tag stattfinden, ist nur eine Meldung erforderlich.

Bei multimodalen Therapien ist jede Therapieform (Operation, Systemische Therapie, Strahlentherapie) separat zu übermitteln (siehe Dokumentationsbeispiele "Multimodale Therapie").

Maske: Systemische / Internistische Therapie (Kurzfassung)		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Tumor	Auswahlfeld	Tumorzusammenstellung einstellen/prüfen (bei Mehrfachtumoren)
Therapieart	Auswahlfeld	Gibt an, welche Art der Therapie bzw. abwartende Strategie durchgeführt wurde. CH = Chemotherapie HO = Hormontherapie IM = Immun-/Antikörpertherapie ZS = zielgerichtete Substanzen CI = Chemo- + Immun-/Antikörpertherapie CZ = Chemotherapie + zielgerichtete Substanzen CIZ = Chemo- + Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen IZ = Immun-/Antikörpertherapie + zielgerichtete Substanzen SZ = Stammzelltransplantation (inklusive Knochenmarktransplantation) AS = Active Surveillance WS = Wait and see WW = Watchful Waiting SO = Sonstiges
Protokoll	Auswahlfeld	Nur Angabe des Protokollnamens in der üblichen Abkürzung. Es besteht kein Anlass die Medikamente an dieser Stelle zusätzlich mit aufzuführen, wenn kein Hinweis auf eine inhaltliche und/oder zeitliche Verschiebung des Protokolls vorliegt. Folgende <u>Abweichungen vom Protokoll</u> können vermerkt sein und müssen entsprechend dokumentiert werden: <ul style="list-style-type: none"> • Absetzen eines Medikamentes ab einem benannten Zyklus: Bemerkungsfeld befüllen und "R= reguläres Ende mit Dosisreduktion" dokumentieren. • Reduzierung der Dosis für ein Medikament ab einem benannten Zyklus: Bemerkungsfeld befüllen und "R= reguläres Ende mit Dosisreduktion" dokumentieren. • Austausch eines Medikamentes (gleiche Medikamentengruppe): Bemerkungsfeld befüllen und „W= reguläres Ende mit Substanzwechsel“ dokumentieren • Wechsel des Protokolls oder eines Medikamentes (andere Medikamentengruppe): Grund des Therapieendes erfassen → Abbruch wegen Nebenwirkungen (A) oder wegen Progress (P) oder sonstiger Abbruchgrund (S) und neues Therapiedokument anlegen (Vergütungsoptionen beachten). Bei fehlenden genauen Datumsangaben bitte plausible monatsgenaue Angaben wählen. <u>Hinweis</u> : Glucokortikoide, Analgetika, Antiemetika hier nur angeben, wenn sie fester Bestandteil des Protokolls sind, nicht als Zusatzmedikation.
Medikamente	Auswahlfeld	Gibt an, mit welcher Substanz die Systemtherapie durchgeführt wurde. Es wird nur der Wirkstoff erfasst und nicht mehr der Handelsname.
Stellung in Behandlung	Auswahlfeld	Gibt an, in welchem Bezug die systemische Therapie zu einer operativen Therapie steht. Hinweis: Bei additiver Therapie ist A=adjuvant zu verwenden.
Intention	Auswahlfeld	Gibt an, mit welcher Intention die systemische Therapie geplant wurde.

Komb. m. Radioth.	Auswahlfeld	Angabe, ob diese systemische/internistische Therapie mit einer Bestrahlung kombiniert ist
Prim/Rez	Auswahlfeld	Angabe, ob der Primärtumor oder das Rezidiv therapiert wird
vom – bis	Datumfeld	Datum Therapiebeginn – Therapieende
Datums- genauigkeit	Auswahlfeld	Tag = tagesgenau, oBDS „exakt“ Monat = monatsgenau, d.h. Tag geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 15 oder 01. zu setzen, wenn dadurch z.B. die Datumshierarchie verletzt würde. Jedes Datum ist möglich. Jahr = jahresgenau, d.h. Monat geschätzt). Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 01.07. des angegebenen Jahres zu setzen, jeder passende Monat (Monat vor Meldeanlass) ist möglich. unbekannt = vollständig geschätzt
Bezeichnung	Übernahme	automatischer Eintrag (siehe Protokoll)
Neben- wirkungen	Auswahlfeld	Erfassung von sogenannten akute Nebenwirkungen bis zum 90. Tag nach Therapiebeginn nein = keine Nebenwirkungen 1 maximal = Nebenwirkungen mit Grad 1 2 maximal = Nebenwirkungen mit Grad 2 ja = Nebenwirkungen mit Grad 3-5 unbekannt = keine Angabe zu Nebenwirkungen
Art der Neben- wirkungen (+)	Auswahlfeld	Art der Nebenwirkungen nach CTCAE oder MedDRA-Code. Falls Nebenwirkungen mit Grad 3-5 aufgeführt sind, angegebene Nebenwirkungen in der Untermaske incl. Gradangabe auswählen.
Grad der Neben- wirkungen	Auswahlfeld	Nebenwirkungen nach CTCAE-Grad Gibt an, zu welchem Schweregrad von Nebenwirkungen es bei der Therapie gekommen ist. Hier vorbelegt und zu dokumentieren sind nur Grad 3-5. (K = keine / 1 = mild / 2 = moderat) 3 = schwerwiegend 4 = lebensbedrohlich 5 = tödlich U = unbekannt
Ende	Auswahlfeld	Grund Therapieende E = reguläres Ende = die Therapie konnte so durchgeführt werden, wie sie geplant war bzw. wie das Protokoll es vorsieht. Beispiel: 6 #Carboplatin/Taxol, 6#Folfox-4, 4#Cisplatin/Gemcitabin - in voller Dosis und in voller Zyklenanzahl. R = reguläres Ende mit Dosisreduktion = Zahl der Zyklen/Therapiedauer wurde erreicht, aber mit reduzierter Dosis. Ein oder mehrere Substanzen wurden reduziert verabreicht, im Maximalfall ganz weggelassen. Häufig vorkommendes Beispiel: Dosisreduktion auf 75%, ab dem x. Zyklus ohne Carboplatin W = reguläres Ende mit Substanzwechsel Beispiel: Cisplatin/Vinorelbin, nach 2 Zyklen Wechsel auf Carboplatin/Vinorelbin → Insgesamt selten vorkommend Achtung: Reguläres Ende mit Substanzwechsel ist nicht für die Situation vorgesehen, in der die Wirksamkeit der Therapie durch die Hinzunahme weiterer Substanzen gesteigert werden soll. In dieser Situation soll die erste Therapie beendet („Abbruch wegen Progress“ oder „sonstiger Abbruchgrund“ bei nur unzureichendem Ansprechen) und eine neue begonnen werden. Dadurch stellen sich (für die Auswertung) auch die „Therapielinien“ dar. A = Abbruch wegen Nebenwirkungen P = Abbruch wegen Progress S = Abbruch aus sonstigen Gründen V = Patient verweigert weitere Therapie T = Patient verstorben U = unbekannt
Erfassung abgeschlossen	Auswahlfeld	„ja“ = wenn alle Angaben vorliegen, die erwartet werden

Dokumentation von Best supportive Care

Best supportive Care (z.B. Schmerztherapie und künstliche Ernährung) wird für alle Patienten dokumentiert, wenn diese Therapie aktiv gemeldet wird. Im Regelfall findet bei diesen Patienten keine andere Therapie mehr statt und man weiß durch die Aufnahme der Therapie, dass eine Therapiemeldung nicht vergessen wurde.

BSC-Meldungen werden als Systemtherapie dokumentiert. Als Therapieart ist „Sonstige“, und als Intention „palliativ“ auszuwählen.

12. Dokumentation von Verlaufsmeldungen

Im Folgenden sind die Dokumentationsrichtlinien für die Meldung des Tumorstatus während und nach Therapieende und für die Statusmeldungen im weiteren Krankheitsverlauf aufgeführt.

12.1 Statusmeldung während einer Therapie

Statusmeldungen während einer Therapie sind im Regelfall im Zusammenhang mit einem Progress zu erwarten, der eine Therapieänderung zur Folge haben kann (aber nicht muss). Jede neue Art des Progresses/Rezidives wird als Statusänderung dokumentiert.

Statusmeldungen ohne Änderung während einer Therapie sind nicht zu erwarten, werden aber als aktive Meldung ebenfalls aufgenommen und dokumentiert.

12.2 Statusmeldung zum Tumorstatus nach OP

Der Tumorstatus nach einer OP ist entsprechend der Meldepflicht Bestandteil der OP-Meldung und wird mit Hilfe der Residualklassifikation (R-Status) in der OP-Maske erfasst. Es wird differenziert zwischen Residualklassifikation lokal (Primärtumor, ggf. auch regionäre Lymphknoten) und global (ganzer Patient). Falls nicht bei beiden Feldern R0 angegeben wird, muss eingetragen werden, wo sich der Resttumor befindet. Dies geschieht mit Hilfe des Feldes „Lokalisation des Residualtumors“. Damit kann nach „Lokoregionär“, „Fernmetastasen“ oder „Beides“ aufgeschlüsselt werden. Immer dann, wenn mit diesen Möglichkeiten der Dokumentation in der OP-Maske nicht genau darstellbar ist, wo sich noch Tumorreste befinden, muss ein Verlauf angelegt werden. Der Verlauf wird aus der OP-Maske heraus angelegt.

Wird der Tumorstatus lokal und global mit R0 angegeben, muss kein Verlauf zum Status nach Therapieende angelegt werden – unabhängig davon, ob eine weitere adjuvante Therapie folgt.

Wird der Tumorstatus bei einem metastasierten Fall lokal mit R0 und global mit R2 angegeben, muss kein Verlauf zum Status nach Therapieende angelegt werden. Das Feld „Lokalisat. d. Residualtu.“ wird auf „Fernmetastasen“ gestellt, damit ist der Sachverhalt klar.

Beispiele für Verläufe nach OP:

- Primärtumor vollständig reseziert, aber Lymphknotenmetastase im Schnittrand.
- OP von Metastasen, da sich hierbei das Feld „lokal“ auf die operierte singuläre Metastase, bzw. die operierte Metastasenregion bezieht.

12.3 Statusmeldung zum Tumorstatus nach Bestrahlung oder systemischen/internistischen Therapien

Der posttherapeutische Tumorstatus nach einer Bestrahlung oder systemischen/internistischen Therapie kann nicht unmittelbar nach Therapieende eingeschätzt werden und muss später separat als Verlaufsmeldung gemeldet werden.

Für die Dokumentation des posttherapeutischen Tumorstatus nach einer Bestrahlung oder einer systemischen/internistischen Therapie muss ein Verlauf angelegt werden (ausgenommen bei vorangegangener RO-Resektion). Steht die Meldung eindeutig im Zusammenhang mit dem Therapieende wird der Verlauf mit dem Therapiedokument verknüpft. Geht die erste Statusmeldung zeitlich unabhängig vom Therapieende ein (erfolgt z.B. 1 Jahr nach Abschluss der Chemotherapie eine Verlaufsmeldung vom niedergelassenen Arzt), dann erfolgt keine Verknüpfung mit einer Therapie.

12.4 Statusmeldung Jährliche Kontrolluntersuchung

Ab dem 01.01.2023 besteht eine Meldepflicht für die kalenderjährliche Kontrolluntersuchung in den ersten fünf Jahren nach Diagnosestellung (Primärtumor oder Statusänderung) bzw. nach Abschluss der Primärbehandlung oder nach Abschluss der Rezidiv-Therapie, wenn die Durchführung der Kontrolluntersuchung nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft geboten war.

- Der **erste Meldezeitpunkt** für diesen Meldeanlass entsteht im Folgejahr (aber >3 Monate):
 - nach Erstdiagnosestellung oder Ende der Primärtherapie
 - und nach Rezidiv- oder Metastasendiagnostik oder Ende der Rezidiv- oder Metastasenentherapie
- Die kalenderjährliche Kontrolluntersuchung ist auch ein Meldeanlass unter laufender Langzeittherapie/Erhaltungstherapie.
- Für diesen Meldeanlass ist der nachsorgende Arzt verantwortlich. Er führt alle, im Umfang der Leitlinien, vorgesehenen Untersuchungen durch oder veranlasst diese und bespricht das Ergebnis mit dem Patienten. (z. B. Gynäkologe, Urologe, Onkologe, Dermatologe usw. – ggf. auch der Hausarzt). Grundsätzlich nicht meldepflichtig sind Radiologen, Labormediziner und Strahlentherapeuten.
- Eine Statusmeldung, die die genannten Kriterien für eine jährliche Statusmeldung erfüllt, wird einmal pro Jahr **vergütet**.

Hinweis: Die Jährliche Kontrolluntersuchung ist nicht abhängig vom Tumorstatus nach Ende der Therapie bzw. muss keine Vollremission vorliegen.

Die jährliche Kontrolluntersuchung bezieht sich auf das erreichte therapeutische Ergebnis, dies kann sein:

- die kalenderjährliche Meldung zur Tumorfreiheit im Sinne von „anhaltender Vollremission“ *oder*
- ein unveränderter Tumorstatus im Sinne von „nach wie vor Tumorreste vorhanden aber keine Änderung die einen Therapiewechsel begründet (= stable disease)“

Hinweis: TUR-B im Rahmen einer kalenderjährlichen Kontrolluntersuchung

Jede TUR-B und die kalenderjährliche Nachsorge kann vergütet werden wenn:

- die Meldungen von unterschiedlichen Leistungserbringern erfolgte
- der Abstand zwischen OP und Kontrolluntersuchung <4 Wochen beträgt

12.5 Weitere Statusmeldungen im Verlauf der Erkrankung ohne Statusänderung

Ist eine Statusmeldung für **die jährlichen Kontrolluntersuchung** erfolgt, bedarf es für dieses Kalenderjahr keiner weiteren Statusmeldung ohne Änderung.

Achtung: Die Angabe des Tumorstatus muss immer stimmig zur letzten Statusmeldung bzw. zum Status nach Therapieende sein.

„No change“ (= keine Änderung) bedeutet keine wesentliche Änderung in Bezug auf das Tumorgeschehen bei vorhandenen Tumorresten. „No change“ ist in keinem Fall bei bestehender Vollremission zu verwenden.

12.6 Statusmeldungen mit einer Statusänderung

Für die Meldung einer Statusänderung wird ein Verlauf mit der Kennzeichnung „Statusänderung“ angelegt. Zu einer Statusänderung zählt auch das Auftreten von Nebenwirkungen ab Grad 3 (ab 90 Tage nach Therapieende).

Bitte beachten:

Die Dokumentation eines Lokalrezidivs setzt voraus, dass

1. vorher Tumorfreiheit bestand (R0 nach OP oder Verlaufsmeldung mit „Vollremission“ oder „kein Tumor nachweisbar“ bei Primärtumor) oder
2. explizit ein Lokalrezidiv oder
3. ein rTNM gemeldet wird

Die Dokumentation eines Lymphknotenrezidivs setzt voraus, dass

1. vorher hinsichtlich der Lymphknoten Tumorfreiheit bestand (R0 nach OP oder „kein Lymphknotenbefall nachweisbar“) oder
2. explizit ein Lymphknotenrezidiv gemeldet wird

Die Dokumentation von „neu aufgetretenen Metastasen bzw. einem Metastasenrezidiv“ setzt voraus, dass

1. bisher keine Fernmetastasen diagnostiziert waren oder
2. wenn nach Therapie keine Fernmetastasen mehr nachweisbar waren und jetzt erneut Metastasen aufgetreten sind. (In diesem Fall gibt es keine zeitlichen Einschränkungen).

→ Das heißt: Die Dokumentation von „neu aufgetretenen Metastasen bzw. einem Metastasenrezidiv“ gilt jetzt nur noch für Situationen in denen die Metastasen **aus bestehender Metastatenfreiheit** (primär oder nach Therapie – unabhängig von der Lokalisation der Metastase) diagnostiziert wurden.

Anmerkung: Wird innerhalb von 92 Tagen nach Diagnose eine Fernmetastase diagnostiziert, wird diese Metastase der Diagnose zugeordnet (primär metastasiert, M1).

Erfolgt die Meldung eines Rezidives oder einer Metastase allein auf der Grundlage eines histologischen OP-/Autopsiebefundes oder einer Therapiemeldung (d.h. ohne Verlaufsmeldung „Statusänderung“), wird zusätzlich zu der zu dokumentierende OP/Therapie bzw. dem zu dokumentierenden Tod ein fiktiver Verlauf des Progresses angelegt. Das Datum wird einen Tag vor Datum der OP/Therapiebeginn bzw. einen Tag vor Todesdatum gesetzt. Die durchführende Abteilung ist die meldende Abteilung der OP/Therapie bzw. unbekannt. Bitte darauf achten, dass das Datum des fiktiven Verlaufs nicht tagesgenau, sondern monatsgenau angegeben ist.

12.7 Tabellarische Übersicht zur Dokumentation von Statusmeldungen

Maske: Verlaufsdaten (Kurzfassung)		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Tumor	Auswahlfeld	Tumorzuordnung einstellen/prüfen (bei Mehrfachtumoren)
Datum der Beurteilung	Datum	angegebenes Datum der Untersuchung auf der Verlaufsmeldung (1. Wahl) <i>oder</i> Unterschriftsdatum der Meldung (2. Wahl) Bei histologischer Sicherung eines Progresses: Entnahmedatum (1. Wahl) <i>oder</i> Eingangsdatum des Befundes in der Patho (2. Wahl) Bei Sicherung einer Metastase: Diagnosedatum der Metastase
Datums- genauigkeit	Auswahlfeld	Tag = tagesgenau, oBDS „exakt“ Monat = monatsgenau, d.h. Tag geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 15 oder 01. zu setzen, wenn dadurch z.B. die Datumshierarchie verletzt würde. Jedes Datum ist möglich. Jahr = jahresgenau, d.h. Monat geschätzt). Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 01.07. des angegebenen Jahres zu setzen, jeder passende Monat (Monat vor Meldeanlass) ist möglich. unbekannt = vollständig geschätzt
Bezeichnung	Auswahlfeld	Jährliche Kontrolluntersuchung: auszuwählen bei Vorlage einer jährlichen Kontrolluntersuchung bis maximal 5 Jahre nach dem letzten tumorbezogenen Ereignis Statusmeldung: auszuwählen, wenn ein Verlauf mit einem Tumorstatus angelegt wird, der inhaltlich dem zuvor dokumentierten Tumorstatus entspricht. D.h. auch eine erste Verlaufsmeldung mit „Vollremission“ nach einer OP mit R0 ist eine Statusmeldung ohne Änderung. Statusänderung: auszuwählen, wenn sich der Tumorstatus geändert hat (z.B. nach Therapie oder bei Auftreten eines Progresses nach Vollremission) Spät-NW/Folgeerkrankung: auszuwählen bei Auftreten von Nebenwirkungen ab 90 Tage nach Therapieende. Es sind manuelle Ergänzungen des Auswahlfeldes möglich, z.B. Lokalisation (PT, LK, Met).
Anlaß der Erfassung	Auswahlfeld	Muss nicht befüllt werden – befüllt sich automatisch
Die Angabe des Tumorstatus muss immer stimmig zur letzten Statusmeldung bzw. zum Status nach Therapieende sein. Unplausible Meldungen bitte beim elektronischen Import hinterfragen und einen Eintrag im Textfeld „Beurteilung“ machen.		
Gesamt- beurteilung	Auswahlfeld	Hinweis: Das alte P = Progression wird jetzt aufgespalten in P = Progression (Fortschreiten der Erkrankung) und Y = Rezidiv nach Tumorfreiheit V = Vollremission (complete remission, CR) T = Teilremission/mindestens 50 % Rückgang des Tumors (partial remission, PR) objektive Verkleinerung eines messbaren Tumors um 50% oder mehr ohne Nachweis neuer Manifestationen K = Keine Änderung (no change, NC) = objektiv keine wesentliche Änderung der Tumorgröße (Verkleinerung um weniger als 50% oder geringe Zunahme um weniger als 25%) P = Progression = Fortschreitendes Wachstum bestehender Tumorareale (um 25% oder mehr) und/oder Neuauftreten anderer Tumormanifestationen während der Behandlung. D = Divergentes Geschehen = An einem Tumormanifestationsort Voll- oder Teilremission, an einem anderen Manifestationsort aber keine Änderung oder Progression. B = Klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR) R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr) Y = Rezidiv (jedes Wiederauftreten der Erkrankung nach vorheriger kompletter klinischer Tumorfreiheit – biochemisches Rezidiv, Lokalrezidiv und/oder Metastasierung) U = Beurteilung unmöglich X = Fehlende Angabe

		Achtung: „no change“ (= keine Änderung) bedeutet keine wesentliche Änderung in Bezug auf das Tumorgeschehen bei vorhandenen Tumorresten. „No change“ ist in keinem Fall bei bestehender Vollremission zu verwenden.
Primärtumor	Auswahlfeld	<p>Wie vom Arzt angegeben aber bitte immer mit vorangegangener Statusmeldung abgleichen und Plausibilität prüfen</p> <p>Bei fehlender Plausibilität und elektronischen Meldungen über den Telefonhörer rückfragen.</p> <p>K = Kein Tumor nachweisbar T = Tumorreste (Residualtumor) = objektive Verkleinerung des Primärtumors mind. 50% P = Tumorreste Residualtumor Progress = Fortschreitendes Wachstum bestehender Tumorareale (um 25% oder mehr) N = Tumorreste Residualtumor No Change – objektiv keine wesentliche Änderung der Tumorgroße (Verkleinerung um weniger als 50% oder geringe Zunahme um weniger als 25%) R = Lokalrezidiv = Wiederauftreten des Primärtumors (<i>keine mögliche Beurteilung nach Therapieende</i>) F = Fraglicher Befund U = Unbekannt X = Fehlende Angabe</p> <p><u>Hinweis zur Dokumentation eines Rezidives bei Systemerkrankungen:</u> Detailbeurteilung in den Kategorien TNM sind bei Systemerkrankungen nicht sinnvoll, hier reicht die Gesamtbeurteilung – neuer Status ‚Y‘ bei Rezidiv.</p>
Lymphknoten	Auswahlfeld	<p>Wie vom Arzt angegeben aber bitte immer mit vorangegangener Statusmeldung abgleichen und Plausibilität prüfen</p> <p>Bei fehlender Plausibilität und elektronischen Meldungen über den Telefonhörer rückfragen.</p> <p>K = Kein Lymphknotenbefall nachweisbar R = Neu aufgetretenes Lymphknotenrezidiv T = Bekannter Lymphknotenbefall Residuen = Reste/Auffälligkeiten P = Bekannter Lymphknotenbefall Progress = erneutes Wachstum N = Bekannter Lymphknotenbefall No Change = keine Änderung F = Fraglicher Befund U = Unbekannt X = Fehlende Angabe</p>
Metastasen	Auswahlfeld	<p>Wie vom Arzt angegeben aber bitte immer mit vorangegangener Statusmeldung abgleichen und Plausibilität prüfen. Treten innerhalb von 30 Tagen Metastasen verschiedener Lokalisation auf, werden diese in einem Verlauf erfasst – außer die Meldungen erfolgen von verschiedenen Meldern.</p> <p>Bei fehlender Plausibilität und elektronischen Meldungen über den Telefonhörer rückfragen.</p> <p>K = Keine Fernmetastasen nachweisbar R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv (aus Metastasenfreiheit) T = Fernmetastasen Residuen = Reste/Auffälligkeiten P = Fernmetastasen Progress = weiteres Wachstum (Zunahme an Zahl oder Größe) N = Fernmetastasen No Change = keine Änderung F = Fraglicher Befund U = Unbekannt X = Fehlende Angabe</p> <p><u>Hinweise:</u> M = verbliebene Fernmetastase(n) ist entfallen, dafür jetzt ‚T‘ verwenden. R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv gilt jetzt nur noch für Situationen in denen die Metastasen aus bestehender Metastasenfreiheit (primär oder nach Therapie – unabhängig von der Lokalisation der Metastase) diagnostiziert wurden. P = Gilt jetzt für jeglichen Progress von Metastasen (neue Herde gleicher Lokalisation, neue Lokalisation) , wenn zuvor keine Metastasenfreiheit bestand.</p>
Neues Tumorstadium	Auswahlfeld	<p>Wenn eine aktuelle Klassifikation zur Statusmeldung vorliegt, diese bitte in der Untermaske (...) dokumentieren. Das gemeldete TNM wird übernommen, wenn es plausibel ist (bitte prüfen). Ein T wird nicht eingegeben, wenn nur ein rM1 gemeldet ist.</p>

Neu Histologie	Auswahlfeld	Wenn eine aktuelle Histologie zur Statusmeldung vorliegt, diese bitte in der Untermaske (...) Histologie dokumentieren
Folgeerkrankung	Auswahlfeld	Zu Nutzen im Falle einer Nebenwirkung 90 Tage nach Therapieende: Auf die Pünktchen hinter Folgeerkrankung klicken, eine Untermaske öffnet sich. Dort den Button „NW-Profil“ anklicken, dann öffnet sich eine Maske zur Nebenwirkungsdokumentation. Passende Nebenwirkung auswählen, darauf achten, dass die Auflage „C4“ verwendet wird. (Diese Einträge werden oben in der Liste angezeigt, nach rechts scrollen, um die Auflage zu überprüfen).
Leistungs- zustand	Auswahlfeld	Erfassung des posttherapeutischen Leistungszustandes bzw. Erfassung des Leistungszustandes im Verlauf der Erkrankung
Erfassung abgeschl.	Auswahlfeld	„ja“ = wenn alle Angaben vorliegen, die erwartet werden

13. Dokumentation einer Therapieablehnung

Eine Therapieablehnung wird als Verlauf dokumentiert. In der Untermaske Therapiekonzept sind die genauen Angaben zur Ablehnung zu dokumentieren.

Maske: Verlaufsdaten (Kurzfassung)		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Tumor	Auswahlfeld	Tumorzuordnung einstellen/prüfen (bei Mehrfachtumoren)
Datum der Beurteilung	Datum	wie vom Arzt angegeben (Untersuchungsdatum = 1. Wahl) oder Unterschriftsdatum der Meldung
Datums- genauigkeit	Auswahlfeld	Tag = tagesgenau, oBDS „exakt“ Monat = monatsgenau, d.h. Tag geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 15 oder 01. zu setzen, wenn dadurch z.B. die Datumshierarchie verletzt würde. Jedes Datum ist möglich. Jahr = jahresgenau, d.h. Monat geschätzt). Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 01.07. des angegebenen Jahres zu setzen, jeder passende Monat (Monat vor Meldeanlass) ist möglich. unbekannt = vollständig geschätzt
Bezeichnung	Auswahlfeld	Therapieablehnung
Anlaß der Erfassung	Auswahlfeld	Es erfolgt der automatische Eintrag: „Behandlungsphase abgeschlossen“
Untermaske: Therapiekonzept		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Therapie- abweichung	Auswahlfeld	„ja“ auswählen
Typ Therapie- empfehlung und dazugehörige Auswahlfelder	Auswahlfeld	Typ der abgelehnten Therapie auswählen (Mehrfachauswahl möglich) und das zur Therapie zugehörige Auswahlfeld (mittige) auf „A = abgelehnt“ setzen.
Bemerkung	Textfeld	Ggfs. detaillierten Grund für die Ablehnung erfassen, sofern bekannt

Achtung: Wird eine allgemeine Therapieablehnung übermittelt, muss und kann die Untermaske „Therapiekonzept“ nicht befüllt werden. Hier bitte nur den Verlauf "Therapieablehnung" anlegen und im Anmerkungsfeld unter "Bearbeiten" den vorbelegten Eintrag "Therapie allg./unspez." auswählen.

Hinweis: Die Ablehnung weiterer Diagnostik wird wie gehabt in die Übersicht „Vorhandene Daten“ im Feld „Anmerkungen“ erfasst (sofern bekannt).

14. Dokumentation Tod

Maske: Abschlußdaten (Kurzfassung)		
Merkmal	Ausprägung	Anmerkungen
Datum der letzten Info	Datumsfeld	Sterbedatum
Sterbedatum	Datum	Ein exaktes (taggenaues) Datum ist anzugeben.
Datums- genauigkeit	Auswahlfeld	<p>Tag = tagesgenau, oBDS „exakt“</p> <p>Monat = monatsgenau, d.h. Tag geschätzt. Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 15 oder 01. zu setzen, wenn dadurch z.B. die Datumshierarchie verletzt würde. Jedes Datum ist möglich.</p> <p>Jahr = jahresgenau, d.h. Monat geschätzt). Es ist nicht mehr erforderlich, auf den 01.07. des angegebenen Jahres zu setzen, jeder passende Monat (Monat vor Meldeanlass) ist möglich.</p> <p>unbekannt = vollständig geschätzt</p>
Tumor- zuordnung	Auswahlfeld	<ul style="list-style-type: none"> • Der Abschluss muss einem Tumor zugeordnet sein. • Die „0“ darf generell nicht vergeben werden. • Bei Tod tumorbedingt muss der angegebene Tumor ausgewählt werden. • Bei Patienten mit Mehrfachtumoren und unbekannter Todesursache oder keiner Entscheidungsmöglichkeit für einen Tumor bei mehreren Tumoren bitte den Bezug zum letzten meldepflichtigen (Warnung) Tumor herstellen.
Grund	Auswahlfeld	Tod des Patienten
Tod tumorbedingt	Auswahlfeld	<p>J = Ja, die Person ist an einer Tumorerkrankung oder Folge einer Tumorerkrankung (einschließlich Behandlungskomplikation) verstorben.</p> <p>N = Nein, die Person ist nicht an einer Tumorerkrankung oder Folge einer Tumorerkrankung (einschließlich Behandlungskomplikation) verstorben.</p> <p>U = unbekannt.</p>
Todes- ursachen	Auswahlfeld	<p>Todesursache im Sinne des Grundleidens (laut oBDS)</p> <p>ICD Code auswählen ICD Code auswählen</p>
Erfg. abgesch.	Auswahlfeld	„ja“ = wenn alle Angaben vorliegen, die erwartet werden

Anhang A: Liste der zu meldenden Diagnosen (Auflistung ICD-10-GM-Codes)

Nach §65c SGB V für die klinische Registrierung zu erfassende Erkrankungen

gültig ab 01.01.2023

ICD-10-GM-Code	Bezeichnung
C00.0-C96.9	Bösartige Neubildung → außer C77.- bis C79.- siehe ergänzende Hinweise → C44.- sofern es sich um einen Fall entsprechend den Festlegungen zum nicht-melanozytären Hautkrebs handelt*.
D00.0-D09.9	In-situ-Neubildungen → außer D04.- <i>Hinweis: Bitte die ICD-10 D06 für die Übermittlung der CIN II (M8077/2 in 2. Rev. der ICD-O3) an das klinische Krebsregister nutzen.</i>
D32.0	Gutartige Neubildung der Hirnhäute
D32.1	Gutartige Neubildung der Rückenmarkshäute
D32.9	Gutartige Neubildung der Meningen, nicht näher bezeichnet
D33.0	Gutartige Neubildung des Gehirns, supratentoriell
D33.1	Gutartige Neubildung des Gehirns, infratentoriell
D33.2	Gutartige Neubildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet
D33.3	Gutartige Neubildung der Hirnnerven
D33.4	Gutartige Neubildung des Rückenmarks
D33.7	Gutartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Teile des Zentralnervensystems
D33.9	Gutartige Neubildung des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
D35.2	Gutartige Neubildung der Hypophyse
D35.3	Gutartige Neubildung des Ductus craniopharyngealis
D35.4	Gutartige Neubildung der Epiphyse
D39.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Ovars
D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Harnblase
D42.-	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der Meningen
D43.	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems
D44.3	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der endokrinen Drüsen: Hypophyse
D44.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der endokrinen Drüsen: Ductus craniopharyngealis
D44.5	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens der endokrinen Drüsen: Epiphyse
D45	Polycythaemia vera
D46.-	Myelodysplastische Syndrome
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit
D47.3	Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie
D47.4	Osteomyelofibrose
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles-Syndrom]

Ergänzende Erläuterungen und Hinweise:

Der ICD-Code ist grundsätzlich als Viersteller zu kodieren, das heißt mit einer Stelle nach dem Punkt (z. B. „C50.2“). Ist keine entsprechende Subkategorie im ICD-Code laut DIMDI-Katalog vorhanden, so ist die Kodierung als Dreisteller (d.h. ohne Punkt) vorzunehmen (z. B. „C20“). Eine Kodierung als Fünfsteller, das heißt mit zwei Stellen nach dem Punkt, ist nicht vorgesehen.

1. Sekundäre bösartige Neubildungen (**C77.- bis C79.-**) werden nicht als gesonderte Diagnose, sondern als Metastase des jeweiligen Primärtumors (ICD-10 C00.0 – C96.9) dokumentiert.
2. Neubildungen mit Metastasen und unbekanntem Primärsitz (**CUP**) sollen als **C80.0** kodiert werden.
Ausnahme: HNO-CUP → 8070/6 pN+ → **C76**
3. Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen (**C97**) sind separat zu kodieren.
4. Neubildungen unsicheren und unbekanntem Verhaltens (**D37-48**) sollten nur in den definierten Ausnahmefällen (s. Tabelle) einbezogen werden. Die Ausnahmen betreffen das ZNS, bestimmte lymphatische, blutbildende oder verwandte Gewebe sowie die Borderline-Tumoren des Ovars (D39.1) und die Neubildungen unsicheren und unbekanntem Verhaltens der Harnblasentumore (D41.4).

Anhang B: Prognostisch-ungünstige Hauttumore

Nr.	Morphologie-code ICD-O3 (2. Rev.)	Bezeichnung
Plattenepithelkarzinome: mit T3-4 oder N1-3 oder M1		
1	8050/3	Papilläres Karzinom o.n.A.
2	8051/3	Verruköses Plattenepithelkarzinom
3	8052/3	Papilläres Plattenepithelkarzinom
4	8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
5	8071/3	Verhornendes Plattenepithelkarzinom o.n.A./Keratoakanthom
6	8072/3	Großzelliges nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom o.n.A.
7	8073/3	Kleinzelliges nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom
8	8074/3	Spindelzelliges Plattenepithelkarzinom/sarkomatöses Plattenepithelkarzinom
9	8075/3	Adenoides Plattenepithelkarzinom/Akantholytisches Plattenepithelkarzinom
10	8076/3	Mikroinvasives Plattenepithelkarzinom
11	8078/3	Plattenepithelkarzinom mit Hornbildung
12	8082/3	Lymphoepitheliales Karzinom
13	8083/3	Basaloides Plattenepithelkarzinom
14	8084/3	Klarzelliges Plattenepithelkarzinom
Weitere Histologien (ohne Einschränkungen)		
15	8030/3	Riesenzell- und Spindelzellkarzinom
16	8031/3	Riesenzellkarzinom
17	8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.
18	8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
19	8140/3	Adenokarzinom o.n.A.
20	8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
21	8230/3	Solides Karzinom o.n.A.
22	8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
23	8247/3	Merkel-Zell-Karzinom
24	8390/3	Adnexales Adenokarzinom NOS, Schweißdrüsenkarzinom, Ekkrines Karzinom
25	8400/3	Schweißdrüsenadenokarzinom
26	8402/3	Hidradenokarzinom
27	8403/3	Spiradenokarzinom
28	8407/3	Mikrozystisches adnexales Karzinom, sklerosierendes Schweißdrüsenkarzinom
29	8409/3	Porokarzinom
30	8410/3	Talgdrüsenkarzinom
31	8480/3	Muzinöses Karzinom der Haut
32	8542/3	extramammärer Morbus Paget
33	8560/3	Adenosquamöses Karzinom der Haut, squamoid eccrines ductales Carcinoma
34	8800/3	Sarkom o.n.A.
35	8801/3	Spindelzellsarkom
36	8802/3	Pleomorphes dermales Sarkom
37	8804/3	Epitheloidsarkom

38	8810/3	Fibrosarkom o.n.A.
39	8811/3	Myofibrosarkom
40	8814/3	Infantiles Fibrosarkom
41	8825/3	Myofibroblastisches Sarkom
42	8830/3	Fibröses Histiozytom
43	8832/3	Fibrosarkomatöses Dermatofibrosarcoma protuberans
44	8854/3	Pleomorphes Liposarkom
45	8858/3	Entdifferenziertes Liposarkom
46	8890/3	Leiomyosarkom o.n.A.
47	8940/3	maligner gemischter Tumor
48	9044/3	Klarzellsarkom
49	9120/3	Hämangiosarkom
50	9133/3	Epitheloides Hämangioendotheliom
51	9364/3	Ewing-Sarkom, Peripherer Neuroektodermaler Tumor
52	9540/3	Maligner peripherer Nervenscheidentumor, MPNST
53	9561/3	Maligner peripherer Nervenscheidentumor mit rhabdomyoblastischer Differenzierung, maligner Tritontumor, MPNST
54	9580/3	Maligner Granularzelltumor

Anhang C: Übersicht paarige Organe

Hinweis: Die Seitenangabe bei Haut,-HNO- und Hirntumoren kann optional erfasst werden, wenn diese vom Melder angegeben ist.

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

In Bezug auf paarige Organe ist weiterhin geregelt, dass bei einem beidseitigen Befall bei gleicher Histologie beide Tumoren separat als Neuerkrankung zu registrieren sind. Dies gilt nicht:

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

Anhang D: Histologiegruppen

Tabelle 6-2. Gruppen von Malignomen nach Morphologien der ICD-O-3, 1. Revision, die bei der Definition von multiplen Primärtumoren als histologisch „unterschiedlich“ angesehen werden [LARC2004, NCT2017].

Gruppe	Morphologiecode (ICD-O-3, 1. Revision)
Karzinome	
1. Plattenepithel- und Übergangsepithelkarzinome	8051-8084, 8120-8131
2. Basaliome	8090-8110
3. Adenokarzinome	8140-8149, 8160-8163, 8190-8221, 8260-8337, 8350-8552, 8570-8576, 8940-8941
4. Andere spezifische Karzinome	8030-8046, 8150-8156, 8158, 8170-8180, 8230-8255, 8340-8347, 8560-8562, 8580-8671
(5.) Nicht näher bezeichnete Karzinome	8010-8015, 8020-8022, 8050
6. Sarkome und Weichteiltumoren	8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373, 9540-9582
7. Mesotheliome	9050-9055
Tumoren des hämatopoetischen und lymphatischen Gewebes	
8. Myeloisch	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-Lymphome	9650-9667
12. Mastzelltumoren	9740-9742
13. Histiozytome und akzessorische lymphatische Zellen	9750-9759
(14.) Nicht näher bezeichnete Arten	9590-9591, 9596, 9727, 9760, 9800-9801, 9805, 9820, 9832, 9835, 9860, 9960, 9970, 9971, 9975, 9989-9992
15. Kaposi-Sarkome	9140
16. Andere näher bezeichnete Krebsarten	8720-8790, 8930-8936, 8950-8983, 9000-9030, 9060-9110, 9260-9365, 9380-9539
(17.) Nicht näher bezeichnete Krebserkrankungen	8000-8005
Gruppen mit in Klammern stehender Nummer sind unspezifisch und gelten daher nicht als unterschiedlich zu anderen spezifischen Gruppen: – Karzinome der Gruppe 5 unterscheiden sich nicht von den Gruppen 1 bis 4. – Hämatopoetische und lymphatische Tumoren der Gruppe 14 unterscheiden sich nicht von den Gruppen 8 bis 13. – Ungenau bezeichnete Tumoren der Gruppe 17 unterscheiden sich nicht von allen anderen Gruppen.	

Anhang E: TNM-Klassifikation, Grading (G) und weitere erforderliche Klassifikationen

Diese Übersicht ist nach meldepflichtigen Erkrankungen entsprechend der [ICD-10-GM Codierung](#) sortiert. Das Übersichtsverzeichnis ist interaktiv. Meldepflichtigen Erkrankungen, bei denen keine Angaben zum TNM und/oder Grading (G) erforderlich sind, sind farblich gekennzeichnet.

Übersicht

C00-C14	Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx.....	48
C15-C26	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane	48
C30-C39	Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe	50
C40-C41	Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenkknorpels	50
C43	Bösartiges Melanom der Haut	51
C45-C49	Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes	51
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma].....	53
C51-C58	Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane	53
C60-C63	Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane	53
C64-C68	Bösartige Neubildungen der Harnorgane	54
C69-C72	Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns u. sonstiger Teile des Zentralnervensystems	54
C73-C75	Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen	54
C76-C80	Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sek. u. nicht näher bez. Lokalisationen	55
C81-C96	Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet	55
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen	56
D00-D09	In-situ-Neubildungen	57

C00-C14 Bösartige Neubildungen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx

Für alle Tumore aus dem HNO-Bereich mit der Histologie eines Karzinoms (siehe Anhang C Histologiegruppen) ist ein TNM und das Grading anzugeben.

Für Melanome in diesem Bereich gibt es weder T1/2 noch die Stadien I/II und ein Grading ist nicht vorgesehen.

Bei den Speicheldrüsen haben die großen (Gl. Parotis, submandibularis und sublingualis) eine eigene TNM-Klassifikation (TNM S. 64).

.8/.9-Lokalisationen werden nicht berücksichtigt, daher keine Stadienbildung.

Oropharynx Tumore haben bei positivem p16-Status ein anderes Staging als p16-neg. Tumore. Wenn der Status nicht bekannt ist, wird p16-Negativität angenommen und dokumentiert (TNM S. 39). P16 ist unter Untersuchungen einzutragen und erst dann das Stadium zu generieren.

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C00.-	C00.-	Lippe	Karzinom	c/p	ja	nein
C01	C01.9	Zungengrund	Karzinom	c/p	ja	nein
C02.-	C02.-	Zunge	Karzinom	c/p	ja	nein
C03.-	C03.-	Zahnfleisch	Karzinom	c/p	ja	nein
C04.-	C04.-	Mundboden	Karzinom	c/p	ja	nein
C05.-	C05.-	Gaumen	Karzinom	c/p	ja	nein
			Kaposi-Sarkom	-	nein	nein (M9140/3)
C06.-	C06.-	Mund	Karzinom	c/p	ja	nein
C07	C07.9	Parotis	Karzinom	c/p	ja	nein
C08.-	C08.-	Speicheldrüsen	Karzinom	c/p	ja	nein
C09.-	C09.-	Tonsille	Karzinom	c/p	ja	nein
C10.-	C10.-	Oropharynx	Karzinom	c/p	ja	nein
C11.-	C11.-	Nasopharynx	Karzinom	c/p	ja	nein
C12	C12.9	Sinus piriformis	Karzinom	c/p	ja	nein
C13.-	C13.-	Hypopharynx	Karzinom	c/p	ja	nein
C14.-	C14.-	Sonstiger Sitz an Lippe, Mundhöhle und Pharynx	Maligne Tumoren	-	nein	nein

C15-C26 Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane

Gastrointestinalen Stromatumoren (GIST) werden mit der zweiten Revision der ICD-O3 als maligne invasive Tumore mit dem Behaviorcode /3 ausgewiesen, sind meldepflichtig und finden sich in der 8. Auflage des TNM bei den Weichteilsarkomen (TNM S. 167-170):

Das Grading bei den GIST richtet sich nach der Mitoserate. Es wird hier nur zwischen einer niedrigen (<=5/50 HPF) und einer hohen Mitoserate (>5) unterschieden.

Es gibt eine Stadieneinteilung für GIST des Magens inkl. GIST des Omentums (S. 169) und eine weitere Stadieneinteilung für Dünndarm, die gleichzeitig auch für Oesophagus, Kolon, Rektum und Mesenterium gilt (TNM S. 170).

Die gut differenzierten Karzinoide sind als gut differenzierte NET (**N**euro**e**ndokrine **T**umoren) des Gastrointestinaltraktes klassifizierbar (Grading G1-G2) (TMN. 8.Aufl., S. 130-139).

Die schlecht differenzierten Karzinoide, NEC (**N**euro**e**ndokrine **K**(**C**)arzinome), (G3: >20Mitosen/10HPF, Ki67>20), werden nach Kriterien der Klassifikationen für Karzinome klassifiziert (TMN. 8.Aufl., S. 130).

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C15.-	C15	Ösophagus	PEC	c/p	ja	nein
			Adenokarzinome	c/p	ja	nein
			GIST	c/p	ja	nein
C16.-	C16.0	Kardia o.n.A.	PEC	c/p	ja	nein
			Adenokarzinome	c/p	ja	nein
			GIST	c/p	ja	nein
	C16.1 – C16.9	Magen	Karzinome und NEC (G3)	c/p	ja	nein
			NET (G1-G2)	c/p	ja	nein
			GIST	c/p	ja	nein
C17.-	C17	Dünndarm	Karzinome und NEC (G3)	c/p	ja	nein
			NET (G1-G2)	c/p	ja	nein
			GIST	c/p	ja	nein
C18.-	C18.1	Appendix vermiformis	Adenokarzinome	c/p	ja	nein
			NET (G1-G2)	c/p	ja	nein
	C18.0 C18.2 – C18.9	Kolon	Karzinome und NEC (G3)	c/p	ja	nein
			NET (G1-G2)	c/p	ja	nein
			GIST	c/p	ja	nein
	C19	C19.9	Rektosigmoidaler Übergang <i>Bitte nur, wenn es so gemeldet wird, verwenden!</i>	Karzinome und NEC(G3)	c/p	ja
NET (G1-G2)				c/p	ja	nein
GIST				c/p	ja	nein
C20	C20.- (.9, 91, 92, 93, 94, 95, 96)	Rektum o.n.A.	Karzinome und NEC (G3)	c/p	ja	Lokalisation wird noch spezifiziert nach Höhe: C20.94: unteres 1/3 (<6cm von Anokutanlinie), C20.95: mittleres 1/3 (>6-12cm ab Anokutanlinie), C20.96: oberes 1/3 (>12-16cm) ⇒ Angabe wird im Zusatzmodul gemeldet ⇒ 91-93 alte Einteilung
			NET (G1-G2)	c/p	ja	
			GIST	c/p	ja	
C21.-	C21.0	Anus o.n.A.	Maligne Tumoren	-	nein	nein
			Melanome	c/p	ja	<u>Exklusive</u> - Anus: > Haut (→ ICD-10 C43.5) > Rand (-Gebiet) (→ ICD-10 C43.5) - Perianalhaut (→ ICD-10 C43.5)
	C21.1	Analkanal	Karzinome	c/p	ja	nein
	C21.2	Kloakenregion	Karzinome	c/p	ja	nein
	C21.8	Rektum, Anus und Analkanal überlappend	Maligne Tumoren	-	nein	Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich
C22.-	C22.0	Leber	HCC	c/p	nein	Barcelona-Klassifikation (BCLC) für HCC Stadium, ECOG, Primärtumor, CHILD-Score für Leberfunktion
	C22.1	Intrahepatische Gallengänge	Karzinome	c/p	ja	Gültigkeit für Histologien S. 111
C23	C23.9	Gallenblase	Karzinome	c/p	ja	nein

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C24.-	C24.0	Extrahepatischer Gallengang (perihilär)	Karzinome	c/p	ja	Klatskin=extrahep. Cholangio-Ca an der Leberpforte Cave: LK Milzhilus und Pankreasschwanz sind M1 Bismuth-Corlette und Jarnagin-Blumgart MSK Klassifikation nicht gefordert
	C24.1	Ampulla Vateri in der Bauchspeicheldrüse gelegen	Karzinome	c/p	ja	nein
	C24.8 C24.9	Gallenwege m.B.ü Gallenwege o.n.A.	Karzinome	-	nein	Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich
C25.-	C25.0 - C25.3 C25.7	Pankreas	Karzinome und NEC (G3)	c/p	ja	nein
			NET (G1-G2)	c/p	ja	Eigenes TNM (TNM S.138) für atyp. + typ. Karzinoide
	C25.4 C25.8, 9	Pankreas-Inselzellen Pankreas, m.B.ü. / o.n.A.	Maligne Tumoren	-	nein	Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich
C26.-	C26	Sonstiger Sitz innerhalb der Verdauungsorgane	Maligne Tumoren	-	nein	Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich

C30-C39 Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C30.-	C30.0	Nasenhöhle	Karzinome	c/p	ja	nein
	C30.1	Mittelohr	Malig. Tumoren	-	nein	nein
C31.-	C31	Nasennebenhöhlen	Karzinome	c/p	ja	nein
C32.-	C32	Larynx	Karzinome	c/p	ja	nein
C33	C33.9	Trachea	Malig. Tumoren	-	nein	nein
C34.-	C34	Bronchus und Lunge	Karzinome (NSCLC + SCLC)	c/p	ja	nein
			NET	c/p	ja	TNM wie Bronchialkarzinome (TNM S. 130)
C37.-	C37.9	Thymus	Karzinome	c/p	ja	nein
			Thymome	c/p	ja	Masaoka-Klassifikation, WHO-Klassifikation für Thymome
			NET	c/p	ja	nein
C38.- (C45.0)	C38.0	Herz	Maligne Tumoren	-	nein	nein
	C38.1 - C38.3	Mediastinum	Sarkome	c/p	ja	nein
	C38.4	Pleura	Karzinome	c/p	ja	nein
			Mesotheliom (C45.0)	c/p	nein	Eigenes TNM (TNM S. 151)
C38.8	m. B. ü.	Maligne Tumoren	-	nein	Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich	
C39.-	C39	Sonstiger Sitz	Maligne Tumoren	-	nein	Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich

C40-C41 Bösartige Neubildungen des Knochens und des Gelenknorpels

Mit Ausnahme von Lymphomen und Myelomen, diese sind dort (eigene Kapitel) zu klassifizieren (TNM-Buch S. 157-162).

Übersetzungstabelle Grading 3 /4 stufig (S. 161), Ewing-Sarkom ist G3/4.

Optional neue Klassifikation nach Enneking.

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C40.-	C40	Extremitäten	Sarkome außer juxtakort. Osteo- & Chondrosarkome	c/p	ja	Kein TNM für - Juxtakortik. Chondrosark. 9221/3 - Juxtakortik. Osteosarkom 9192/3 - High grade OberflächenOsteosarkom 9193/3 Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich
C41.-	C41.0	Hirn- und Gesichtsschädels	Sarkome	c/p	ja	
	C41.1	Mandibula	Sarkome	c/p	ja	
	C41.2	Wirbelsäule	Sarkome	c/p	ja	
	C41.3	Rippen, Sternum, Klavikula und zugehörige Gelenke	Sarkome	c/p	ja	
	C41.4	Beckenknochen, Kreuzbein, Steißbein und zugehörige Gelenke	Sarkome	c/p	ja	
	C41.8	Knochen m.B.ü.	Sarkome	-	nein	
C41.9	Knochen o.n.A.	Sarkome	-	nein		

C43 Bösartiges Melanom der Haut

Hinweis für C43: Exklusive Melanome folgender Lokalisationen

- Lippenrotgrenze (→ C00.0-C00.2)
- Anus o.n.A., wenn nicht die Haut, Rand (-Gebiet) oder Perianalhaut angegeben sind (→ ICD-10 C21.0)
- Genitalorgane (C51-C52, C60.-, C63.-)

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C43.0	C44.0	Äußere Lippenhaut	Melanom	ja	nein	Clark-Levels: I: Melanoma in situ II: Überschreitung der Basalmembran III: Invasion bis an die Grenze zur Netzschicht IV: Invasion in die Netzschicht; V: Invasion in die Subkutis Infiltrationstiefe nach Breslow in mm angeben. Es existieren verschiedene Breslow-Klassifikationen mit unterschiedlichen Gruppierungen je Infiltrationstiefe. Diese Klassifikationen sollen nur für XML-Importe der jeweiligen Melder genutzt werden.
C43.1	C44.1	Augenlid incl. Kanthus	Melanom	ja	nein	
C43.2	C44.2	Ohr und äußerer Gehörgang	Melanom	ja	nein	
C43.3	C44.3	Gesicht	Melanom	ja	nein	
C43.4	C44.4	Kopfhaut und Hals	Melanom	ja	nein	
C43.5	C44.5	Rumpf	Melanom	ja	nein	
C43.6	C44.6	Obere Extremität, Schulter	Melanom	ja	nein	
C43.7	C44.7	Untere Extremität, Hüfte	Melanom	ja	nein	
C43.8	C44.8	Haut m.B.ü	Melanom	ja	nein	
C43.9	C44.9	Haut o.n.A.	Melanom	ja	nein	

C45-C49 Bösartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes und des Weichteilgewebes

Pleuramesotheliom siehe Lunge (TNM-Buch S. 151)

Kein TNM für Kaposi-Sarkom und Sarkome an der harten Hirnhaut, Gehirn, parenchymatöse und Hohlorgane sowie das Angiosarkom.

Bei Knochen-und Weichteiltumoren mit 4-stuf. Grading gibt es eine Überleitungstabelle (TNM S.161).

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C45 Mesotheliom						
C45.1	C48	Peritoneum	Mesotheliome	nein	nein	nein
C45.2	C38.0	Perikard	Mesotheliome	nein	nein	nein
C45.0	C38.4	Pleura	Mesotheliom	ja	nein	
C45.7	C00.0-C80.9	Sonstige Lokalisationen	Mesotheliome		nein	nein

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C45.9	C00.0-C80.9	nicht näher bezeichnet	Mesotheliome		nein	nein
C46 Kaposi-Sarkom [Sarcoma idiopathicum multiplex haemorrhagicum]						
C46.0	C44	Haut	Kaposi-Sarkom	-	nein	nein
C46.1	C49	Weichteile	Kaposi-Sarkom	-	nein	nein
C46.2	C05	Gaumen	Kaposi-Sarkom	-	nein	nein
C46.3	C77	Lymphknoten	Kaposi-Sarkom	-	nein	nein
C46.7	C00.0-C80.9	Sonstige Lokalisationen	Kaposi-Sarkom	-	nein	nein
C46.8	C00.0-C80.9	Mehrere Organe	Kaposi-Sarkom	-	nein	nein
C46.9	C00.0-C80.9	nicht näher bezeichnet	Kaposi-Sarkom	-	nein	nein
C47 Periphere Nerven und autonomes Nervensystem						
C47.0	C47.0	Kopf	Sarkom	c/p	ja	nein
C47.1	C47.1	o. Extremität / Schulter	Sarkom	c/p	ja	nein
C47.2	C47.2	u. Extremität / Hüfte	Sarkom	c/p	ja	nein
C47.3	C47.3	Thorax	Ewing-Sarkom	c/p	G4	nein
C47.4	C47.4	Abdomen	Ewing-Sarkom	c/p	G4	nein
C47.5	C47.5	Becken	Sarkom	c/p	ja	nein
C47.6	C47.6	Stamm	Sarkom	c/p	ja	nein
C47.8	C47.8	Nervensystem m.B.ü.	Sarkom	-	nein	Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich
C47.9	C47.9	Nervensystem o.n.A.	Sarkom	-	nein	Für die TNM-Klassifikation und das Grading ist eine präzise Angabe der Ausgangslokalisierung erforderlich
C48 Retroperitoneum und Peritoneum						
C48.0	C48.0	Retroperitoneum	Sarkom	c/p	ja	nein
C48.1	C48.1	Näher bezeichnete Teile des Peritoneums	Karzinome	c/p	ja	nein
			GIST	c/p	ja	nein
C48.2	C48.2	Peritoneum o.n.A.	Karzinome	c/p	ja	nein
C48.8	C48.8	Retroperitoneum und Peritoneum	Sarkom	-	nein	nein
			andere	-	nein	nein
C49 Bindegewebe, Subkutangewebe und sonstige Weichteile						
C49.0	C49.0	Kopf, Gesicht, Hals	Sarkom	c/p	ja	nein
C49.1	C49.1	o. Extremität / Schulter	Sarkom	c/p	ja	nein
C49.2	C49.2	u. Extremität / Hüfte	Sarkom	c/p	ja	nein
C49.3	C49.3	Thorax	Ewing-Sarkom	c/p	G4	nein
			andere	c/p	G4	nein
C49.4	C49.4	Abdomen	Ewing-Sarkom	c/p	G4	nein
			andere	c/p	G4	nein
C49.5	C49.5	Weichteile des Beckens	Sarkom	c/p	ja	nein
C49.6	C49.6	Weichteile des Stammes o.n.A.	Sarkom	c/p	ja	nein
C49.8	C49.8	Sonstige m.B.ü	Sarkom	-	nein	nein
C49.9	C49.9	Sonstige o.n.A.				

C50 Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C50.-	C50	Brust [Mamma]	Karzinome	c/p	ja	Bei HR+ Luminal A und B im GTDS Ki 67 bei Untersuchung angeben, wenn geliefert
			Sarkome	-	nein	

C51-C58 Bösartige Neubildungen der weiblichen Genitalorgane

Trophoblastische Schwangerschaftstumore (ICD-03 C58) haben ein eigenes TNM (S. 237-239) und kein Grading. Zur Aufnahme der Tumore mit /1 läuft derzeit eine Anfrage bundesweit an die Pathologen.

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C51	C51	Vulva	Karzinome	c/p	ja	FIGO (p)
C52	C52	Vagina	Karzinome	c/p	ja	FIGO (p)
C53	C53	Cervix uteri	Karzinome	c/p	ja	FIGO (c) paraortale LK sind regionär! FIGO verwendet Stadium 0 (pTis) nicht mehr
			Sarkom	c/p	ja	FIGO (p) gilt nicht für Karzinosarkome! S.227
			andere	c/p	ja	FIGO (p)
C54	C54	Corpus uteri	Karzinome	c/p	ja	FIGO (p) TNM/FIGO inkl. Karzinosarkome
			Sarkom	c/p	nein	FIGO (p) - gilt nicht für Karzinosarkome! S.227 - Stad. IC darf nicht für Leiomyosarkome und endometriale Stromasarkome verwendet werden
			andere	c/p	ja	FIGO (p)
C55	C55	Uterus o.n.A.	Karzinome	c/p	ja	FIGO (p)
			andere	c/p	ja	FIGO (p)
C56	C56	Ovar	Invasive Tumore	c/p	ja	FIGO (p) Gültigkeit TNM S.231, gilt auch auch bei Borderline-Tumoren (D39.1)
C57	C57	Sonstige	Karzinome	c/p	ja	FIGO (p)
C58	C58	Plazenta	Chorionkarzinome Invasive Molen Troph. Schwang.tn	c/p	nein	FIGO

C60-C63 Bösartige Neubildungen der männlichen Genitalorgane

TNM-Klassifikation gilt nur für Keimzelltumore des Hodens (S. 249).

Übergangszellkarzinome der Prostata (prostatistische Harnröhre) haben ein eigenes TNM (S.265).

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C60	C60	Penis	Karzinome	c/p	ja	nein
C61	C61	Prostata	Adenokarzinome	c/p	nein	Grading nach Gleason-Score Werden bei den Urethra-Tumoren klassifiziert (S.245, 265)
			Übergangszell-Ca (prostatistische Harnröhre)	c/p	nein	
C62	C62	Testis	Keimzelltumoren	c/p	nein	Serumtumormarker eintragen Lugano (Hoden) IGCCCG (metastasierte) Indiana-Klassifikation (metastasierte)
C63	C63	Sonstige	Maligne Tumoren	-	nein	nein

C64-C68 Bösartige Neubildungen der Harnorgane

TNM gilt nur für Nierenzellkarzinome und Karzinome des Nierenbeckens, Ureters, der Harnblase, der Urethra. Kein TNM bei Papillomen

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C64	C64	Niere	Karzinome	c/p	ja	Optional WHO-ISUP Graduierung für klarzellige und papilläre Nierenzellkarzinome
C65	C65	Nierenbecken	Karzinome	c/p	ja	nein
C66	C66	Harnleiter	Karzinome	c/p	ja	nein
C67	C67	Harnblase	Karzinome	c/p	ja	nein
C68.-	C68.0	Urethra	Karzinome	c/p	ja	nein
	C68.1	Paraurethrale Drüse	Maligne Tumoren	-	nein	nein
	C68.8	Harntrakt m. B. ü.	Maligne Tumoren	-	nein	nein
	C68.9	Harntrakt o.n.A.	Maligne Tumoren	-	nein	Nur falls Ausgangslokalisierung sehr präzise angegeben ist

C69-C72 Bösartige Neubildungen des Auges, des Gehirns und sonstiger Teile des Zentralnervensystems

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C69.-	C69.0	Konjunktiva	Karzinome	c/p	ja	nein
			Melanom	c/p	ja!	Grading TNM S. 277
	C69.1	Kornea o.n.A.	Maligne Tumoren	-	nein	nein
	C69.2	Retina	Retinoblastome	c/p	nein	nein
	C69.3	Choroidea Uvea	Melanom	c/p	nein	
	C69.4	Bulbus (Iris, Ziliarkörper, Uvea)	Melanom	c/p	nein	
	C69.5	Tränendrüse	Karzinome	c/p	nein	TNM ja, aber Stadienbildung z.Zt. nicht empfohlen
	C69.6	Orbita	Sarkome	c/p	ja	TNM ja, aber Stadienbildung z.Zt. nicht empfohlen (S. 289/90)
	C69.8	Auge m.B.ü.	Maligne Tumoren	-	nein	nein
C69.9	Auge o.n.A.	Maligne Tumoren	-	nein	Nur falls Ausgangslokalisierung sehr präzise angegeben ist	
C70	C70	Meningen	Sarkome	-	nein	nein
C71	C71	Gehirn	Tumoren des ZNS	-	nein	WHO-Grading I-IV, Transformation beachten, Seitenangabe optional
C72	C72	Rückenmark, Hirnnerven und sonstige Teile ZNM	Tumoren des ZNS	-	nein	nein

C73-C75 Bösartige Neubildungen der Schilddrüse und sonstiger endokriner Drüsen

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C73	C73.9	Schilddrüse	Karzinome	c/p	nein	nein
C74.-	C74.0	Nebennierenrinde	Karzinome	c/p	nein	nein
	C74.1	Nebennierenmark	Maligne Tumoren	-	nein	nein
	C74.9	Nebenniere o.n.A.		-	nein	nein
C75	C75	Sonstige endokrine Drüsen und verwandte Strukturen	Maligne Tumoren	-	nein	nein
			Benigne Tumoren unsicheren Verhaltens	-	nein	nein

C76-C80 Bösartige Neubildungen ungenau bezeichneter, sekundärer und nicht näher bezeichneter Lokalisationen

Hinweis: Sekundäre bösartige Neubildungen (C77-C79) werden nicht als gesonderte Diagnose, sondern als Metastase des jeweiligen Primärtumors (ICD-10 C00.0 – C96.9) dokumentiert. Neubildungen mit Metastasen und unbekanntem Primärsitz (CUP) sollen als C80.0 kodiert werden.

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C76	C76	Sonstiger Sitz		c/p	ja	
C76.0	C76.0	Unbekannte Primärlokalisation Kopf/Hals (cerv.LK)	Plattenepithel-Karzinome.0	c/p	ja	Bei HNO-CUP gilt: EBV+ => TNM wie Nasopharynx HPV/p16 + => TNM wie Oropharynx EBV + und p16+/- siehe TNM S. 60
C80	C80.9	nicht Kopf/Hals	solide Tumoren	-	nein	nein

C81-C96 Bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, als primär festgestellt oder vermutet

Bei Lymphomen (Hodgkin und Non Hodgkin):

Ann-Arbor oder alternative Alternative (z.B. Lugano), wo beschrieben, verpflichtend

ICD-10	ICD-O-3	Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise	
C81 Hodgkin-Lymphom [Lymphogranulomatose]						
C81.-	Hodgkin-Lymphom	C00.0 bis C80.9	Hodgkin-Lymphome	-	nein	Ann-Arbor-Klassifikation: I,II,III,IV und A,B Lugano (Lymphome) DHSG
C82 Follikuläres Lymphom						
C82.-	Follikuläres Lymphom	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Ann-Arbor-Klassifikation: I,II,III,III1,III2,IV Risikogruppen nach FLIPI-Score (2009): niedrig: Score 0 Punkte; intermediär: Score 1-2 Punkte; hoch: Score 3-5 Punkte
C83 Nicht follikuläres Lymphom						
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom	C42	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Ann-Arbor-Klassifikation: I,II,III,III1,III2,IV Lugano (Lymphome)
		C77	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Ann-Arbor-Klassifikation: I,II,III,III1,III2,IV Lugano (Lymphome)
C83.1	Mantelzell-Lymphom	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Ann-Arbor-Klassifikation: I,II,III1,III2,IV Risikogruppen nach MIPI-Score (2008): niedrig: Score <5,7 Punkte intermediär: Score <5,7-6.1 Punkte hoch: Score ≥6,2 Punkte
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Ann-Arbor-Klassifikation: I,IE,II,IIIE,IIIIE,IV und S,X
C83.5 – C83.9		C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Ann-Arbor-Klassifikation Lugano (Lymphome)
C84 Reifzellige T/NK-Zell-Lymphome						
C84.-	T/NK-Zell-Lymphome	C00.0 bis C80.9	T- und NK-Zell-Neoplasien	-	nein	WHO-Klassifikation: T-PLL, T-LGL, ATLL, NT/TCL, EATL, HSTL, SPTCL, MF, SS, c-ALCL, AITL, ALCL-ALK+/-
C85 Sonstige und nicht näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms						
C85.-	Sonstige NHL	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	nein
C86 Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome						

ICD-10		ICD-O-3	Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
C86.-	Weitere spezifizierte T/NK-Zell-Lymphome	C00.0 bis C80.9	T- und NK-Zell-Neoplasien	-	nein	nein
C88 Bösartige immunproliferative Krankheiten						
C88.0	Makroglobul. Waldenström	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Ann-Arbor-Klassifikation: IV (obligater Knochenmarkbefall)
C88.2 / C88.3		C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	nein
C88.4	MALT-Lymphom	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Paris Staging Lugano (MALT-Lymphom): I, II, II1, II2, IIIE, IV Ann-Arbor: I, 1E, I2E, II1E, II2E, IIIE, IVE
C88.7 / C88.9		C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Ann-Arbor-Klassifikation Lugano (Lymphome)
C90 Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen						
C90.0	Multiples Myelom =Plasmozytom	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	International Staging System (ISS): I, II, III Stadien nach Durie & Salmon: I, II, III
C90.1 – C90.3		C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	nein
C91 Lymphatische Leukämie						
C91.0	Akut [ALL]	C00.0 bis C80.9	Lymphatische Vorläufer-Neoplasien	-	nein	FAB-Klassifikation: L1, L2, L3
C91.1	Chronisch [CLL]	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Stadien nach Binet: A, B, C Stadien nach Rai: 0, I, II, III, IV
C91.3	Prolymphozytäre Leukämie	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	nein
C91.4	Haarzellen-leukämie	C00.0 bis C80.9	B-Zell-Neoplasien	-	nein	Stadien nach Jansen: I,II,III (vor Splenekt.)
C91.5	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/ Leukämie (HTLV-1-assoziiert)	C00.0 bis C80.9	T- und NK-Zell-Neoplasien	-	nein	nein
C91.6	ProlymphozytenLeukämie vom T-Zell-Typ	C00.0 bis C80.9	T- und NK-Zell-Neoplasien	-	nein	
C91.7 – C91.9		C00.0 bis C80.9		-	nein	nein
C92.- Myeloische Leukämie						
C92.0	Akut [AML]	C42	Myeloische	-	nein	FAB-Klassifikation: M0-M6, AML ELN
C92.1	Chronisch [CML], BCR/ABL-positiv	C42	Myeloische	-	nein	Nein, optional CML-Phasen(ID50030) und Hasford-Score
C92.2	Atypisch chronisch BCR/ABL-negativ	C42	Myeloische	-	nein	nein
C92.3 – C92.9		C42	Myeloische	-	nein	nein
C93.0 Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie						
C93.0	Akut	C42	Myeloische	-	nein	FAB-Klassifikation: M0-M6
C93.1 – C93.9		C42	Myeloische	-	nein	nein

C97 Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
Die einzelnen Tumoren sind separat zu kodieren.

D00-D09 In-situ-Neubildungen

HGIEN werden nicht als pTis angegeben und folglich kein Stadium generiert.

Bei den gyn. Malignomen werden intraepitheliale Neoplasien mit Behavoircode /2 im Register aufgenommen (auch selten CIN 2 mit diesem Code). Wenn nur CIN 2 *ohne* M-Code xxxx/2 angegeben wird, werden diese als nicht meldepflichtig verworfen. Wenn CIN 2 *mit* M-Code xxxx/2 angegeben wird, werden diese Neubildungen aufgenommen. Die internationale Klassifizierung in HSIL (= CIN II und CIN III → meldepflichtig) und LSIL (= CIN I → nicht meldepflichtig) ist in Deutschland wenig gebräuchlich. Die intraepithelialen Neoplasien werden nach Grad 1-3 behandelt. Die alleinige Angabe von HSIL ohne Zusatzangabe CIN3, M-Code xxxx/2, T (is)-Klassifikation oder ICD_10-Code mit Dxx.x ist nicht eindeutig, in solchen Fällen Prüfarzt einschalten.

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
D00.- Carcinoma in situ der Mundhöhle, des Ösophagus und des Magens						
D00.0	C00-C14	Lippe, Mundhöhle und Pharynx	Karzinome	c/p	nein	nein
D00.1	C15	Ösophagus	PEC	c/p	nein	nein
			Adenokarzinome	c/p	nein	nein
D00.2	C16	Magen	Karzinome	c/p	nein	nein
D01.- Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane NET des Verdauungstraktes haben kein Tis						
D01.0	C18	Kolon	Karzinome	c/p	nein	Optional WIEN-Klassifikation
D01.1	C19	Rektosigmoid, Übergang (wenn so gemeldet)	Karzinome	c/p	nein	
D01.2	C20	Rektum	Karzinome	c/p	nein	
D01.3	C21	Analkanal und Anus	Karzinome	c/p	nein	nein
D01.4	C17 C18.1	Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Darmes	Karzinome	c/p	nein	nein
D01.5	C22-C24	Leber, Gallenblase und Gallengänge	Karzinome	c/p*	nein	*Leber: kein pTis
D01.7	C25	Pankreas	Karzinome	c/p	nein	nein
D01.9	C26	Verdauungsorgan, nicht näher bezeichnet	Karzinome	-	nein	Nur falls Ausgangslokalisierung sehr präzise angegeben ist
D02.- Carcinoma in situ des Mittelohres und des Atmungssystems						
D02.0	C32	Larynx	Karzinome	c/p	nein	nein
D02.1	C33	Trachea	Maligne Tumoren	-	nein	nein
D02.2	C34	Bronchus und Lunge	Karzinome	c/p	nein	nein
D02.3	C30.1	Mittelohr	Maligne Tumoren	-	nein	nein
	C30.0	Nasenhöhlen	Karzinome	c/p	nein	nein
	C31	Nasennebenhöhlen	Karzinome	c/p	nein	nein
D02.4	C38	Atmungssystem, nicht näher bezeichnet	Maligne Tumoren	-	nein	Nur falls Ausgangslokalisierung sehr präzise angegeben ist
D03.- Melanoma in situ						
D03.0	C44.0	Lippe	Melanome	p	nein	nein
D03.1	C44.1	Augenlid, einschließlich Kanthus	Melanome	p	nein	nein
D03.2	C44.2	Ohr und äußerer Gehörgang	Melanome	p	nein	nein
D03.3	C44.3	Gesicht	Melanome	p	nein	nein
D03.4	C44.4	Kopfhaut und Hals	Melanome	p	nein	nein
D03.5	C44.5	Rumpf	Melanome	p	nein	nein
D03.6	C44.6	obere Extremität, einschließlich Schulter	Melanome	p	nein	nein

ICD-10	ICD-O-3 - Lokalisation		Histologie Gruppen	c/p TNM	G	Klassifikationen / Hinweise
D03.7	C44.7	untere Extremität, einschließlich Hüfte	Melanome	p	nein	nein
D03.8	C44.8 C00-C14	Sonstige Lokalisationen	Melanome	-	nein	nein
D03.9	C44.9	nicht näher bezeichnet	Melanome	-	nein	nein
D04.- Carcinoma in situ der Haut – nicht an das KKRBB meldepflichtig						
D05.- Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]						
D05	C50	Mamma	Karzinome	c/p	ja	WHO DCIS-Grading L, M, H im Feld Grading Bei invasivem Ca und begleit. DCIS nicht erforderlich
D06.- Carcinoma in situ der Cervix uteri						
D06.-	C53	Cervix uteri	Karzinome	c/p	nein	FIGO (c)
			Melanom	p	nein	
D07.- Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Genitalorgane						
D07.0	C54	Endometrium	Karzinome	c/p	nein	FIGO (p)
D07.1	C51	Vulva	Karzinome	c/p	nein	FIGO (p)
			Melanom	p	nein	
D07.2	C52	Vagina	Karzinome	c/p	nein	FIGO (p)
			Melanom	p	nein	
D07.3	C55	Uterus	Karzinome	-	nein	nein
	C56.9	Ovar	Karzinome	-	nein	nein
	C57	Tube	Karzinome	-	nein	nein
D07.4	C60	Penis	Karzinome	c/p	nein	nein
			Melanom	c/p	nein	
D07.5	C61	Prostata	Karzinome	-	nein	nein
			Übergangszell-Ca	c/p	nein	nein
D07.6	C62	Hoden	Keimzelltumoren	c/p	nein	nein
	C63	Sonstige und nicht näher bezeichnete männliche Genitalorgane	Maligne Tumoren	-	nein	nein
D09.- Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bezeichneter Lokalisationen						
D09.0	C67	Harnblase	Karzinome	c/p	ja	L, M, H
D09.1	C64.9	Niere	Karzinome	-	nein	nein
	C65.9	Nierenbecken	Karzinome	c/p	nein	nein
	C66.9	Harnleiter	Karzinome	c/p	nein	nein
	C68.0	Urethra	Karzinome	c/p	nein	nein
	C68.-	Nicht näher bezeichnete Harnorgane	Maligne Tumoren	-	nein	nein
D09.2	C69.0	Konjunktiva	Karzinome	c/p	nein	nein
	C69.0	Konjunktiva	Melanom	c/p	nein	
	C69.1	Kornea o.n.A.	Maligne Tumoren	-	nein	nein
	C69.8	Auge m.B.ü	Maligne Tumoren	-	nein	nein
	C69.9	Auge o.n.A.	Maligne Tumoren	-	nein	nein
D09.3	C73.9	Schilddrüse	Karzinome	-	nein	nein
	C74.0	Nebennierenrinde	Karzinome	-	nein	nein
	C74.1	Nebennierenmark	Maligne Tumoren	-	nein	nein
	C75	Sonstige	Maligne Tumoren	-	nein	nein
D09.7		sonstige Lokalisationen, die nicht anderswo genannt		-	nein	nein
D09.9		Carcinoma in situ, nicht näher bezeichnet	Karzinome	-	nein	nein

Anhang F: Strahlentherapie

<p>Bereich: ZNS</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Ganzhirn (Neurokranium, inklusive Meningen) 1.2 Teilhirn (frontal/parietal/occipital/temporal/Kleinhirn) 1.3 Neuroachse/Rückenmark 1.4 Hypophyse 1.5 Hirn sonstiges 	<p>Bereich: Kopf-Hals</p> <ul style="list-style-type: none"> 2.1 Auge (r, l) 2.2 Nase/Nasennebenhöhle 2.3 Mundhöhle inklusive Mundhöhlenvorhof 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 Kopf-Hals sonstige
<p>Bereich: Thorax</p> <ul style="list-style-type: none"> 3.1 Mamma als Ganzbrust (r, l) 3.2 Mamma als Teilbrust (r, l) 3.3 Thoraxwand, gegebenenfalls r, l 3.4 Lunge (r, l) 3.5 Ösophagus 3.6 Mediastinum (mediastinaler Lymphabfluss ist in Nummer 9 zu kodieren) 3.7 Thymus 3.8 Thorax sonstige 	<p>Bereich: Abdomen</p> <ul style="list-style-type: none"> 4.1 Magen 4.2 Pankreas 4.3 Leber, auch bei Teilbestrahlung 4.4 Milz 4.5 Niere (r, l) 4.6 Nebenniere (r, l) 4.7 Retroperitoneum (z. B. Sarkome) 4.8 Ureter (r, l) 4.9 Bauchwand (z. B. Sarkome) 4.10 Oberbauch 4.11 Gallengänge 4.12 Gallenblase 4.13 Abdomen sonstige
<p>Bereich: Becken (Organe)</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 5.9 Vulva 5.10 Vagina 5.11 Beckenwand 5.12 Becken sonstige 	<p>Bereich: Knochen/Skelettsystem</p> <ul style="list-style-type: none"> 6.1 Schädel 6.2 Schädelbasis 6.3 Orbita (r, l) 6.4 Halswirbelsäule 6.5 Brustwirbelsäule 6.6 Lendenwirbelsäule 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 (r, l) 6.15 Hüfte (r, l) 6.16 Oberschenkel (r, l) 6.17 Unterschenkel (r, l) 6.18 Fuß (r, l) 6.19 Knochen sonstige
<p>Bereich: Bindegewebe (Subkutangewebe, Fettgewebe, Muskeln, anderes Bindegewebe)</p> <ul style="list-style-type: none"> 7.1 Kopf, Gesicht, Hals 7.2 obere Extremität inklusive Schulter (r, l) 7.3 untere Extremität und Hüfte (r, l) 7.4 Thorax 7.5 Abdomen 7.6 Becken 7.7 Stammes o. n. A. 7.8 mehrere Bereiche überlappend 7.9 sonstige Weichteile o. n. A. 	<p>Bereich: Haut</p> <ul style="list-style-type: none"> 8.1 Ganzhaut 8.2 Teilbereiche

<p>Bereich: Lymphabflussregionen und Lymphknoten</p> <p>9.1 Cervikale Lymphknoten (r, l)</p> <p>9.2 Supra-/infraclaviculäre Lymphknoten (r, l)</p> <p>9.3 Axilläre Lymphknoten (r, l)</p> <p>9.4 Retrosternale/sternale/Mammaria interna Lymphknoten</p> <p>9.5 Mediastinale Lymphknoten</p> <p>9.6 Hiläre Lymphknoten (Lungenhilus)</p> <p>9.7 Intraabdominale Lymphknoten (z. B. subphrenisch, perigastrisch, peripankreatisch, Leber-, Milzhilus)</p> <p>9.8 Paraaortale/paracavale Lymphknoten</p> <p>9.9 Retroperitoneale Lymphknoten</p> <p>9.10 Beckenlymphabfluss (r, l) (Iliakal commun, extern, intern, obturatorisch, präsakral)</p> <p>9.11 Inguinale Lymphknoten (r, l)</p> <p>9.12 Involved Node</p> <p>9.13 Involved Site</p> <p>9.14 Involved Field</p> <p>9.15 Sonstige Lymphknoten</p>	<p>Bereich: Spezielle Zielgebiete</p> <p>10.1 Ganzkörperbestrahlung bei allogener Stammzelltransplantation</p> <p>10.2 operative Zugangswege</p> <p>10.3 Sonstige, nicht genannte Zielgebiete</p>
---	--

Erläuterungen

Ein Zielgebiet (in der Strahlentherapie „Zielvolumen“ PTV) ist definiert durch eine genaue Lokalisation*, die Applikationsart, Strahlenart, Einzel- und Gesamtdosis.

*Ggf. Seitenangabe

*bestrahlte Lymphabflussgebiete sind inkl. Seitenangabe gesondert anzugeben

Die Angabe „Primärtumor und lokoregionärer Lymphabfluss“ ist nicht zulässig, der **Lymphabfluss muss vom Radioonkologen** einzeln angegeben werden. Ansonsten ist dieser nachzufragen. Auf keinen Fall die Lymphabstrom-Gebiete aus dem TNM-Buch eintragen.

Bei zusammenhängenden Zielgebieten wie z.B. einer Knochenmetastase mit Weichteilinfiltration oder einem großen Tumor mit Knochenarrosion soll das größere Zielgebiet angegeben werden.

Die Angaben „involved node“ und „involved site“ und „involved field“ sind typ. Zielgebiete bei Lymphomen, insbes. bei M. Hodgkin. Dabei bedeutet involved = das befallene Zielgebiet. Sollte hier ein PET/CT-pos. Lymphknoten bestrahlt worden sein, bitte diesen Begriff bei 9.15 eingeben. Letzteres gilt auch bei Lokalisation solider Tumore unter „sonstiges“.

Bei Schwierigkeiten bei der Zuordnung soll der vom Radioonkologen benutzte Begriff unter sonstiges eingetragen werden.

Perkutane Therapie (Kürzel **P'**) (auch Teletherapie...lange Distanz zwischen Quelle und Körper),

Hier befindet sich die Strahlenquelle in einiger Entfernung vom Körper, die Strahlen dringen über die Haut (per kutan) bis in das Zielgebiet. Dies ist die häufigste Form der Bestrahlung

Spezifiziert wird noch, ob mit oder ohne zusätzliche Chemotherapie (Radiosensitizer):

- **P**erkutan mit Radiochemo./Sensitizer, Kürzel PRCJ (**R**adio**C**hemo**J**a)
- **P**erkutan ohne Radiochemo./Sensitizer, Kürzel PRCN (**R**adio**C**hemo**N**ein)
- Ggf. Zusatz stereotaktisch (**ST**) hohe Einzeldosis, aus allen Winkeln einstrahlend atemgetriggert (**4D**) Bestrahlung in bestimmter Atemphase, z.B. DIBH (in tiefer Einatmung bei MammaCa_Bestrahlung)

Brachytherapie (auch Afterloading, Kontakttherapie...kurze Distanz zwischen Quelle und Körper)

Je nach Platzierung der Applikatoren und Intensität der Strahlung werden verschiedene spezielle Bezeichnungen verwendet:

Art der Applikatoren-Platzierung:

- **Endokavitäre** Kontaktbestrahlung: Bestrahlungsquelle in einer Körperhöhle, z.B. Vagina, Zervix, Bronchien, intraop. Mammabestrahlung
- **Interstitielle** Kontaktbestrahlung: Bestrahlungsquelle durch Applikatoren mitten im Gewebe, z.B. bei Prostata, im HNO-Bereich und bei Metastasen

Aktivität/Strahlungsintensität:

- „HDR“ – **high dose rate** (Hochdosis) - dies ist die häufigere Form der Brachytherapie
Sie wird im sog. Afterloading (=englisch für „Nachlade“)-Verfahren durchgeführt. Hierbei werden Applikatoren direkt an die zu bestrahlende Lokalisation gebracht, anschließend wird eine Strahlenquelle aus einem Speichergerät über Schläuche in die Applikatoren eingefahren, wo sie bis zum Erreichen der verordneten Dosis verbleibt (ca. 8-15 min.). Danach wird die Strahlenquelle in das Speichergerät zurückgefahren, die Applikatoren werden entfernt. Bei interstitiellen Therapien verbleiben sie manchmal für weitere Bestrahlungen in den Folgetagen. Die HDR-Brachytherapie wird häufig mehrfach durchgeführt.
- „LDR“ – **low dose rate** (Niedrigdosis) – derzeit nur bei Prostata-Ca mit niedrigem Risiko
Hierbei werden sog. „Seeds“ (viele kleine Strahlenquellen) operativ in die Prostata eingebracht und verbleiben dort lebenslang. Die Aktivität des Strahlers ist gering (=low dose). Nach jeweils 64 Tagen haben die Seeds die Hälfte ihrer Aktivität abgegeben („Halbwertszeit“). D.h. nach 64 Tagen ist die Hälfte der ursprünglichen Dosis weiterhin aktiv, nach 128 Tagen noch 1/4, nach 192 Tagen noch 1/8 usw. Nach 1 Jahr sind noch ca. 3% der ursprünglichen Dosis aktiv, nach 2 Jahren noch 0,04%. Trotz „low-dose“ liegt die applizierte Gesamtdosis bei ca. 100-140 Gy.
- PDR – pulse dose rate (gepulste Dosisabgabe in bestimmter Frequenz)

Strahlenart

Photonen (Rö, X)= üblich am Linearbeschleuniger, Angaben wie 6MV-X, 12 MMV-X

Elektronen (e⁻) = auch am Linearbeschleuniger, bei oberflächlichen Tumoren, Angaben 3 MeV, 6 MeV

kV- Weichteilstrahl= an Röntgenröhre, kV= kiloVolt, oberflächliche Tumoren mit Pb-Blenden

Protonen = in BB & B nur am Hahn-Meitner-Institut für die Aderhautmelanome, sonst nur wenige Zentren (Dresden, Heidelberg, Marburg, Essen)

Schwerionen = kindliche Tumore, Tumore an der Schädelbasis, Nähe zu besonders strahlensens. Geweben (Heidelberg)

Neutronen = s.o., nicht in BB & B

mixed beams = Kombination aus mehreren Strahlenarten

Endegrund nur bei RT: Zieldosis erreicht mit (ungeplanter Pause) > 3 Kalendertage

Metabolische Therapie

Bei dieser Bestrahlungsform wird eine Strahlungsquelle in die Blutbahn appliziert, sog. „Therapie mit offenen Radionukliden“. Die Anreicherung in bestimmten Körperregionen kann durch die Bindung an spezielle Substanzen (z.B. Jod für die Schilddrüse) und/oder die Beschränkung auf eine Gefäßregion (z.B. durch zusätzliche Embolisation, häufig bei Lebertumoren, -Mts.) erreicht werden.

Applikationsart:

- MRJT: Radiojod-Therapie
- MRIT = Radioimmun-Therapie
MPSMA = PSMA-Therapie
- MSIRT=selektive interne Radio-Therapie
- MRRT = Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie
- M = sonstige metabolische Radionuklidtherapie _____
- S = Sonstiges __

Nuklide: muss vom Nuklearmediziner angegeben werden

Die Aktivität des Nuklids (Zerfälle/sec) beschreibt die Dosis. Daraus ergibt sich die Einwirk- und Isolierungszeit

J-131 = Jod

Ir-192 = Iridium

Sr-89 = Strontium

Ru-106 = Ruthenium (Augenplättchen bei Aderhautmelanom)

Lu-177 = Lutetium (z.B. bei mts. NET = DOTATATE)

Y-90 = Yttrium

Ra-223 = Radium

Ac-225 = Actinium

Sm-153 = Samarium

Tb-161 = Terbium

Co-60 = Cobalt

sonst. Nuklid: _____

Sonstiges

Für Therapien, die nicht in die oben aufgeführten Gruppen eingeordnet werden können. Z.B. ist das Aufbringen von strahlenden Ruthenium-Plättchen beim Aderhautmelanom weder endokavitär noch interstitiell, deshalb kann hier nur das ‚S‘ verwendet werden.

Aber Achtung: Die Protonentherapie beim Aderhautmelanom ist eine perkutane Therapie (Strahlenquelle außerhalb des Körpers).

Übersicht der üblichen Bezeichnungen und zu verwendenden Applikationsarten

Bezeichnung	Kürzel	Auswahlfeld im GTDS
endokavitäre Ther. o.n.Ang.	K	endokavitäre Kontakttherapie
Afterloading Scheidenstumpf	KHDR	endok. Kontaktth. mit HDR
vaginales AL (zur Scheidenstumpfprophylaxe bei Uterus-Ca, bei Vaginal-Ca bzw. Rezidiven)	KHDR	endok. Kontaktth. mit HDR
Brachytherapie Zervix (mit Hülse einlage im Rahmen der definitiven Radiochemotherapie)	KHDR	endok. Kontaktth. mit HDR
Brachytherapie (endobronchial)	KHDR	endok. Kontaktth. mit HDR
Brachytherapie Ösophagus	KHDR	endok. Kontaktth. mit HDR
intraoperative Mammabestrahlung (IORT) (kann je nach Einrichtung K oder P sein, Melderangaben beachten ¹)	KHDR	endok. Kontaktth. mit HDR
	KPDR	endok. Kontaktth. mit PDR
	PRCN	perkutan
interstitielle Ther. o.n.Ang.	I	interstitielle Kontakttherapie
Afterloading Mundboden	IHDR	interst. Kontaktth. mit HDR
Interstitielle Brachytherapie	IHDR	interst. Kontaktth. mit HDR
Brachytherapie Prostata („Seeds“)	ILDR	interst. Kontaktth. mit LDR
Radiojodtherapie	MRJT	Radiojod-Therapie
Radiorezeptortherapie bei neuroendokrinen Tumoren	MPRRT	Peptid-Radio-Rezeptor-Therapie
PSMA	MPSMA	PSAM-Therapie
Radioimmuntherapie	MRIT	Radio-Immun-Therapie (andere, als die speziellen: MRJT, MPRRT, MPSMA).
SIRT (meist Lebertumore, Leber-Mts.)	MSIRT	Selektive interne Radio-Th.
Ruthenium-Brachytherapie (Aderhautmelanom)	S	Pberflächenkontakttherapie LDR
Protonentherapie (Aderhautmelanom)	P	perkutan (Teletherapie)

Dieser Anhang wird bei Bedarf erweitert, dazu bitte alle unklaren Bezeichnungen sammeln.

¹ Mehrere Verfahren möglich: Endokavitäre Kontakttherapie als HDR oder PDR oder perkutane Radiatio mit weichen Röntgenstrahlen im Kilovolt-Bereich (kV), meist ca. 20 Gy. Einrichtungen sind normalerweise auf ein Verfahren spezialisiert. Melderangaben beachten.