Krebsregistermeldung – aber richtig…
Basis-Online-Seminar

Inhalte

- Rechtliche Grundlagen
- Meldepflicht – Wer muss melden?
- Patienteninformation und Widerspruchsrecht
- Unsere Meldewege – Wie kommt die Meldung zu uns?
- ADT/GEKID-Basisdatensatz – Was muss in die Meldung?
- Meldepflichtige Erkrankungen – Welche gehören dazu?
- Meldeanlässe – Wann muss eine Meldung erfolgen?
- Unsere Meldebögen
- Beispielmeldungen
- Kontakt

Rechtliche Grundlagen

- Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister (KFRG) vom 03.04.2013
- Gesetz über Krebsregistrierung im Land Sachsen-Anhalt (KRG LSA) vom 28.09.2017
- Verordnung zur Umsetzung des Krebsregistergesetzes Sachsen-Anhalt vom 17.08.2018
- Nachzulesen unter www.kkr-lsa.de

Meldepflicht
Wer muss melden?

- Alle Ärzt*innen und Zahnärzt*innen in Sachsen Anhalt sind meldepflichtig, wenn sie eine Krebserkrankung diagnostizieren, therapieren, eine Verlaufsuntersuchung (Änderung des Tumorstatus oder eine jährliche Nachsorge) durchführen

- Ambulante Versorgung: Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, MVZ
- Stationäre Versorgung: Krankenhaus mit Krankenhausabteilung

- Patholog*innen und andere Ärzt*innen ohne direkten Kontakt zu Patient*innen sind meldepflichtig, wenn sie eine meldepflichtige Tumorerkrankung histologisch, zytologisch oder labortechnisch sichern

Erstmalige Meldung
Stammdatenblatt und Melder-ID

- Zur korrekten Zuordnung und Abrechnung Ihrer Meldungen benötigen wir das von Ihnen vollständig ausgefüllte Melder-Stammdatenblatt
- Das Formular für MVZ/Niederlassungen bzw. für Krankenhausabteilungen finden Sie unter www.kkr-lsa.de

➢ Nach Eingang Ihres Stammdatenblatts beim KKR LSA erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung mit Ihrer **Melder-ID**

- Teilen Sie uns bitte auch **Änderungen Ihrer Stammdaten** zeitnah über dieses Formular mit

Melder-ID
(Erteilt durch das Register / bei Änderung, wenn bekannt bitte angeben)

KKR KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH

MELDER-STAMMDATENBLATT FÜR MVZ /NIEDERLASSUNGEN

* die Ausfüllhilfe finden Sie unter https://www.kkr-lsa.de/melder/anleitungen-dokumente

Name der Praxis / des MVZ	
Anschrift	
Betriebsstätten-Nr. (BSNR)	
Antragstellende/r Arzt / Ärztin	
Lebenslange Arztnummer (LANR)	
E-Mail und Telefon	
Ausleitung xml-Daten gewünscht	☐ Ja ☐ Nein — Falls eine Ausleitung von xml-Daten gewünscht wird, kontaktieren Sie bitte unsere IT-Abteilung (informatik@kkr-lsa.de)
Bankdaten	
Kontoinhaber	
IBAN	
Name der Bank	

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der dauerhaften Speicherung der oben angegebenen Daten im Klinischen Krebsregister Sachsen-Anhalt gGmbH zu.

bearbeitet durch:
Koordinierungsstelle:
Informatik:
(auszufüllen durch das Register)

Ort | Datum | Unterschrift/ Stempel

Klinische Krebsregister Sachsen-Anhalt gGmbH
Standort Magdeburg
Doctor-Eisenbart-Ring 2 | 39120 Magdeburg | Tel.: 0391 6074540
E-Mail: mail@kkr-lsa.de | Website: www.kkr-lsa.de

Bankverbindung: Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE84 8102 0500 0001 5929 00 | BIC: BFSWDE33MAG
Handelsregister: Stendal HRB 24515 | Steuernummer: 102/108/90497
Geschäftsführer: Dr. Alexander Kluttig, Andreas Wolter

Patienteninformation

- Der*die Patient*in sind vor der Übermittlung der Daten an das KKR LSA über die Meldung zu informieren (§10 Abs. 1 des KRG LSA)
- Patholog*innen und andere Ärzt*innen ohne direkten Patientenkontakt unterliegen nicht der Informationspflicht, müssen jedoch den*die Ärzt*in/Zahnärzt*in in dessen*deren Auftrag sie tätig wurden über die Meldung informieren
- Patienteninformationsblatt unter www.kkr-lsa.de
- **Vermerk auf dem Meldebogen!**

KKR
KLINISCHE KREBSREGISTER
Sachsen-Anhalt gGmbH

PATIENTENINFORMATION
ZUR MELDUNG
an die Klinische Krebsregister Sachsen-Anhalt gGmbH

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre behandelnden Ärztinnen, Ärzte und Gesundheitseinrichtungen sind gem. § 9 Krebsregistergesetz Sachsen-Anhalt vom 28.09.2017 (KRG-LSA) gesetzlich verpflichtet, Informationen zu

IHRER DIAGNOSE, | IHRER BEHANDLUNG, | UND DEM VERLAUF IHRER ERKRANKUNG

personenbezogen an das Klinische Krebsregister Sachsen-Anhalt zu übermitteln und Sie darüber zu informieren.

Widerspruchsrecht

- Jede*r Patient*in hat das Recht gemäß § 12 KRG LSA der Speicherung seiner*ihrer Daten im Landeskrebsregister zu widersprechen
- Der Widerspruch erstreckt sich nicht auf die Daten, die für die bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung (GKR) und die Abrechnung benötigt werden
- Informationen zum Widerspruchsrecht unter www.kkr-lsa.de
- Widerspruch per E-Mail an widerspruch@kkr-lsa.de oder per Post an das KKR LSA

Unsere Meldewege
Wie kommt die Meldung zu uns?

- Das KRG LSA sieht nach § 11 Abs. 3 eine **elektronische Datenübermittlung** vor
- Übermittlung ihrer Daten über unser elektronisches **Datenannahmeportal:**

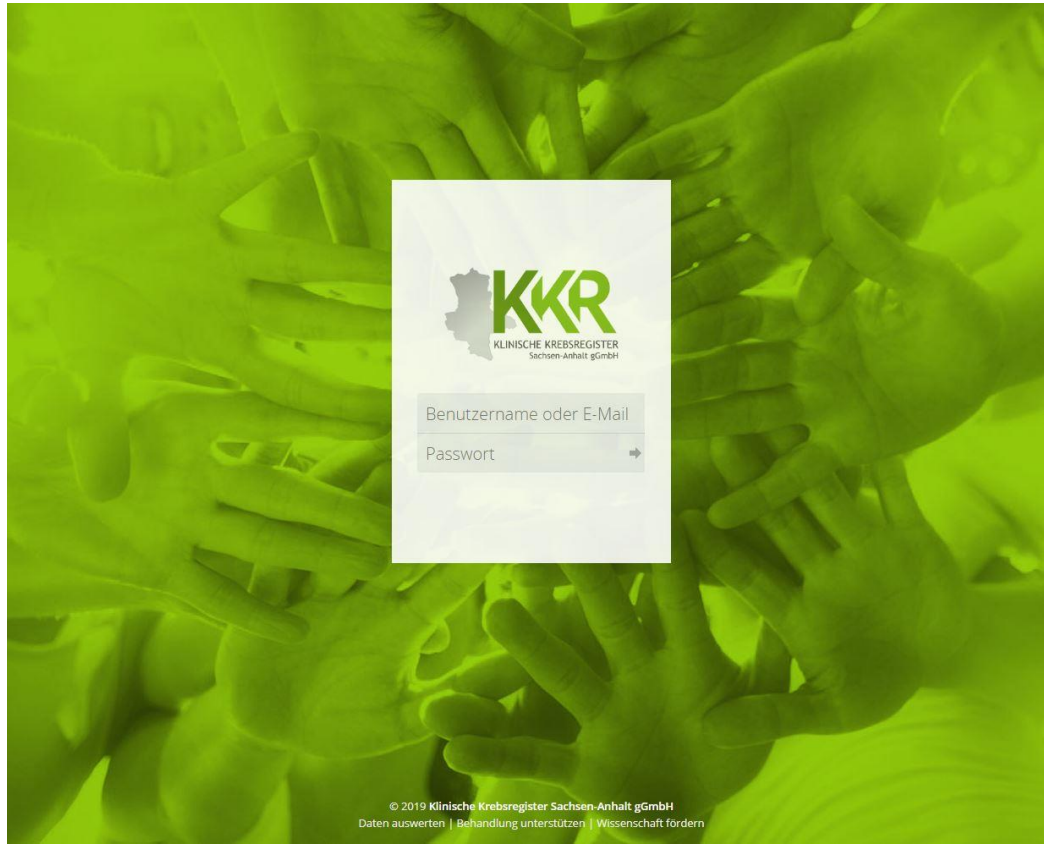
➢ Entweder als **Strukturierte Meldungen in Form von ausgefüllten Meldebögen per PDF-Datei**

➢ Oder als **elektronisch strukturierte Meldung** (ADT-GEKID-**XML**-Schema, Version 2.1-1.0.0), dafür ist eine entsprechende Schnittstelle ist erforderlich!

Unser Datenannahmeportal

- Einfaches Hochladen von PDF- und XML-Dateien
- Nach dem Hochladen sofort verschlüsselt und virengeprüft
- In der Datenhoheit des KKR LSA

➢ https://oc.kkr-lsa.de



Zugang zum Datenannahmeportal

- Sie benötigen:
  - E-Mail-Adresse, mit der Sie melden möchten
  - PC mit Internetzugang
  - Eine Melder-ID
- ➢ Kontaktaufnahme zu unserer Informatikabteilung über support-oc@kkr-lsa.de

- ➢ Sie erhalten eine Begrüßungs-E-Mail mit einer Anleitung und telefonische Unterstützung bei der Einrichtung durch unsere Informatikabteilung

ADT/GEKID-Basisdatensatz
Was muss in die Meldung?

- Nach § 65c Abs. 1 Satz 3 des 5. Sozialgesetzbuches müssen die Meldungen dem ADT/GEKID-Basisdatensatz entsprechen
- Einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID)
- Gilt für alle Krebsarten
- Organspezifische Zusatzmodule
- Aktualisierter Basisdatensatz (publiziert am 12.07.2021 im Bundesanzeiger), Umsetzung dieser Version voraussichtlich ab Herbst 2022
- Nachzulesen unter www.basisdatensatz.de

Meldepflichtige Erkrankungen
Welche gehören dazu?

- Bösartige Neubildungen (C00.0 - C76.8, C80.0 – C96.9, C44)
- In-situ-Neubildungen (D00.0 – D09.09, außer D04)
- Gutartige Neubildungen des ZNS (D32.0 – D33.9, D35.2 – D35.4)
- Neubildungen unsicheren o. unbekannten Verhaltens (D37.0 – D48.9)

- C77, C78 und C79 nicht als Diagnose, sondern als Verlaufsmeldung unter der ICD-10 des Primärtumors melden!

- Nachzulesen unter www.kkr-lsa.de

- Patient muss zum Zeitpunkt des Meldeanlasses ≥ 18 Jahre alt sein

Meldeanlässe
Wann muss eine Meldung erfolgen?

- Diagnose
- Pathologie (Histologie- oder Zytologie-Befund)
- Therapie:
  - Systemische Therapie (Beginn und Ende)
  - Strahlentherapie (Beginn und Ende)
  - OP
- Tumorkonferenz (meldepflichtig, keine Vergütung)
- Verlauf mit Statusänderung (Rezidiv, Progress), Statusmeldung (unauffällige Nachsorge, SD → einmal jährlich)
- Tod

→ **Meldepflichtig ist nur, wer die Leistung des Meldeanlasses erbracht hat!**

→ **Pro Meldeanlass, eine Meldung / ein Meldebogen (ggf. mit organspezifischem Zusatzbogen)**

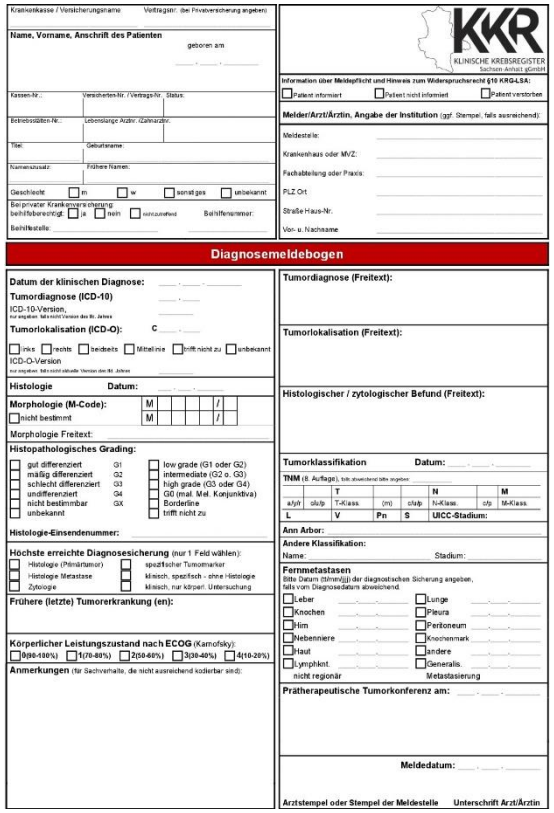
Meldung von nicht-melanot. Hauttumoren
Besonderheiten

- Keine Pathologiemeldungen
- Meldung von Diagnose und Therapie auf einem Bogen
  - Basalzellkarzinome: Meldebogen für Basalzellkarzinome (BCC)
  - Nicht-melanotische Hauttumoren (außer BCC): Meldebogen für nicht-melanotische Hauttumoren (außer Basalzellkarzinome)
- Keine Verlaufs- und Todesmeldungen
- Nur das Erste wird vergütet → meldepflichtig sind aber alle!

Unsere Meldebögen
Wann verwende ich welchen Meldebogen?

- Allgemeiner **Diagnosemeldebogen** → **alle Diagnosen außer ICD-10 C44-Diagnosen**
- Diagnosemeldebogen **für rein diagnostisch tätige Ärzte** → **Pathologieberichten**
- Meldebogen für **Basalzellkarzinome** → **Diagnose u. Therapie v. BCCs**
- Meldebogen für **nicht-melanot. Hauttumore, außer BCC** → **Diagnose u. Therapie v. cSCCs, MCCs**
- Therapiemeldebogen - **OP**
- Therapiemeldebogen - **Systemische oder abwartende Therapie**
- Therapiemeldebogen - **Strahlentherapie**
- Verlaufs- und Todesmeldebogen → **Verlaufsmeldungen, Nachsorgen, Rezidiv, Progress, Tod**
- Zusatzmeldebögen → **Malignes Melanom, Mamma-Ca., Prostata-Ca., Kolorektale Karzinome**

Diagnosemeldebögen



Krankenkasse / Versicherungsname Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten geboren am

Kassen-Nr.: Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. Status:

Betriebsstätten-Nr.: Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.

Titel: Geburtsname:

Namenszusatz: Frühere Namen:

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

KKR KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

☐ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung oder Praxis:

PLZ Ort

Straße Haus-Nr.:

Vor- u. Nachname

Diagnosemeldebogen

Datum der klinischen Diagnose: ___.___.___

Tumordiagnose (ICD-10) ___.___

ICD-10-Version, nur angeben, falls nicht Version des Rf. Jahres

Tumorlokalisation (ICD-O): C ___.___

☐ links ☐ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

ICD-O-Version nur angeben, falls nicht aktuelle Version des Rf. Jahres

Histologie **Datum:** ___.___.___

Morphologie (M-Code): M ___ / ___

☐ nicht bestimmt M ___ / ___

Morphologie Freitext:

Histopathologisches Grading:

☐ gut differenziert G1 ☐ low grade (G1 oder G2)
☐ mäßig differenziert G2 ☐ intermediate (G2 o. G3)
☐ schlecht differenziert G3 ☐ high grade (G3 oder G4)
☐ undifferenziert G4 ☐ G0 (mal. Mel. Konjunktiva)
☐ nicht bestimmbar GX ☐ Borderline
☐ unbekannt ☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer:

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

☐ Histologie (Primärtumor) ☐ spezifischer Tumormarker
☐ Histologie Metastase ☐ klinisch, spezifisch - ohne Histologie
☐ Zytologie ☐ klinisch, nur körperl. Untersuchung

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):

Körperlicher Leistungszustand nach ECOG (Karnofsky):

☐ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Tumordiagnose (Freitext):

Tumorlokalisation (Freitext):

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):

Tumorklassifikation **Datum:** ___.___.___

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: ___

		T			N		M
a/y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.

L	V	Pn	S	UICC-Stadium:

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:

Name: Stadium:

Fernmetastasen

Bitte Datum (tttmmjjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend

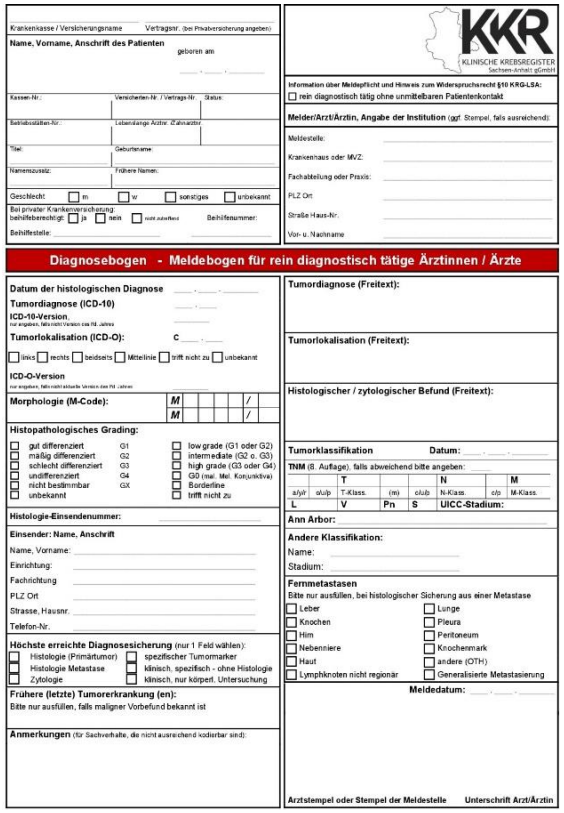
☐ Leber ___.___.___ ☐ Lunge ___.___.___
☐ Knochen ___.___.___ ☐ Pleura ___.___.___
☐ Hirn ___.___.___ ☐ Peritoneum ___.___.___
☐ Nebenniere ___.___.___ ☐ Knochenmark ___.___.___
☐ Haut ___.___.___ ☐ andere ___.___.___
☐ Lymphknt. nicht regionär ___.___.___ ☐ Generalis. Metastasierung ___.___.___

Prätherapeutische Tumorkonferenz am: ___.___.___

Meldedatum: ___.___.___

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Meldebogen für alle Diagnosen, außer ICD-10 C44



Krankenkasse / Versicherungsname Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten geboren am

Kassen-Nr.: Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. Status:

Betriebsstätten-Nr.: Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.

Titel: Geburtsname:

Namenszusatz: Frühere Namen:

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

KKR KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

☐ rein diagnostisch tätig ohne unmittelbaren Patientenkontakt

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung oder Praxis:

PLZ Ort

Straße Haus-Nr.:

Vor- u. Nachname

Diagnosebogen - Meldebogen für rein diagnostisch tätige Ärztinnen / Ärzte

Datum der histologischen Diagnose ___.___.___

Tumordiagnose (ICD-10) ___.___

ICD-10-Version, nur angeben, falls nicht Version des Rf. Jahres

Tumorlokalisation (ICD-O): C ___.___

☐ links ☐ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

ICD-O-Version nur angeben, falls nicht aktuelle Version des Rf. Jahres

Morphologie (M-Code): M ___ / ___

M ___ / ___

Histopathologisches Grading:

☐ gut differenziert G1 ☐ low grade (G1 oder G2)
☐ mäßig differenziert G2 ☐ intermediate (G2 o. G3)
☐ schlecht differenziert G3 ☐ high grade (G3 oder G4)
☐ undifferenziert G4 ☐ G0 (mal. Mel. Konjunktiva)
☐ nicht bestimmbar GX ☐ Borderline
☐ unbekannt ☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer:

Einsender: Name, Anschrift

Name, Vorname:

Einrichtung:

Fachrichtung:

PLZ Ort

Strasse, Hausnr.:

Telefon-Nr.:

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

☐ Histologie (Primärtumor) ☐ spezifischer Tumormarker
☐ Histologie Metastase ☐ klinisch, spezifisch - ohne Histologie
☐ Zytologie ☐ klinisch, nur körperl. Untersuchung

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):

Bitte nur ausfüllen, falls maligner Vorbefund bekannt ist

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Tumordiagnose (Freitext):

Tumorlokalisation (Freitext):

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):

Tumorklassifikation **Datum:** ___.___.___

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

		T			N		M
a/y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.

L	V	Pn	S	UICC-Stadium:

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:

Name:

Stadium:

Fernmetastasen

Bitte nur ausfüllen, bei histologischer Sicherung aus einer Metastase

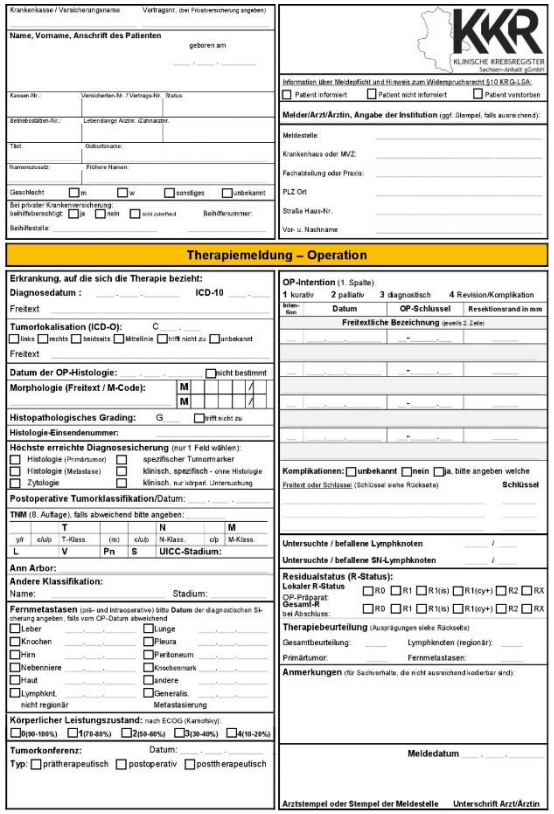
☐ Leber ☐ Lunge
☐ Knochen ☐ Pleura
☐ Hirn ☐ Peritoneum
☐ Nebenniere ☐ Knochenmark
☐ Haut ☐ andere (OTH)
☐ Lymphknoten nicht regionär ☐ Generalisierte Metastasierung

Meldedatum: ___.___.___

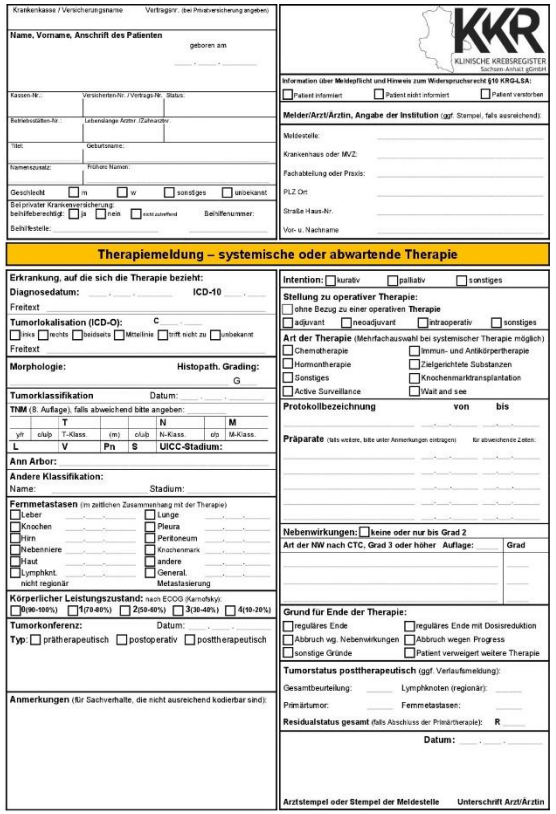
Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Bogen zur Meldung von Pathologieberichten

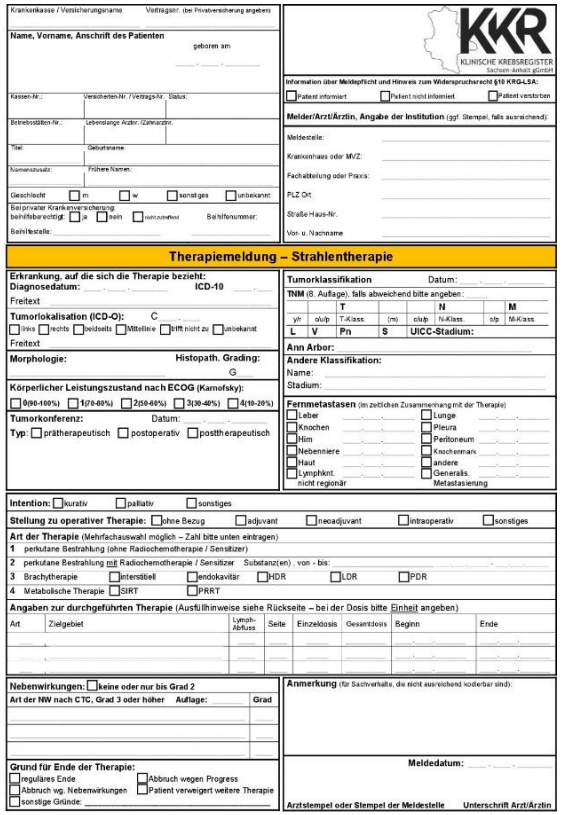
Therapiemeldebögen



Operation

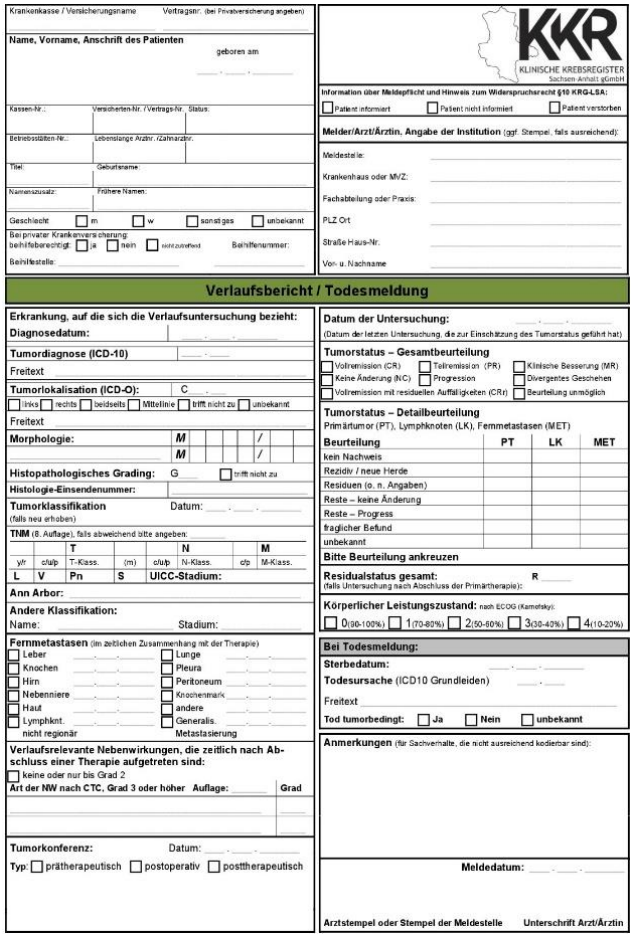


Systemische o. abwartende Therapie



Strahlentherapie

Verlaufsmeldebogen



Krankenkasse / Versicherungsname — Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten — geboren am ___.___.___

Kassen-Nr.: — Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.: — Status:

Betriebsstätten-Nr.: — Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.:

Titel: — Geburtsname:

Namenszusatz: — Frühere Namen:

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend — Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

KKR KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:
☐ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:
Krankenhaus oder MVZ:
Fachabteilung oder Praxis:
PLZ Ort:
Straße Haus-Nr.:
Vor- u. Nachname:

Verlaufsbericht / Todesmeldung

Erkrankung, auf die sich die Verlaufsuntersuchung bezieht:
Diagnosedatum: ___.___.___

Tumordiagnose (ICD-10) ___.___
Freitext

Tumorlokalisation (ICD-O): C___.___
☐ links ☐ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt
Freitext

Morphologie: M ___ / ___
M ___ / ___

Histopathologisches Grading: G___ ☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer:

Tumorklassifikation Datum: ___.___.___
(falls neu erhoben)

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: ___

	T		N		M
y/r c/a/p	T-Klass.	(m) c/a/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.

L	V	Pn	S	UICC-Stadium:

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:
Name: Stadium:

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)

☐ Leber	___.___.___	☐ Lunge	___.___.___
☐ Knochen	___.___.___	☐ Pleura	___.___.___
☐ Hirn	___.___.___	☐ Peritoneum	___.___.___
☐ Nebenniere	___.___.___	☐ Knochenmark	___.___.___
☐ Haut	___.___.___	☐ andere	___.___.___
☐ Lymphknt.	___.___.___	☐ Generalis.	___.___.___
nicht regionär		Metastasierung	

Verlaufsrelevante Nebenwirkungen, die zeitlich nach Abschluss einer Therapie aufgetreten sind:
☐ keine oder nur bis Grad 2
Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher **Auflage:** ___ **Grad**

Tumorkonferenz: Datum: ___.___.___
Typ: ☐ prätherapeutisch ☐ postoperativ ☐ posttherapeutisch

Datum der Untersuchung: ___.___.___
(Datum der letzten Untersuchung, die zur Einschätzung des Tumorstatus geführt hat)

Tumorstatus – Gesamtbeurteilung
☐ Vollremission (CR) ☐ Teilremission (PR) ☐ Klinische Besserung (MR)
☐ Keine Änderung (NC) ☐ Progression ☐ Divergentes Geschehen
☐ Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten (CRr) ☐ Beurteilung unmöglich

Tumorstatus – Detailbeurteilung
Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Nachweis			
Rezidiv / neue Herde			
Residuen (o. n. Angaben)			
Reste – keine Änderung			
Reste – Progress			
fraglicher Befund			
unbekannt			

Bitte Beurteilung ankreuzen

Residualstatus gesamt: R ___
(falls Untersuchung nach Abschluss der Primärtherapie):

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):
☐ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Bei Todesmeldung:
Sterbedatum: ___.___.___
Todesursache (ICD10 Grundleiden) ___.___
Freitext
Tod tumorbedingt: ☐ **Ja** ☐ **Nein** ☐ **unbekannt**

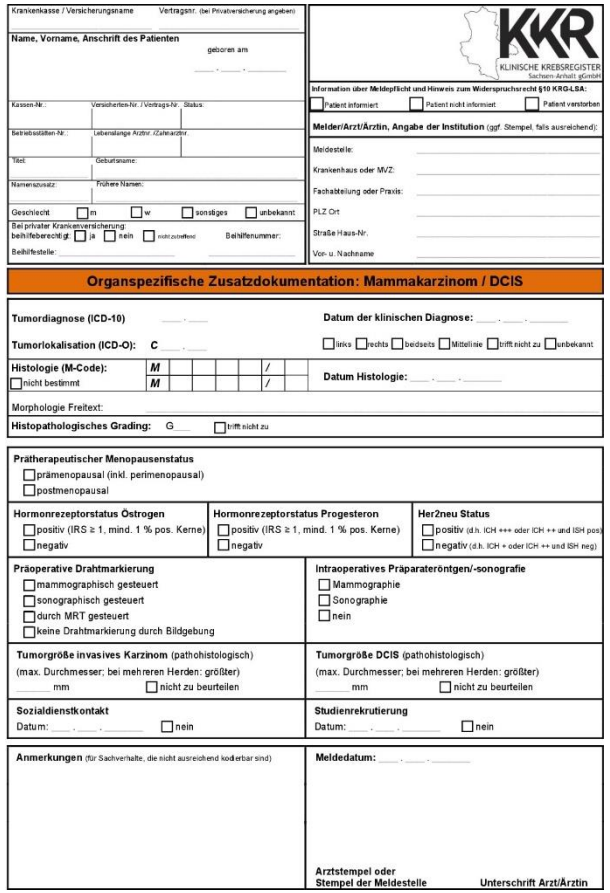
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Meldedatum: ___.___.___

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Bogen für Verlaufsmeldungen, Nachsorgen, Rezidiv, Progress und Tod

Zusatzmeldebögen



Krankenkasse / Versicherungsname — Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten — geboren am

Kassen-Nr.: — Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. — Status:

Betriebsstätten-Nr.: — Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.

Titel: — Geburtsname:

Namenszusatz: — Frühere Namen:

Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend — Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

☐ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung oder Praxis:

PLZ Ort

Straße Haus-Nr.

Vor- u. Nachname

Organspezifische Zusatzdokumentation: Mammakarzinom / DCIS

Tumordiagnose (ICD-10) ___.___ — **Datum der klinischen Diagnose:** ___.___.___

Tumorlokalisation (ICD-O): C ___.___ — ☐ links ☐ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

Histologie (M-Code): M ___ / ___ — **Datum Histologie:** ___.___.___

☐ nicht bestimmt M ___ / ___

Morphologie Freitext:

Histopathologisches Grading: G___ ☐ trifft nicht zu

Prätherapeutischer Menopausenstatus

☐ prämenopausal (inkl. perimenopausal)

☐ postmenopausal

Hormonrezeptorstatus Östrogen

☐ positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne)

☐ negativ

Hormonrezeptorstatus Progesteron

☐ positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne)

☐ negativ

Her2neu Status

☐ positiv (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos)

☐ negativ (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH neg)

Präoperative Drahtmarkierung

☐ mammographisch gesteuert

☐ sonographisch gesteuert

☐ durch MRT gesteuert

☐ keine Drahtmarkierung durch Bildgebung

Intraoperatives Präparateröntgen/-sonografie

☐ Mammographie

☐ Sonographie

☐ nein

Tumorgröße invasives Karzinom (pathohistologisch)

(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)

_____ mm ☐ nicht zu beurteilen

Tumorgröße DCIS (pathohistologisch)

(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)

_____ mm ☐ nicht zu beurteilen

Sozialdienstkontakt

Datum: ___.___.___ ☐ nein

Studienrekrutierung

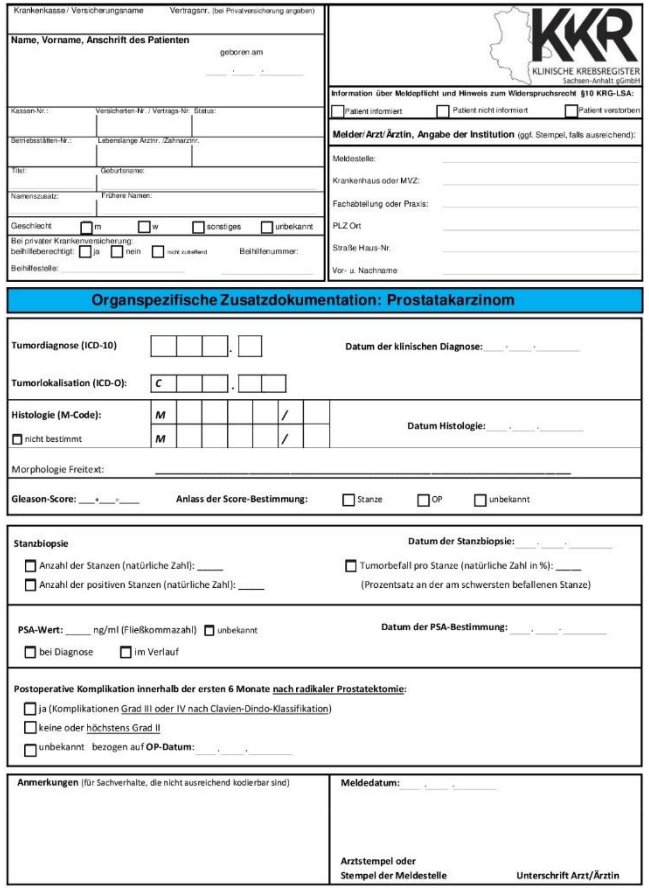
Datum: ___.___.___ ☐ nein

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Meldedatum: ___.___.___

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle — **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Zusatzbogen: Mammakarzinom



Krankenkasse / Versicherungsname — Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten — geboren am

Kassen-Nr.: — Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. — Status:

Betriebsstätten-Nr.: — Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.

Titel: — Geburtsname:

Namenszusatz: — Frühere Namen:

Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend — Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

☐ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung oder Praxis:

PLZ Ort

Straße Haus-Nr.

Vor- u. Nachname

Organspezifische Zusatzdokumentation: Prostatakarzinom

Tumordiagnose (ICD-10) ___ . ___ — **Datum der klinischen Diagnose:** ___.___.___

Tumorlokalisation (ICD-O): C ___ . ___

Histologie (M-Code): M ___ / ___ — **Datum Histologie:** ___.___.___

☐ nicht bestimmt M ___ / ___

Morphologie Freitext:

Gleason-Score: ___+___=___ — **Anlass der Score-Bestimmung:** ☐ Stanze ☐ OP ☐ unbekannt

Stanzbiopsie — **Datum der Stanzbiopsie:** ___.___.___

☐ Anzahl der Stanzen (natürliche Zahl): _____

☐ Anzahl der positiven Stanzen (natürliche Zahl): _____

☐ Tumorbefall pro Stanze (natürliche Zahl in %): _____

(Prozentsatz an der am schwersten befallenen Stanze)

PSA-Wert: _____ ng/ml (Fließkommazahl) ☐ unbekannt — **Datum der PSA-Bestimmung:** ___.___.___

☐ bei Diagnose ☐ im Verlauf

Postoperative Komplikation innerhalb der ersten 6 Monate nach radikaler Prostatektomie:

☐ ja (Komplikationen Grad III oder IV nach Clavien-Dindo-Klassifikation)

☐ keine oder höchstens Grad II

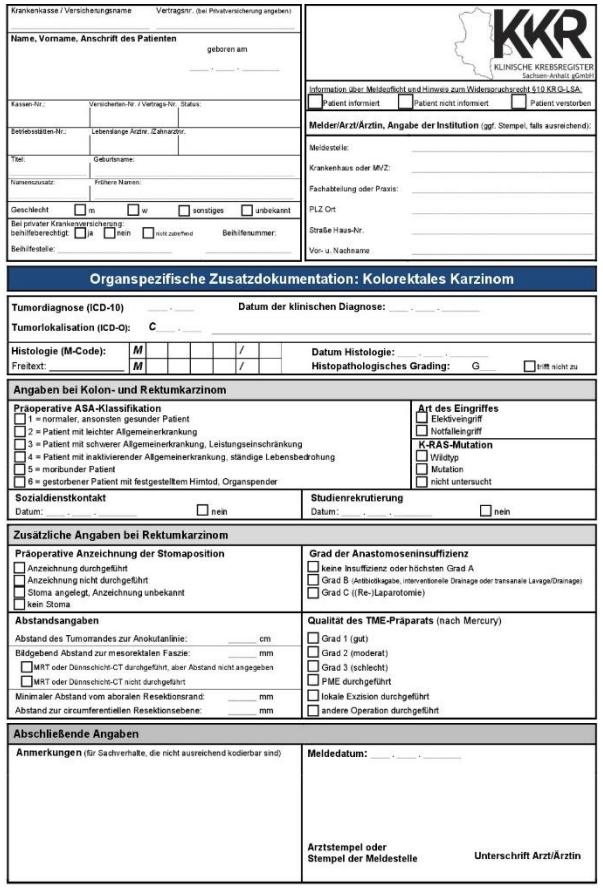
☐ unbekannt bezogen auf **OP-Datum:** ___.___.___

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Meldedatum: ___.___.___

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle — **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Zusatzbogen: Prostatakarzinom



Krankenkasse / Versicherungsname — Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten — geboren am

Kassen-Nr.: — Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. — Status:

Betriebsstätten-Nr.: — Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.

Titel: — Geburtsname:

Namenszusatz: — Frühere Namen:

Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend — Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

☐ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung oder Praxis:

PLZ Ort

Straße Haus-Nr.

Vor- u. Nachname

Organspezifische Zusatzdokumentation: Kolorektales Karzinom

Tumordiagnose (ICD-10) ___.___ — **Datum der klinischen Diagnose:** ___.___.___

Tumorlokalisation (ICD-O): C ___.___

Histologie (M-Code): M ___ / ___ — **Datum Histologie:** ___.___.___

Freitext: _____ M ___ / ___ — **Histopathologisches Grading:** G___ ☐ trifft nicht zu

Angaben bei Kolon- und Rektumkarzinom

Präoperative ASA-Klassifikation

☐ 1 = normaler, ansonsten gesunder Patient

☐ 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung

☐ 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, Leistungseinschränkung

☐ 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung

☐ 5 = moribunder Patient

☐ 6 = gestorbener Patient mit festgestelltem Hirntod, Organspender

Art des Eingriffes

☐ Elektiveingriff

☐ Notfalleingriff

K-RAS-Mutation

☐ Wildtyp

☐ Mutation

☐ nicht untersucht

Sozialdienstkontakt

Datum: ___.___.___ ☐ nein

Studienrekrutierung

Datum: ___.___.___ ☐ nein

Zusätzliche Angaben bei Rektumkarzinom

Präoperative Anzeichnung der Stomaposition

☐ Anzeichnung durchgeführt

☐ Anzeichnung nicht durchgeführt

☐ Stoma angelegt, Anzeichnung unbekannt

☐ kein Stoma

Grad der Anastomoseninsuffizienz

☐ keine Insuffizienz oder höchsten Grad A

☐ Grad B (Antibiotikagabe, interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage)

☐ Grad C ((Re-)Laparotomie)

Abstandsangaben

Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie: _____ cm

Bildgebend Abstand zur mesorektalen Faszie: _____ mm

☐ MRT oder Dünnschicht-CT durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben

☐ MRT oder Dünnschicht-CT nicht durchgeführt

Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand: _____ mm

Abstand zur circumferentiellen Resektionsebene: _____ mm

Qualität des TME-Präparats (nach Mercury)

☐ Grad 1 (gut)

☐ Grad 2 (moderat)

☐ Grad 3 (schlecht)

☐ PME durchgeführt

☐ lokale Exzision durchgeführt

☐ andere Operation durchgeführt

Abschließende Angaben

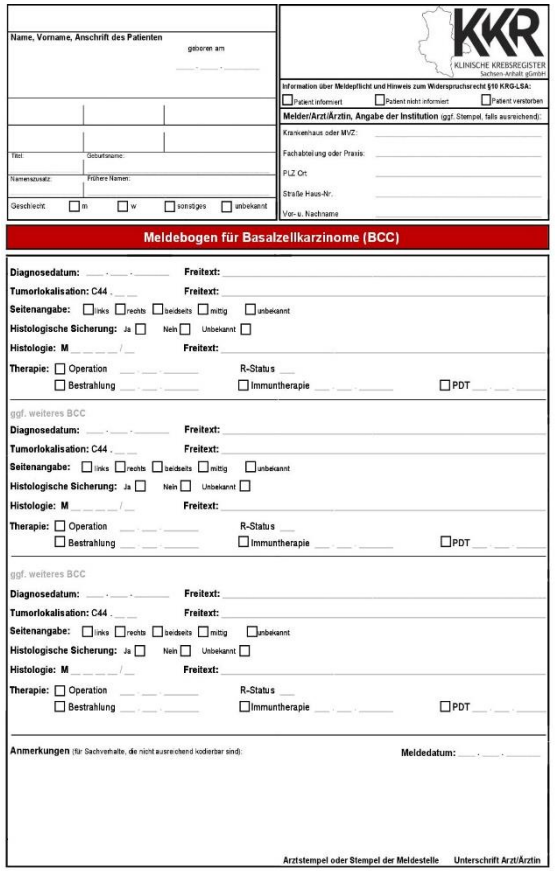
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Meldedatum: ___.___.___

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle — **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Zusatzbogen: Kolorektale Karzinome

Spezielle Meldebögen für Hauttumoren


Name, Vorname, Anschrift des Patienten
geboren am
KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH
Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:
Patient informiert | Patient nicht informiert | Patient verstorben
Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):
Krankenhaus oder MVZ:
Fachabteilung oder Praxis:
PLZ Ort:
Straße Haus-Nr.:
Vor- u. Nachname:
Titel: Geburtsname:
Namenszusatz: Frühere Namen:
Geschlecht: m w sonstiges unbekannt

Meldebogen für Basalzellkarzinome (BCC)

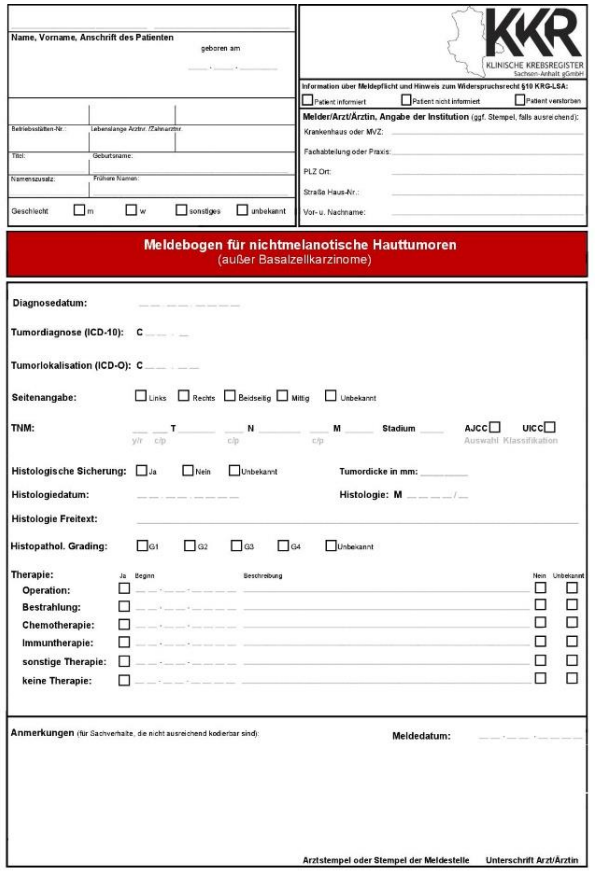
Diagnosedatum: ___ . ___ . _____ Freitext:
Tumorlokalisation: C44 . __ __ Freitext:
Seitenangabe: links rechts beidseits mittig unbekannt
Histologische Sicherung: Ja Nein Unbekannt
Histologie: M __ __ __ / __ Freitext:
Therapie: Operation ___ . ___ . _____ R-Status ___
Bestrahlung ___ . ___ . _____ Immuntherapie ___ . ___ . _____ PDT ___ . ___ . _____

ggf. weiteres BCC
Diagnosedatum: ___ . ___ . _____ Freitext:
Tumorlokalisation: C44 . __ __ Freitext:
Seitenangabe: links rechts beidseits mittig unbekannt
Histologische Sicherung: Ja Nein Unbekannt
Histologie: M __ __ __ / __ Freitext:
Therapie: Operation ___ . ___ . _____ R-Status ___
Bestrahlung ___ . ___ . _____ Immuntherapie ___ . ___ . _____ PDT ___ . ___ . _____

ggf. weiteres BCC
Diagnosedatum: ___ . ___ . _____ Freitext:
Tumorlokalisation: C44 . __ __ Freitext:
Seitenangabe: links rechts beidseits mittig unbekannt
Histologische Sicherung: Ja Nein Unbekannt
Histologie: M __ __ __ / __ Freitext:
Therapie: Operation ___ . ___ . _____ R-Status ___
Bestrahlung ___ . ___ . _____ Immuntherapie ___ . ___ . _____ PDT ___ . ___ . _____

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind): Meldedatum: ___ . ___ . _____
Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin

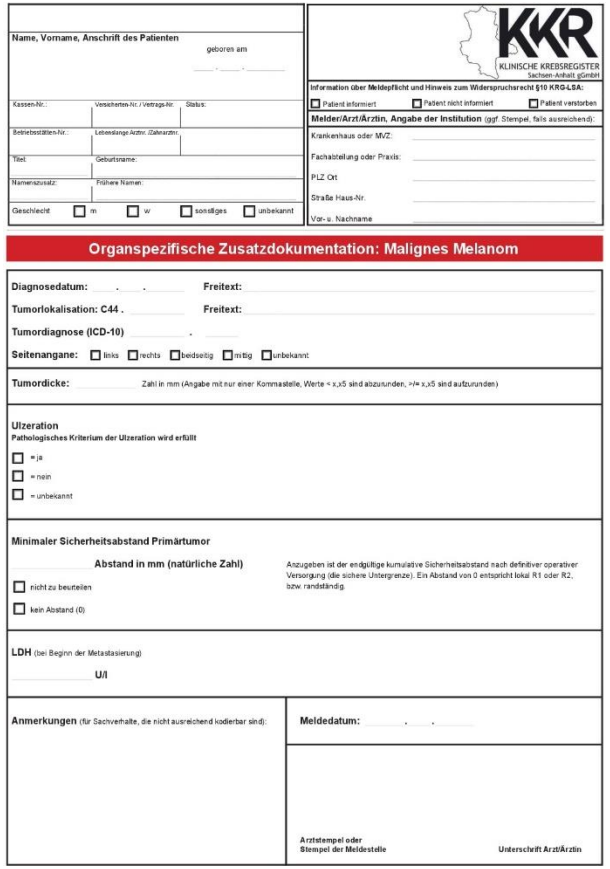
Meldebogen für BCC


Name, Vorname, Anschrift des Patienten
geboren am
Betriebsstätten-Nr.: Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.
Titel: Geburtsname:
Namenszusatz: Frühere Namen:
Geschlecht: m w sonstiges unbekannt
KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH
Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:
Patient informiert | Patient nicht informiert | Patient verstorben
Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):
Krankenhaus oder MVZ:
Fachabteilung oder Praxis:
PLZ Ort:
Straße Haus-Nr.:
Vor- u. Nachname:

Meldebogen für nichtmelanotische Hauttumoren
(außer Basalzellkarzinome)

Diagnosedatum: __ __ . __ __ . __ __ __ __
Tumordiagnose (ICD-10): C __ __ . __
Tumorlokalisation (ICD-O): C __ __ . __ __
Seitenangabe: Links Rechts Beidseitig Mittig Unbekannt
TNM: __ __ T _____ N _____ M _____ Stadium _____ AJCC UICC
y/r c/p c/p c/p Auswahl Klassifikation
Histologische Sicherung: Ja Nein Unbekannt Tumordicke in mm: _____
Histologiedatum: __ __ . __ __ . __ __ __ __ Histologie: M __ __ __ / __
Histologie Freitext:
Histopathol. Grading: G1 G2 G3 G4 Unbekannt
Therapie: Ja Beginn Beschreibung Nein Unbekannt
Operation:
Bestrahlung:
Chemotherapie:
Immuntherapie:
sonstige Therapie:
keine Therapie:
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind): Meldedatum: __ __ . __ __ . __ __ __ __
Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin

Meldebogen für cSCC, MCC

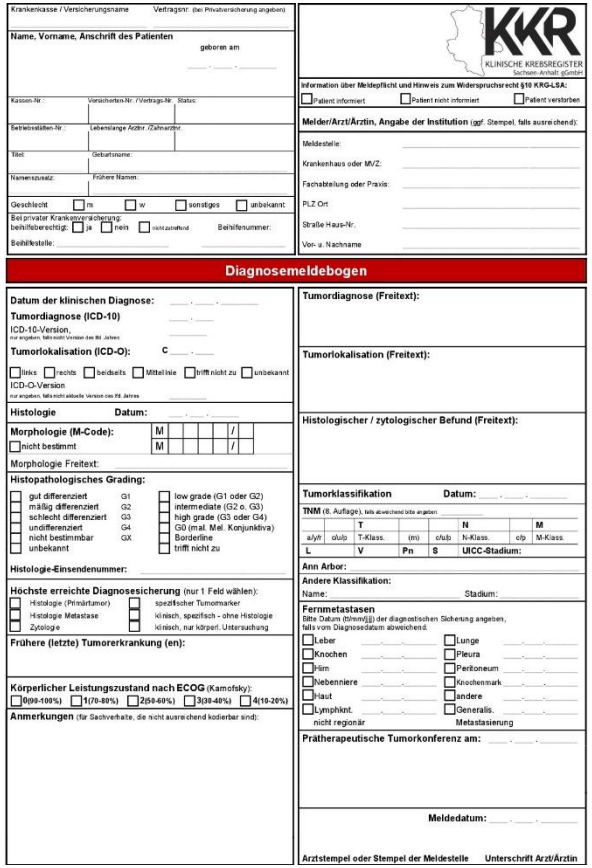

Name, Vorname, Anschrift des Patienten
geboren am
Kassen-Nr.: Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr. Status:
Betriebsstätten-Nr.: Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.
Titel: Geburtsname:
Namenszusatz: Frühere Namen:
Geschlecht: m w sonstiges unbekannt
KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH
Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:
Patient informiert | Patient nicht informiert | Patient verstorben
Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):
Krankenhaus oder MVZ:
Fachabteilung oder Praxis:
PLZ Ort:
Straße Haus-Nr.:
Vor- u. Nachname:

Organspezifische Zusatzdokumentation: Malignes Melanom

Diagnosedatum: ___ . ___ . _____ Freitext:
Tumorlokalisation: C44 . _____ Freitext:
Tumordiagnose (ICD-10) _____ . _____
Seitenangane: links rechts beidseitig mittig unbekannt
Tumordicke: _____ Zahl in mm (Angabe mit nur einer Kommastelle, Werte < x,x5 sind abzurunden, >/= x,x5 sind aufzurunden)
Ulzeration
Pathologisches Kriterium der Ulzeration wird erfüllt
= ja
= nein
= unbekannt
Minimaler Sicherheitsabstand Primärtumor
_____ Abstand in mm (natürliche Zahl)
nicht zu beurteilen
kein Abstand (0)
Anzugeben ist der endgültige kumulative Sicherheitsabstand nach definitiver operativer Versorgung (die sichere Untergrenze). Ein Abstand von 0 entspricht lokal R1 oder R2, bzw. randständig.
LDH (bei Beginn der Metastasierung)
_____ U/l
Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):
Meldedatum: _____ . _____ . _____
Arztstempel oder Stempel der Meldestelle Unterschrift Arzt/Ärztin

Zusatzbogen: Malignes Melanom

Aufbau unserer Meldebögen



Krankenkasse / Versicherungsname | Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben)

Name, Vorname, Anschrift des Patienten geboren am

Kassen-Nr.: | Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.: | Status:

Betriebsstätten-Nr.: | Lebenslange Ärztnr. /Zahnarztnr.

Titel: | Geburtsname:

Namenszusatz: | Frühere Namen:

Geschlecht: ☐ m ☐ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

Bei privater Krankenversicherung: beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

KKR KLINISCHE KREBSREGISTER Sachsen-Anhalt gGmbH

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

☐ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:

Krankenhaus oder MVZ:

Fachabteilung oder Praxis:

PLZ Ort

Straße Haus-Nr.:

Vor- u. Nachname

Diagnosemeldebogen

Datum der klinischen Diagnose: ___.___.___

Tumordiagnose (ICD-10) ___.___

ICD-10-Version, nur angeben, falls nicht Version des Bl. Jahres

Tumorlokalisation (ICD-O): C ___.___

☐ links ☐ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

ICD-O-Version nur angeben, falls nicht aktuelle Version des Bl. Jahres

Histologie **Datum:** ___.___.___

Morphologie (M-Code): M ☐☐☐☐ / ☐ nicht bestimmt M ☐☐☐☐ /

Morphologie Freitext:

Histopathologisches Grading:

☐ gut differenziert G1
☐ mäßig differenziert G2
☐ schlecht differenziert G3
☐ undifferenziert G4
☐ nicht bestimmbar GX
☐ unbekannt

☐ low grade (G1 oder G2)
☐ intermediate (G2 o. G3)
☐ high grade (G3 oder G4)
☐ G0 (mal. Mel. Konjunktiva)
☐ Borderline
☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer:

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

☐ Histologie (Primärtumor)
☐ Histologie Metastase
☐ Zytologie
☐ spezifischer Tumormarker
☐ klinisch, spezifisch - ohne Histologie
☐ klinisch, nur körperl. Untersuchung

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):

Körperlicher Leistungszustand nach ECOG (Karnofsky):

☐ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Tumordiagnose (Freitext):

Tumorlokalisation (Freitext):

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):

Tumorklassifikation **Datum:** ___.___.___

TNM (6. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

		T			N		M
a/y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.

L	V	Pn	S	UICC-Stadium:

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:

Name: Stadium:

Fernmetastasen

Bitte Datum (ttmmjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend.

☐ Leber ___.___.___
☐ Knochen ___.___.___
☐ Hirn ___.___.___
☐ Nebenniere ___.___.___
☐ Haut ___.___.___
☐ Lymphknt. ___.___.___
nicht regionär

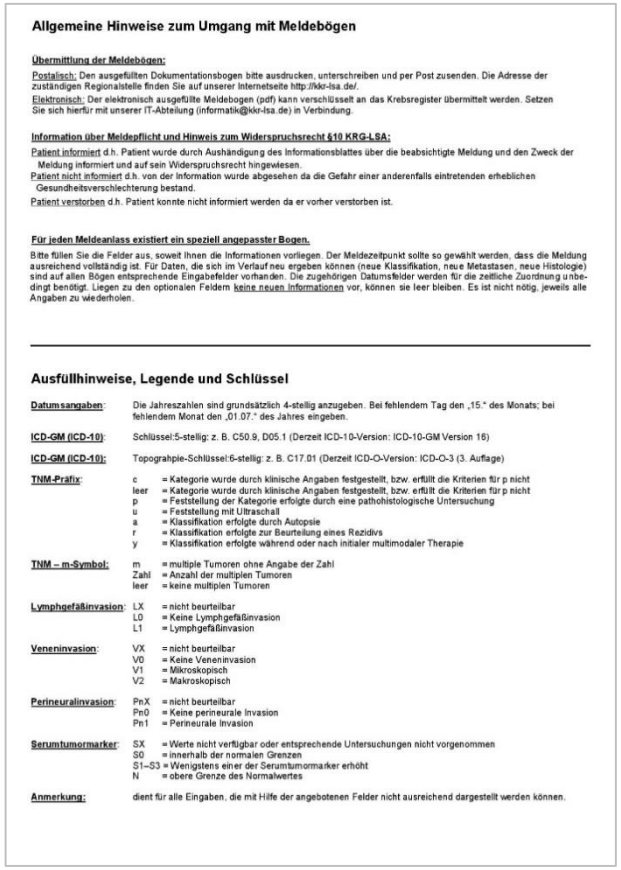
☐ Lunge ___.___.___
☐ Pleura ___.___.___
☐ Peritoneum ___.___.___
☐ Knochenmark ___.___.___
☐ andere ___.___.___
☐ Generalis. ___.___.___
Metastasierung

Prätherapeutische Tumorkonferenz am: ___.___.___

Meldedatum: ___.___.___

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

- 1. Seite



Allgemeine Hinweise zum Umgang mit Meldebögen

Übermittlung der Meldebögen:

Postalisch: Den ausgefüllten Dokumentationsbogen bitte ausdrucken, unterschreiben und per Post zusenden. Die Adresse der zuständigen Regionalstelle finden Sie auf unserer Internetseite http://kkr-lsa.de/.

Elektronisch: Der elektronisch ausgefüllte Meldebogen (pdf) kann verschlüsselt an das Krebsregister übermittelt werden. Setzen Sie sich hierfür mit unserer IT-Abteilung (informatik@kkr-lsa.de) in Verbindung.

Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

Patient informiert d.h. Patient wurde durch Aushändigung des Informationsblattes über die beabsichtigte Meldung und den Zweck der Meldung informiert und auf sein Widerspruchsrecht hingewiesen.

Patient nicht informiert d.h. von der Information wurde abgesehen da die Gefahr einer anderenfalls eintretenden erheblichen Gesundheitsverschlechterung bestand.

Patient verstorben d.h. Patient konnte nicht informiert werden da er vorher verstorben ist.

Für jeden Meldeanlass existiert ein speziell angepasster Bogen.

Bitte füllen Sie die Felder aus, soweit Ihnen die Informationen vorliegen. Der Meldezeitpunkt sollte so gewählt werden, dass die Meldung ausreichend vollständig ist. Für Daten, die sich im Verlauf neu ergeben können (neue Klassifikation, neue Metastasen, neue Histologie) sind auf allen Bögen entsprechende Eingabefelder vorhanden. Die zugehörigen Datumsfelder werden für die zeitliche Zuordnung unbedingt benötigt. Liegen zu den optionalen Feldern keine neuen Informationen vor, können sie leer bleiben. Es ist nicht nötig, jeweils alle Angaben zu wiederholen.

Ausfüllhinweise, Legende und Schlüssel

Datumsangaben: Die Jahreszahlen sind grundsätzlich 4-stellig anzugeben. Bei fehlendem Tag den „15." des Monats; bei fehlendem Monat den „01.07." des Jahres eingeben.

ICD-GM (ICD-10): Schlüssel:5-stellig: z. B. C50.9, D05.1 (Derzeit ICD-10-Version: ICD-10-GM Version 16)

ICD-GM (ICD-10): Topographie-Schlüssel:6-stellig: z. B. C17.01 (Derzeit ICD-O-Version: ICD-O-3 (3. Auflage)

TNM-Präfix:
c = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
leer = Kategorie wurde durch klinische Angaben festgestellt, bzw. erfüllt die Kriterien für p nicht
p = Feststellung der Kategorie erfolgte durch eine pathohistologische Untersuchung
u = Feststellung mit Ultraschall
a = Klassifikation erfolgte durch Autopsie
r = Klassifikation erfolgte zur Beurteilung eines Rezidivs
y = Klassifikation erfolgte während oder nach initialer multimodaler Therapie

TNM – m-Symbol:
m = multiple Tumoren ohne Angabe der Zahl
Zahl = Anzahl der multiplen Tumoren
leer = keine multiplen Tumoren

Lymphgefäßinvasion:
LX = nicht beurteilbar
L0 = Keine Lymphgefäßinvasion
L1 = Lymphgefäßinvasion

Veneninvasion:
VX = nicht beurteilbar
V0 = Keine Veneninvasion
V1 = Mikroskopisch
V2 = Makroskopisch

Perineuralinvasion:
PnX = nicht beurteilbar
Pn0 = Keine perineurale Invasion
Pn1 = Perineurale Invasion

Serumtumormarker:
SX = Werte nicht verfügbar oder entsprechende Untersuchungen nicht vorgenommen
S0 = innerhalb der normalen Grenzen
S1–S3 = Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht
N = obere Grenze des Normalwertes

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

- 2. Seite

Enthält Hinweise zum Ausfüllen des Meldebogens

Patientenstammdaten

Krankenkasse / Versicherungsname: AOK Sachsen-Anhalt

Vertragsnr. (bei Privatversicherung angeben):

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

Mustermann, Erika
Musterstr. 1
12345 Musterstadt

geboren am: 01 . 07 . 1950

Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr. / Vertrags-Nr.	Status:
101097008	A123456789	

Betriebsstätten-Nr.:	Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.
987654321	123456789

Titel:	Geburtsname:

Namenszusatz:	Frühere Namen:

Geschlecht: ☐ m ☒ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

Bei privater Krankenversicherung:
beihilfeberechtigt: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht zutreffend

Beihilfenummer:

Beihilfestelle:

- Information über Meldepflicht
- Hinweis auf Widerspruchsrecht
- **Name, Vorname, Anschrift**
- Titel, Namenszusatz, Geburtsname, frühere Namen
- **Geschlecht**
- **Geburtsdatum**
- **Name der Krankenkasse**
- **Krankenkassennummer (IKNR)**
- **Krankenversichertennummer**
- Betriebsstättennummer (BSNR)
- Lebenslange Arztnummer (LANR)

Melderstammdaten

- **Information über Meldepflicht**
- Hinweis auf Widerspruchsrecht
- **Krankenhaus oder MVZ**
- **Fachabteilung oder Praxis**
- **Anschrift**
- **Name und Vorname**
- Ggf. Stempel
- Betriebsstättennummer (BSNR)
- Lebenslange Arztnummer (LANR)
- Meldedatum

KLINISCHE KREBSREGISTER
Sachsen-Anhalt gGmbH

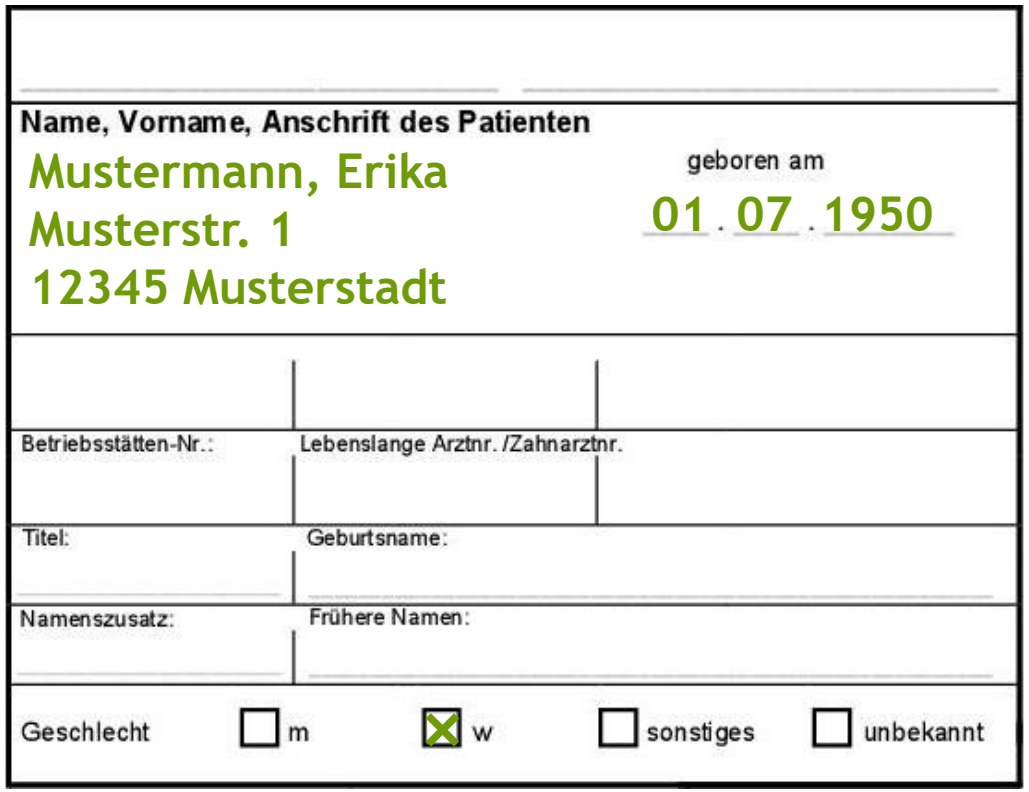
Information über Meldepflicht und Hinweis zum Widerspruchsrecht §10 KRG-LSA:

☒ Patient informiert ☐ Patient nicht informiert ☐ Patient verstorben

Melder/Arzt/Ärztin, Angabe der Institution (ggf. Stempel, falls ausreichend):

Meldestelle:	
Krankenhaus oder MVZ:	
Fachabteilung oder Praxis:	Praxis für Dermatologie
PLZ Ort	12345 Musterstadt
Straße Haus-Nr.	Musterstr. 1
Vor- u. Nachname	Mustermann, Dr. med. Max

Stammdaten bei ICD-10 C44-Meldungen


Name, Vorname, Anschrift des Patienten
Mustermann, Erika
Musterstr. 1
12345 Musterstadt
geboren am
01 . 07 . 1950
Betriebsstätten-Nr.:
Lebenslange Arztnr. /Zahnarztnr.
Titel:
Geburtsname:
Namenszusatz:
Frühere Namen:
Geschlecht ☐ m ☒ w ☐ sonstiges ☐ unbekannt

- **Nachname, Vorname, Anschrift**
- Titel, Namenszusatz, Geburtsname, frühere Namen
- **Geschlecht**
- **Geburtsdatum**
- **Angabe von Versichertendaten ist hier nicht erforderlich!**

Diagnosemeldung
Was brauchen wir?

- Erstdiagnosedatum Tumor
- Tumordiagnose ICD-10
- Seitenlokalisation des Primärtumors (bei paarigen Organen unbedingt erforderlich!)
- ICD-O-3: Topographie-Code und Morphologie-Code
- Grading, wenn zutreffend
- Grad der Diagnosesicherung
- Klinisches TNM oder tumorspezifische Klassifikation mit Datum!
- Lokalisation von Fernmetastasen, falls vorhanden (≤ 92 d nach ED)
- Allgemeiner Leistungszustand (ECOG oder Karnofsky)
- Ggf. organspezifisches Zusatzmodul (Mammakarzinom)

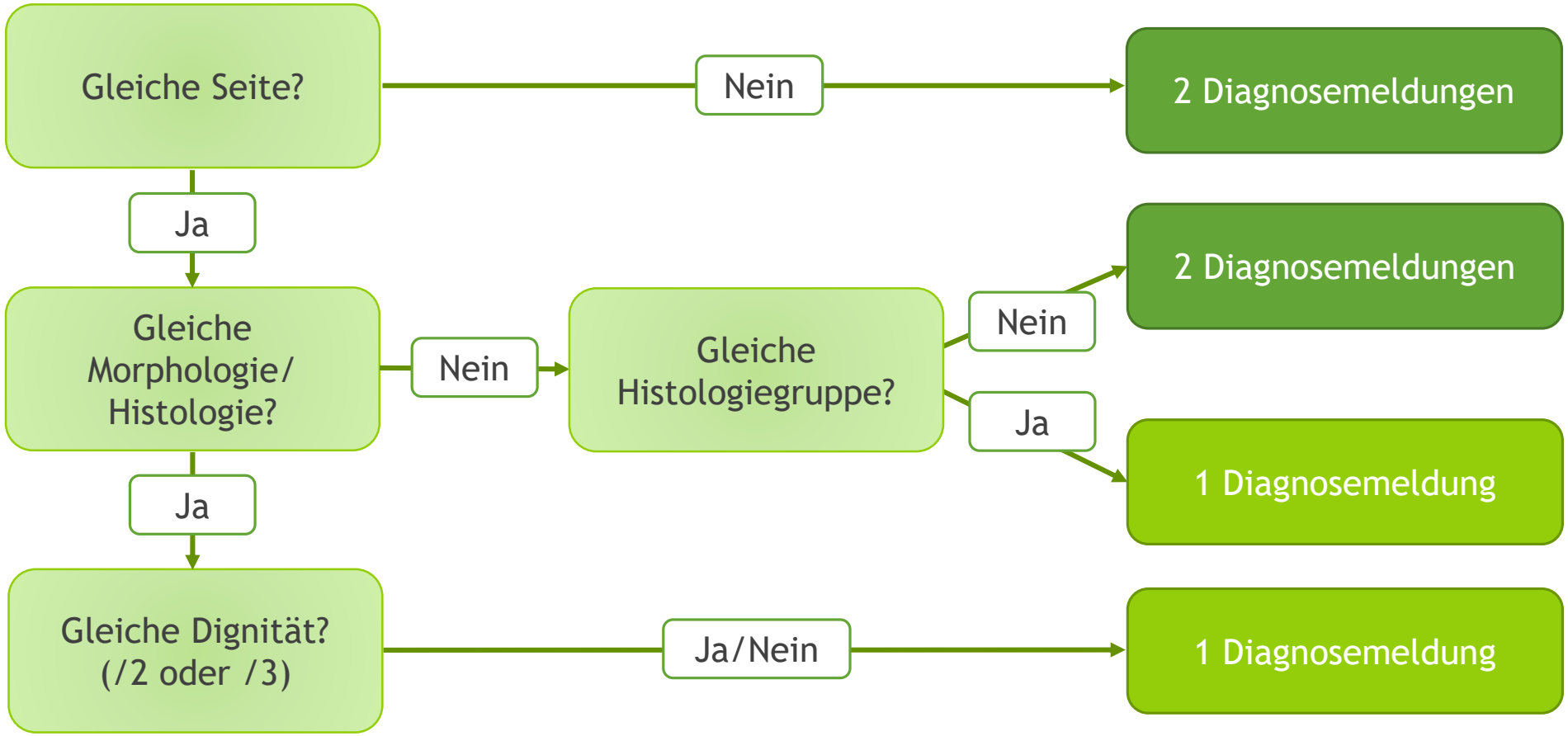
Paarige Organe
Wann ist eine Seitenangabe erforderlich?

- Zur Unterscheidung multipler Tumoren ist die Seitenangabe bei paarigen Organen erforderlich
- Auch bei beidseitigem Befall mit gleicher Histologie werden beide Tumoren separat erfasst z.B. Mamma
- Liste paariger Organe finden Sie unter www.kkr-lsa.de
- Ausnahme: in einigen paarigen Organen treten Tumore gleicher Histologie häufig zeitgleich beidseitig auf z.B. Ovar, Tuben

➢ Hier ist die Angabe „beidseits“ zulässig

➢ **Keine Vergütung der Meldung bei fehlender Angabe zur Seitenlokalisation!**

Synchrone multiple Tumore
Wie sind sie zu melden?



Klassifikationen

- ICD-10 (www.dimdi.de)

- ICD-O-3 (www.dimdi.de):
  - Topographie- oder Lokalisationscode (C5X.XX)
  - Morphologie- oder Histologiecode (XXXX/X)

- TNM (Ch. Wittekind (Hrsg.): TNM Klassifikation maligner Tumoren. 8. Auflage. Wiley-VCH, Weinheim 2017.)
- Weitere Klassifikationen: Ann Arbor, Binet, Durie und Salmon, FIGO, Gleason-Score, WHO-Grade der ZNS-Tumoren, Clark-Level, Breslow

Diagnosemeldebogen

Datum der klinischen Diagnose: 15 . 02 . 2021

Tumordiagnose (ICD-10) 50 . 4

ICD-10-Version,
nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Tumorlokalisation (ICD-O): C 50 . 4

☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

ICD-O-Version
nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres

Histologie **Datum:** 15 . 02 . 2021

Morphologie (M-Code): M 8500/3

☐ nicht bestimmt M 8500/2

Morphologie Freitext: Invasiv-duktales Karzinom, DCIS

Histopathologisches Grading:

☐ gut differenziert	G1	☐ low grade (G1 oder G2)
☒ mäßig differenziert	G2	☐ intermediate (G2 o. G3)
☐ schlecht differenziert	G3	☐ high grade (G3 oder G4)
☐ undifferenziert	G4	☐ G0 (mal. Mel. Konjunktiva)
☐ nicht bestimmbar	GX	☐ Borderline
☐ unbekannt		☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer:

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

☒ Histologie (Primärtumor)	☐ spezifischer Tumormarker
☐ Histologie Metastase	☐ klinisch, spezifisch - ohne Histologie
☐ Zytologie	☐ klinisch, nur körperl. Untersuchung

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):

keine

Körperlicher Leistungszustand nach ECOG (Karnofsky):

☐ 0(90-100%) ☒ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Tumordiagnose (Freitext):

Mamma-Ca. rechts

Tumorlokalisation (Freitext):

Oberer äußerer Quadrant

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):

Invasiv-duktales Karzinom mit assoz. DCIS

Tumorklassifikation **Datum:** 15 . 02 . 2021

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

	c	T 1b(is)		c	N 0	c	M 0
a/y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
L		V	Pn	S	UICC-Stadium: IA		

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:

Name: Stadium:

Fernmetastasen

Bitte Datum (tt/mm/jjjj) der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom Diagnosedatum abweichend.

☐ Leber	. .	☐ Lunge	. .
☐ Knochen	. .	☐ Pleura	. .
☐ Hirn	. .	☐ Peritoneum	. .
☐ Nebenniere	. .	☐ Knochenmark	. .
☐ Haut	. .	☐ andere	. .
☐ Lymphknt. nicht regionär	. .	☐ Generalis. Metastasierung	. .

Prätherapeutische Tumorkonferenz am: 22 . 02 . 2021

Empfehlung: primäre OP

Meldedatum: 25 . 03 . 2021

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Diagnosemeldung:
Mammakarzinom rechts oben außen mit assoziiertem DCIS

Organspezifische Zusatzmodule

- Enthalten zusätzliche medizinische Informationen über **die Diagnose und die Therapie**
- Mammakarzinome (C50.-, D05.-)
- Kolorektale Karzinome (C18.- bis C20 und D01.0 bis D01.2)
- Prostatakarzinome (C61, D07.5)
- Maligne Melanome (C43.-)

Zusatzmodul
Mammakarzinom

- Prätherapeutischer Menopausenstatus
- Hormonrezeptorstatus Östrogen
- Hormonrezeptorstatus Progesteron
- Her2neu-Status
- Präoperative Drahtmarkierung
- Intraoperatives Präparateröntgen/Sonographie
- Tumorgröße invasives Karzinom
- Tumorgröße DCIS
- Datum Sozialdienstkontakt
- Datum Studienrekrutierung

Organspezifische Zusatzdokumentation: Mammakarzinom / DCIS

Tumordiagnose (ICD-10) 50 . 4 **Datum der klinischen Diagnose:** 15 . 02 . 2021

Tumorlokalisation (ICD-O): C 50 . 4 ☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

Histologie (M-Code): M 8500/3 **Datum Histologie:** 15 . 02 . 2021
☐ nicht bestimmt M 8500/2

Morphologie Freitext: Invasiv-duktales Karzinom, DCIS

Histopathologisches Grading: G 2 ☐ trifft nicht zu

Prätherapeutischer Menopausenstatus
- ☐ prämenopausal (inkl. perimenopausal)
- ☒ postmenopausal

Hormonrezeptorstatus Östrogen
- ☒ positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne)
- ☐ negativ

Hormonrezeptorstatus Progesteron
- ☒ positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne)
- ☐ negativ

Her2neu Status
- ☐ positiv (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos)
- ☒ negativ (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH neg)

Präoperative Drahtmarkierung
- ☐ mammographisch gesteuert
- ☐ sonographisch gesteuert
- ☐ durch MRT gesteuert
- ☐ keine Drahtmarkierung durch Bildgebung

Intraoperatives Präparateröntgen/-sonografie
- ☐ Mammographie
- ☐ Sonographie
- ☐ nein

Tumorgröße invasives Karzinom (pathohistologisch)
(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)
_____ mm ☐ nicht zu beurteilen

Tumorgröße DCIS (pathohistologisch)
(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)
_____ mm ☐ nicht zu beurteilen

Sozialdienstkontakt
Datum: ___ . ___ . _____ ☐ nein

Studienrekrutierung
Datum: ___ . ___ . _____ ☐ nein

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Meldedatum: 15 . 04 . 2021

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Zusatzbogen zur Diagnosemeldung: Mammakarzinom rechts oben außen mit assoziiertem DCIS

Pathologiemeldung

- Patientendaten
- Einsender
- Klassifikation und Kodierung
- Angaben zum Untersuchungsmaterial
- Datum und Untersuchungs-Nr.

Diagnosebogen - Meldebogen für rein diagnostisch tätige Ärztinnen / Ärzte

Datum der histologischen Diagnose 10 . 02 . 2021

Tumordiagnose (ICD-10) 50 . 4

ICD-10-Version, nur angeben, falls nicht Version des lfd. Jahres

Tumorlokalisation (ICD-O): c 50 . 4

☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

ICD-O-Version nur angeben, falls nicht aktuelle Version des lfd. Jahres

Morphologie (M-Code):

M	8	5	0	0 /	3
M	8	5	0	0 /	2

Histopathologisches Grading:

☐ gut differenziert	G1	☐ low grade (G1 oder G2)	
☒ mäßig differenziert	G2	☐ intermediate (G2 o. G3)	
☐ schlecht differenziert	G3	☐ high grade (G3 oder G4)	
☐ undifferenziert	G4	☐ G0 (mal. Mel. Konjunktiva)	
☐ nicht bestimmbar	GX	☐ Borderline	
☐ unbekannt		☐ trifft nicht zu	

Histologie-Einsendenummer: H2021-123456

Einsender: Name, Anschrift

Name, Vorname: Mustermann, Dr. med. Max

Einrichtung: Heidekrankenhaus

Fachrichtung Abt. für Gynäkologie

PLZ Ort 12345 Musterstadt

Strasse, Hausnr. Musterstr. 1

Telefon-Nr. 030 12315-67

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):

☒ Histologie (Primärtumor)	☐ spezifischer Tumormarker
☐ Histologie Metastase	☐ klinisch, spezifisch - ohne Histologie
☐ Zytologie	☐ klinisch, nur körperl. Untersuchung

Frühere (letzte) Tumorerkrankung (en):
Bitte nur ausfüllen, falls maligner Vorbefund bekannt ist

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Tumordiagnose (Freitext):
Mamma-Ca. rechts

Tumorlokalisation (Freitext):
Oberer äußerer Quadrant

Histologischer / zytologischer Befund (Freitext):
Mäßig differenziertes invasives Mammakarzinom rechts, kein spezieller Typ (NST) mit assoziiertem duktalem Carcinoma in situ (DCIS)

Tumorklassifikation **Datum:** 15 . 02 . 2021

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

	p	T 1b		p	N 0	c	M 0
a/y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.

L	V	Pn	S	UICC-Stadium: IA

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:

Name:

Stadium:

Fernmetastasen
Bitte nur ausfüllen, bei histologischer Sicherung aus einer Metastase

☐ Leber	☐ Lunge
☐ Knochen	☐ Pleura
☐ Hirn	☐ Peritoneum
☐ Nebenniere	☐ Knochenmark
☐ Haut	☐ andere (OTH)
☐ Lymphknoten nicht regionär	☐ Generalisierte Metastasierung

Meldedatum: 25 . 04 . 2021

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Pathologiemeldung:
Mammakarzinom rechts oben außen mit assoziiertem DCIS

Therapieformen

- Chirurgische Therapie
- Systemtherapie (z.B. Chemotherapie, antihormonelle Therapie)
- Bestrahlung

Meldung einer Operation
Welche Angaben sind erforderlich?

- Angaben zur Tumorzuordnung (Datum ED Primärtumor, Primärtumordiagnose, Seitenlokalisation)
- OP-Datum
- Intention
- Durchgeführte OP (OPS-Code, www.dimdi.de)
- Residualstatus lokal/global
- Komplikationen
- Morphologie-Code (ICD-O-3) und Grading
- TNM oder tumorspezifische Klassifikation
- Anzahl der Lymphknoten untersucht/befallen
- Anzahl der Sentinel-Lymphknoten untersucht/befallen

Therapiemeldung – Operation

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:
Diagnosedatum : 30 . 09 . 2021 **ICD-10** 50 . 5
Freitext Mamma-Ca. re.

Tumorlokalisation (ICD-O): C 50 . 5
☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt
Freitext rechts unten außen

Datum der OP-Histologie: 15 . 10 . 2021 ☐ nicht bestimmt

Morphologie (Freitext / M-Code): Invasiv-duktales Karzinom
M 8 5 0 0 / 3
M /

Histopathologisches Grading: G 2 ☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer: H2021-123456

Höchste erreichte Diagnosesicherung (nur 1 Feld wählen):
☒ Histologie (Primärtumor) ☐ spezifischer Tumormarker
☐ Histologie (Metastase) ☐ klinisch, spezifisch - ohne Histologie
☐ Zytologie ☐ klinisch, nur körperl. Untersuchung

Postoperative Tumorklassifikation/Datum: 15 . 10 . 2021

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

	p	T 1c		c	N 1a	c	M 0
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
L		V	Pn	S	UICC-Stadium: IIA		

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:
Name: Stadium:

Fernmetastasen (prä- und intraoperative) bitte **Datum** der diagnostischen Sicherung angeben, falls vom OP-Datum abweichend

☐ Leber	. .	☐ Lunge	. .
☐ Knochen	. .	☐ Pleura	. .
☐ Hirn	. .	☐ Peritoneum	. .
☐ Nebenniere	. .	☐ Knochenmark	. .
☐ Haut	. .	☐ andere	. .
☐ Lymphknt. nicht regionär	. .	☐ Generalis. Metastasierung	. .

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):
☒ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Tumorkonferenz: Datum: 15 . 11 . 2021
Typ: ☐ prätherapeutisch ☒ postoperativ ☐ posttherapeutisch

OP-Intention (1. Spalte)
1 kurativ **2** palliativ **3** diagnostisch **4** Revision/Komplikation

Intention	Datum	OP-Schlüssel	Resektionsrand in mm
	Freitextliche Bezeichnung (jeweils 2. Zeile)		
1	15 . 10 . 2021	5 - 870 . a2	3
BET re.			
3	15 . 10 . 2021	5 - 401 . 11	
SLNE re. axillär			
1	15 . 10 . 2021	5 - 406 . 12	
Regionale LAD			
	. .	- .	

Komplikationen: ☐ **unbekannt** ☒ **nein** ☐ **ja**, bitte angeben welche
Freitext oder Schlüssel (Schlüssel siehe Rückseite) **Schlüssel**

Untersuchte / befallene Lymphknoten 6 / 2
Untersuchte / befallene SN-Lymphknoten 2 / 2

Residualstatus (R-Status):
Lokaler R-Status OP-Präparat: ☒ R0 ☐ R1 ☐ R1(is) ☐ R1(cy+) ☐ R2 ☐ RX
Gesamt-R bei Abschluss: ☒ R0 ☐ R1 ☐ R1(is) ☐ R1(cy+) ☐ R2 ☐ RX

Therapiebeurteilung (Ausprägungen siehe Rückseite)
Gesamtbeurteilung: V Lymphknoten (regionär): K
Primärtumor: K Fernmetastasen: K

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Meldedatum 23 . 12 . 2021

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Therapiemeldung-Operation:
Brusterhaltende Therapie,
Sentinel-Lymphonodektomie,
Lymphadenektomie
bei Mammakarzinom rechts

Organspezifische Zusatzdokumentation: Mammakarzinom / DCIS

Tumordiagnose (ICD-10) 50 . 4 **Datum der klinischen Diagnose:** 15 . 02 . 2021

Tumorlokalisation (ICD-O): C 50 . 4 ☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

Histologie (M-Code): M 8 5 0 0 / 3 **Datum Histologie:** 15 . 02 . 2021

☐ nicht bestimmt M /

Morphologie Freitext: Invasiv-duktales Karzinom

Histopathologisches Grading: G 2 ☐ trifft nicht zu

Prätherapeutischer Menopausenstatus

☐ prämenopausal (inkl. perimenopausal)

☒ postmenopausal

Hormonrezeptorstatus Östrogen

☒ positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne)

☐ negativ

Hormonrezeptorstatus Progesteron

☒ positiv (IRS ≥ 1, mind. 1 % pos. Kerne)

☐ negativ

Her2neu Status

☐ positiv (d.h. ICH +++ oder ICH ++ und ISH pos)

☒ negativ (d.h. ICH + oder ICH ++ und ISH neg)

Präoperative Drahtmarkierung

☐ mammographisch gesteuert

☒ sonographisch gesteuert

☐ durch MRT gesteuert

☐ keine Drahtmarkierung durch Bildgebung

Intraoperatives Präparateröntgen/-sonografie

☐ Mammographie

☐ Sonographie

☐ nein

Tumorgröße invasives Karzinom (pathohistologisch)

(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)

16 mm ☐ nicht zu beurteilen

Tumorgröße DCIS (pathohistologisch)

(max. Durchmesser; bei mehreren Herden: größter)

____ mm ☐ nicht zu beurteilen

Sozialdienstkontakt

Datum: __ . __ . ____ ☐ nein

Studienrekrutierung

Datum: __ . __ . ____ ☐ nein

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

Meldedatum: 23 . 12 . 2021

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Zusatzbogen zur OP-Meldung:
Brusterhaltende Therapie,
Sentinel-Lymphonodektomie,
Lymphadenektomie
bei Mammakarzinom rechts

Systemtherapie

- Chemotherapie
- Antihormonelle Therapie
- Antikörper-Therapie
- Zielgerichtete Therapie
- Bisphosphonat-Therapie

➢ Empfehlung: F. Honecker, J. Claßen, J. Preiß, W. Dornoff (Hrsg.): Taschenbuch Hämatologie und Onkologie. Interdisziplinäre Empfehlungen zur Therapie 2022/23. 21. Auflage. Zuckerschwerdt Verlag, München 2020.

➢ www.onkologie2022.de

Systemtherapie
Meldung Therapiebeginn

- Angaben zur Tumorzuordnung (Datum ED Primärtumor, Primärtumordiagnose, Seitenlokalisation)
- Datum - Beginn
- Therapieart
- Substanz systemische Therapie
- Protokoll systemische Therapie
- Stellung zur OP
- Intention

Therapiemeldung – systemische oder abwartende Therapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:

Diagnosedatum: 05 . 11 . 2020 **ICD-10** 50 . 5

Freitext Mammakarzinom rechts mit DCIS

Tumorlokalisation (ICD-O): C 50 . 5

☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

Freitext Unterer äußerer Quadrant

Morphologie: Invasiv-duktales Karzinom mit assoz. DCIS

Histopath. Grading: G 2

Tumorklassifikation Datum: 08 . 12 . 2020

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

	p	T 1c		p	N 0(sn)	c	M 0
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
L		V	Pn	S	UICC-Stadium: IA		

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:

Name: Stadium:

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)

☐ Leber	. .	☐ Lunge	. .
☐ Knochen	. .	☐ Pleura	. .
☐ Hirn	. .	☐ Peritoneum	. .
☐ Nebenniere	. .	☐ Knochenmark	. .
☐ Haut	. .	☐ andere	. .
☐ Lymphknt. nicht regionär	. .	☐ General. Metastasierung	. .

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):

☒ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Tumorkonferenz: Datum: . .

Typ: ☐ prätherapeutisch ☐ postoperativ ☐ posttherapeutisch

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Intention: ☒ kurativ ☐ palliativ ☐ sonstiges

Stellung zu operativer Therapie:

☐ ohne Bezug zu einer operativen **Therapie**

☒ adjuvant ☐ neoadjuvant ☐ intraoperativ ☐ sonstiges

Art der Therapie (Mehrfachauswahl bei systemischer Therapie möglich)

☐ Chemotherapie	☐ Immun- und Antikörpertherapie
☒ Hormontherapie	☐ Zielgerichtete Substanzen
☐ Sonstiges	☐ Knochenmarktransplantation
☐ Active Surveillance	☐ Wait and see

Protokollbezeichnung	**von**	**bis**
	. .	. .

Präparate (falls weitere, bitte unter Anmerkungen eintragen) für abweichende Zeiten:

Tamoxifen	15.07.2021	. .
	. .	. .
	. .	. .
	. .	. .
	. .	. .

Nebenwirkungen: ☐ **keine oder nur bis Grad 2**

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher **Auflage:**	**Grad**

Grund für Ende der Therapie:

☐ reguläres Ende	☐ reguläres Ende mit Dosisreduktion
☐ Abbruch wg. Nebenwirkungen	☐ Abbruch wegen Progress
☐ sonstige Gründe	☐ Patient verweigert weitere Therapie

Tumorstatus posttherapeutisch (ggf. Verlaufsmeldung):

Gesamtbeurteilung: Lymphknoten (regionär):

Primärtumor: Fernmetastasen:

Residualstatus gesamt (falls Abschluss der Primärtherapie): **R**

Datum: 20 . 08 . 2021

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Therapiemeldung-Systemtherapie:
Beginn einer adjuvanten
Hormontherapie mit Tamoxifen
bei Mammakarzinom rechts
mit assoziiertem DCIS

Systemtherapie
Meldung Therapieende

- Angaben zur Tumorzuordnung (Datum ED Primärtumor, Primärtumordiagnose, Seitenlokalisation)
- **Datum – Beginn und Ende**
- Therapieart
- Substanz systemische Therapie
- Protokoll systemische Therapie
- Stellung zur OP
- Intention
- **Beendigungsgrund**
- **Nebenwirkungen**
  - **(Art und Grad nach CTC, ab Grad 3)**

Therapiemeldung – systemische oder abwartende Therapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:
Diagnosedatum: 05 . 11 . 2020 **ICD-10** 50 . 5
Freitext Mammakarzinom rechts mit DCIS

Tumorlokalisation (ICD-O): C 50 . 5
☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt
Freitext Unterer äußerer Quadrant

Morphologie: Invasiv-duktales Karzinom mit assoz. DCIS **Histopath. Grading:** G 2

Tumorklassifikation Datum: 08 . 12 . 2020
TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

	p	T 1c		p	N 0(sn)	c	M 0
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
L		V	Pn	S	UICC-Stadium: IA		

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:
Name: Stadium:

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)
☐ Leber ☐ Lunge
☐ Knochen ☐ Pleura
☐ Hirn ☐ Peritoneum
☐ Nebenniere ☐ Knochenmark
☐ Haut ☐ andere
☐ Lymphknt. nicht regionär ☐ General. Metastasierung

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):
☒ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Tumorkonferenz: Datum: . .
Typ: ☐ prätherapeutisch ☐ postoperativ ☐ posttherapeutisch

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Intention: ☒ kurativ ☐ palliativ ☐ sonstiges

Stellung zu operativer Therapie:
☐ ohne Bezug zu einer operativen **Therapie**
☒ adjuvant ☐ neoadjuvant ☐ intraoperativ ☐ sonstiges

Art der Therapie (Mehrfachauswahl bei systemischer Therapie möglich)
☐ Chemotherapie ☐ Immun- und Antikörpertherapie
☒ Hormontherapie ☐ Zielgerichtete Substanzen
☐ Sonstiges ☐ Knochenmarktransplantation
☐ Active Surveillance ☐ Wait and see

Protokollbezeichnung	**von**	**bis**
	. .	. .

Präparate (falls weitere, bitte unter Anmerkungen eintragen) für abweichende Zeiten:

Tamoxifen	15.07.2021	15.11.2021

Nebenwirkungen: ☒ **keine oder nur bis Grad 2**

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher **Auflage:**	**Grad**

Grund für Ende der Therapie:
☐ reguläres Ende ☐ reguläres Ende mit Dosisreduktion
☐ Abbruch wg. Nebenwirkungen ☐ Abbruch wegen Progress
☐ sonstige Gründe ☒ Patient verweigert weitere Therapie

Tumorstatus posttherapeutisch (ggf. Verlaufsmeldung):
Gesamtbeurteilung: Lymphknoten (regionär):
Primärtumor: Fernmetastasen:
Residualstatus gesamt (falls Abschluss der Primärtherapie): **R**

Datum: 20 . 12 . 2021

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Therapiemeldung-Systemtherapie:
Ende einer adjuvanten
Hormontherapie mit Tamoxifen
bei Mammakarzinom rechts
mit assoziiertem DCIS
auf Wunsch der Patientin

Meldung einer Therapieablehnung

- Ablehnung einer tumorspezifischen Therapie durch den Patienten
- Entscheidung des Arztes gegen eine tumorspezifische Therapie (Kontraindikation)

➢ Meldung der Therapieablehnung erfolgt wie die Meldung eines Therapieendes

- Hinweis unter Anmerkung: Patient lehnt Therapie ab bzw. Kontraindikation

Therapiemeldung – systemische oder abwartende Therapie

Erkrankung, auf die sich die Therapie bezieht:
Diagnosedatum: 15 . 02 . 2021 **ICD-10** 50 . 4
Freitext Mammakarzinom rechts mit DCIS

Tumorlokalisation (ICD-O): C 50 . 4
☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt
Freitext Oberer äußerer Quadrant

Morphologie: Invasiv-duktales Karzinom mit assoz. DCIS **Histopath. Grading:** G 2

Tumorklassifikation Datum: 10 . 03 . 2021
TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

	p	T 1b		p	N 0	c	M 0
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
L		V	Pn	S	UICC-Stadium: IA		

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:
Name: Stadium:

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)
☐ Leber ☐ Lunge
☐ Knochen ☐ Pleura
☐ Hirn ☐ Peritoneum
☐ Nebenniere ☐ Knochenmark
☐ Haut ☐ andere
☐ Lymphknt. nicht regionär ☐ General. Metastasierung

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):
☐ 0(90-100%) ☒ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Tumorkonferenz: Datum: . .
Typ: ☐ prätherapeutisch ☐ postoperativ ☐ posttherapeutisch

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):
Patientin lehnt die Therapie ab

Intention: ☒ kurativ ☐ palliativ ☐ sonstiges

Stellung zu operativer Therapie:
☐ ohne Bezug zu einer operativen **Therapie**
☒ adjuvant ☐ neoadjuvant ☐ intraoperativ ☐ sonstiges

Art der Therapie (Mehrfachauswahl bei systemischer Therapie möglich)
☒ Chemotherapie ☐ Immun- und Antikörpertherapie
☐ Hormontherapie ☐ Zielgerichtete Substanzen
☐ Sonstiges ☐ Knochenmarktransplantation
☐ Active Surveillance ☐ Wait and see

Protokollbezeichnung **von** **bis**

Präparate (falls weitere, bitte unter Anmerkungen eintragen) für abweichende Zeiten:
15.04.2021

Nebenwirkungen: ☐ **keine oder nur bis Grad 2**

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher **Auflage:**	**Grad**

Grund für Ende der Therapie:
☐ reguläres Ende ☐ reguläres Ende mit Dosisreduktion
☐ Abbruch wg. Nebenwirkungen ☐ Abbruch wegen Progress
☒ sonstige Gründe ☐ Patient verweigert weitere Therapie

Tumorstatus posttherapeutisch (ggf. Verlaufsmeldung):
Gesamtbeurteilung: Lymphknoten (regionär):
Primärtumor: Fernmetastasen:
Residualstatus gesamt (falls Abschluss der Primärtherapie): **R**

Datum: 15 . 05 . 2021

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Meldung einer Therapieablehnung:
Patient mit Mammakarzinom rechts
mit assoziiertem DCIS
lehnt eine adjuvante Chemotherapie ab

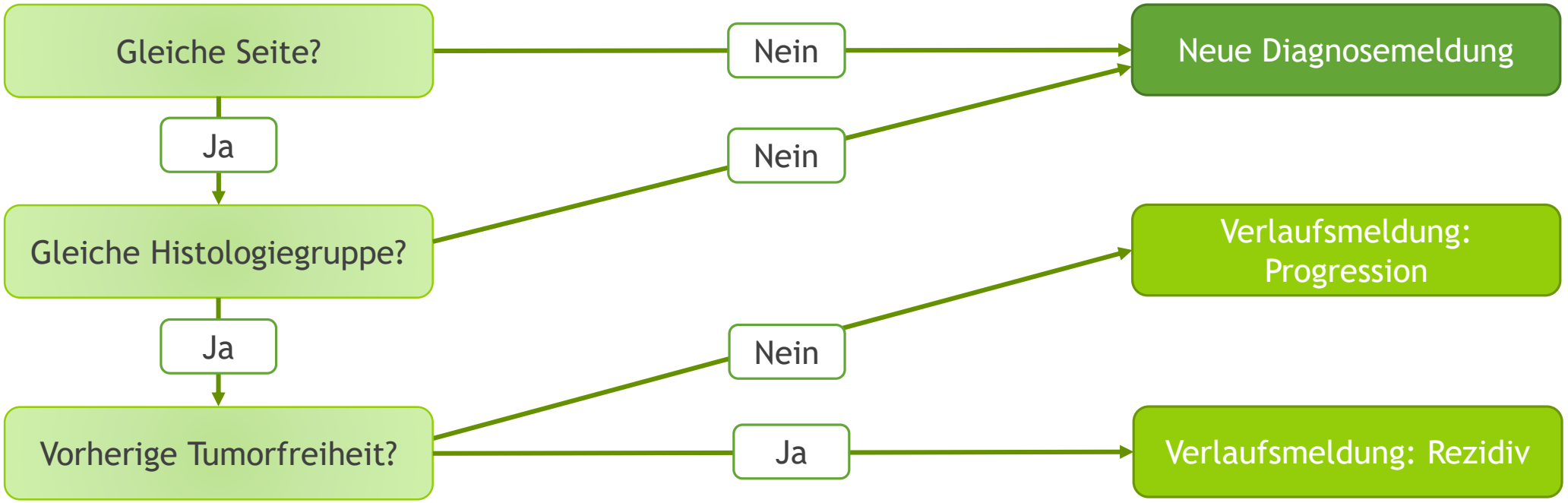
Verlaufsmeldungen
Welcher Meldeanlass?

- Statusmeldung (einmal jährlich)
  - Unauffällige Nachsorge
  - Verlaufskontrolle (No change, Stable Disease oder PR)

- Statusänderung
  - Rezidiv
  - Progress / Fernmetastasierung

- Todesmeldung

Progression, Lokalrezidiv oder neue Diagnose
Wann ist was zu melden?



Nachsorge, Rezidiv, Progress
Welche Angaben sind erforderlich?

- Angaben zur Tumorzuordnung (Datum ED Primärtumor, Primärtumordiagnose, Seitenlokalisation)
- Datum der Untersuchung
- Gesamtbeurteilung des Tumorstatus
- Tumorstatus Primärtumor
- Tumorstatus Lymphknoten
- Tumorstatus Fernmetastasen
- Lokalisation Fernmetastasen
  - wenn vorhanden, > 92 d nach ED
- Allgemeiner Leistungszustand
  - ECOG oder Karnofsky

Verlaufsbericht / Todesmeldung

Erkrankung, auf die sich die Verlaufsuntersuchung bezieht:

Diagnosedatum: 15 . 02 . 2021

Tumordiagnose (ICD-10) 50 . 4

Freitext Mamma-Ca. rechts

Tumorlokalisation (ICD-O): C50 . 4

☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

Freitext Oberer äußerer Quadrant

Morphologie: M 8500/3

Invasiv-duktales Karzinom M /

Histopathologisches Grading: G 2 ☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer: H2021-123456

Tumorklassifikation Datum: ___ . ___ . _____
(falls neu erhoben)

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

		T			N		M
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.

L	V	Pn	S	UICC-Stadium:

Ann Arbor: _____

Andere Klassifikation:
Name: _____ Stadium: _____

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)

☐ Leber	___.___.___	☐ Lunge	___.___.___
☐ Knochen	___.___.___	☐ Pleura	___.___.___
☐ Hirn	___.___.___	☐ Peritoneum	___.___.___
☐ Nebenniere	___.___.___	☐ Knochenmark	___.___.___
☐ Haut	___.___.___	☐ andere	___.___.___
☐ Lymphknt. nicht regionär	___.___.___	☐ Generalis. Metastasierung	___.___.___

Verlaufsrelevante Nebenwirkungen, die zeitlich nach Abschluss einer Therapie aufgetreten sind:

☐ keine oder nur bis Grad 2

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher Auflage: _____	Grad

Tumorkonferenz: Datum: ___ . ___ . _____

Typ: ☐ prätherapeutisch ☐ postoperativ ☐ posttherapeutisch

Datum der Untersuchung: 20 . 02 . 2022
(Datum der letzten Untersuchung, die zur Einschätzung des Tumorstatus geführt hat)

Tumorstatus – Gesamtbeurteilung

☒ Vollremission (CR) ☐ Teilremission (PR) ☐ Klinische Besserung (MR)
☐ Keine Änderung (NC) ☐ Progression ☐ Divergentes Geschehen
☐ Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten (CRr) ☐ Beurteilung unmöglich

Tumorstatus – Detailbeurteilung
Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Nachweis	✕	✕	✕
Rezidiv / neue Herde			
Residuen (o. n. Angaben)			
Reste – keine Änderung			
Reste – Progress			
fraglicher Befund			
unbekannt			

Bitte Beurteilung ankreuzen

Residualstatus gesamt: R _____
(falls Untersuchung nach Abschluss der Primärtherapie):

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):

☒ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Bei Todesmeldung:

Sterbedatum: ___ . ___ . _____

Todesursache (ICD10 Grundleiden) ___ . ___

Freitext _____

Tod tumorbedingt: ☐ **Ja** ☐ **Nein** ☐ **unbekannt**

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Meldedatum: 15 . 04 . 2022

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Statusmeldung:
Unauffällige Nachsorge
nach einem Mammakarzinom rechts

Verlaufsbericht / Todesmeldung

Erkrankung, auf die sich die Verlaufsuntersuchung bezieht:

Diagnosedatum: 20 . 02 . 2018

Tumordiagnose (ICD-10) 50 . 4

Freitext Mamma-Ca. rechts

Tumorlokalisation (ICD-O): C50 . 4

☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

Freitext Oberer äußerer Quadrant

Morphologie: M 8500/3

Invasiv-duktales Karzinom M /

Histopathologisches Grading: G 2 ☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer: H2018-123456

Tumorklassifikation Datum: . .
(falls neu erhoben)

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

		T			N		M
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.

L	V	Pn	S	UICC-Stadium:

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:
Name: Stadium:

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)

☐ Leber	. .	☐ Lunge	. .
☒ Knochen	19 . 06 . 2021	☐ Pleura	. .
☐ Hirn	. .	☐ Peritoneum	. .
☐ Nebenniere	. .	☐ Knochenmark	. .
☐ Haut	. .	☐ andere	. .
☐ Lymphknt. nicht regionär	. .	☐ Generalis. Metastasierung	. .

Verlaufsrelevante Nebenwirkungen, die zeitlich nach Abschluss einer Therapie aufgetreten sind:
☐ keine oder nur bis Grad 2

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher Auflage:	Grad

Tumorkonferenz: Datum: . .
Typ: ☐ prätherapeutisch ☐ postoperativ ☐ posttherapeutisch

Datum der Untersuchung: 08 . 07 . 2021
(Datum der letzten Untersuchung, die zur Einschätzung des Tumorstatus geführt hat)

Tumorstatus – Gesamtbeurteilung
☐ Vollremission (CR) ☐ Teilremission (PR) ☐ Klinische Besserung (MR)
☐ Keine Änderung (NC) ☒ Progression ☐ Divergentes Geschehen
☐ Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten (CRr) ☐ Beurteilung unmöglich

Tumorstatus – Detailbeurteilung
Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Nachweis	✕	✕	
Rezidiv / neue Herde			✕
Residuen (o. n. Angaben)			
Reste – keine Änderung			
Reste – Progress			
fraglicher Befund			
unbekannt			

Bitte Beurteilung ankreuzen

Residualstatus gesamt: R
(falls Untersuchung nach Abschluss der Primärtherapie):

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):
☐ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☒ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Bei Todesmeldung:

Sterbedatum: . .

Todesursache (ICD10 Grundleiden) .

Freitext

Tod tumorbedingt: ☐ **Ja** ☐ **Nein** ☐ **unbekannt**

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):
Neu Nachweis Knochenmetastasierung

Meldedatum: 10 . 08 . 2021

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Meldung Statusänderung:
Neu aufgetretene Knochenmetastasierung nach einem zuvor vollständig entfernten Mammakarzinom rechts (> 92 d nach ED)

Todesmeldung

- Meldung unabhängig von der Todesursache
- Sterbedatum
- Tod tumorbedingt
- Todesursache, wenn bekannt

Verlaufsbericht / Todesmeldung

Erkrankung, auf die sich die Verlaufsuntersuchung bezieht:
Diagnosedatum: ___ . ___ . _____

Tumordiagnose (ICD-10) ___ . ___
Freitext _____

Tumorlokalisation (ICD-O): C___ . ___
☐ links ☐ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt
Freitext _____

Morphologie: M ___ ___ ___ ___ / ___ ___
_____ M ___ ___ ___ ___ / ___ ___

Histopathologisches Grading: G___ ☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer: _____

Tumorklassifikation Datum: ___ . ___ . _____
(falls neu erhoben)

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben: _____

		T			N		M
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.
L	V	Pn	S	UICC-Stadium:			

Ann Arbor: _____

Andere Klassifikation:
Name: _____ Stadium: _____

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)

☐ Leber	___.___.___	☐ Lunge	___.___.___
☐ Knochen	___.___.___	☐ Pleura	___.___.___
☐ Hirn	___.___.___	☐ Peritoneum	___.___.___
☐ Nebenniere	___.___.___	☐ Knochenmark	___.___.___
☐ Haut	___.___.___	☐ andere	___.___.___
☐ Lymphknt. nicht regionär	___.___.___	☐ Generalis. Metastasierung	___.___.___

Verlaufsrelevante Nebenwirkungen, die zeitlich nach Abschluss einer Therapie aufgetreten sind:
☐ keine oder nur bis Grad 2

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher Auflage: _____	Grad

Tumorkonferenz: Datum: ___ . ___ . _____
Typ: ☐ prätherapeutisch ☐ postoperativ ☐ posttherapeutisch

Datum der Untersuchung: ___ . ___ . _____
(Datum der letzten Untersuchung, die zur Einschätzung des Tumorstatus geführt hat)

Tumorstatus – Gesamtbeurteilung
☐ Vollremission (CR) ☐ Teilremission (PR) ☐ Klinische Besserung (MR)
☐ Keine Änderung (NC) ☐ Progression ☐ Divergentes Geschehen
☐ Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten (CRr) ☐ Beurteilung unmöglich

Tumorstatus – Detailbeurteilung
Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Nachweis			
Rezidiv / neue Herde			
Residuen (o. n. Angaben)			
Reste – keine Änderung			
Reste – Progress			
fraglicher Befund			
unbekannt			

Bitte Beurteilung ankreuzen

Residualstatus gesamt: R _____
(falls Untersuchung nach Abschluss der Primärtherapie):

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):
☐ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Bei Todesmeldung:
Sterbedatum: ___ . ___ . _____
Todesursache (ICD10 Grundleiden) ___ . ___
Freitext _____
Tod tumorbedingt: ☐ **Ja** ☐ **Nein** ☐ **unbekannt**

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Meldedatum: ___ . ___ . _____

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Verlaufsbericht / Todesmeldung

Erkrankung, auf die sich die Verlaufsuntersuchung bezieht:

Diagnosedatum: 14 . 06 . 2021

Tumordiagnose (ICD-10) 50 . 2

Freitext Mammakarzinom rechts

Tumorlokalisation (ICD-O): C50 . 2

☐ links ☒ rechts ☐ beidseits ☐ Mittellinie ☐ trifft nicht zu ☐ unbekannt

Freitext Oberer innerer Quadrant

Morphologie: M 8500/3

Invasiv-duktales Karzinom M /

Histopathologisches Grading: G 1 ☐ trifft nicht zu

Histologie-Einsendenummer: H2021-123456

Tumorklassifikation Datum: . .
(falls neu erhoben)

TNM (8. Auflage), falls abweichend bitte angeben:

		T			N		M
y/r	c/u/p	T-Klass.	(m)	c/u/p	N-Klass.	c/p	M-Klass.

L	V	Pn	S	UICC-Stadium:

Ann Arbor:

Andere Klassifikation:
Name: Stadium:

Fernmetastasen (im zeitlichen Zusammenhang mit der Therapie)

☐ Leber	. .	☐ Lunge	. .
☐ Knochen	. .	☐ Pleura	. .
☐ Hirn	. .	☐ Peritoneum	. .
☐ Nebenniere	. .	☐ Knochenmark	. .
☐ Haut	. .	☐ andere	. .
☐ Lymphknt. nicht regionär	. .	☐ Generalis. Metastasierung	. .

Verlaufsrelevante Nebenwirkungen, die zeitlich nach Abschluss einer Therapie aufgetreten sind:

☐ keine oder nur bis Grad 2

Art der NW nach CTC, Grad 3 oder höher Auflage:	Grad

Tumorkonferenz: Datum: . .

Typ: ☐ prätherapeutisch ☐ postoperativ ☐ posttherapeutisch

Datum der Untersuchung: . .
(Datum der letzten Untersuchung, die zur Einschätzung des Tumorstatus geführt hat)

Tumorstatus – Gesamtbeurteilung

☐ Vollremission (CR) ☐ Teilremission (PR) ☐ Klinische Besserung (MR)
☐ Keine Änderung (NC) ☐ Progression ☐ Divergentes Geschehen
☐ Vollremission mit residuellen Auffälligkeiten (CRr) ☐ Beurteilung unmöglich

Tumorstatus – Detailbeurteilung
Primärtumor (PT), Lymphknoten (LK), Fernmetastasen (MET)

Beurteilung	PT	LK	MET
kein Nachweis			
Rezidiv / neue Herde			
Residuen (o. n. Angaben)			
Reste – keine Änderung			
Reste – Progress			
fraglicher Befund			
unbekannt			

Bitte Beurteilung ankreuzen

Residualstatus gesamt: R
(falls Untersuchung nach Abschluss der Primärtherapie):

Körperlicher Leistungszustand: nach ECOG (Karnofsky):
☐ 0(90-100%) ☐ 1(70-80%) ☐ 2(50-60%) ☐ 3(30-40%) ☐ 4(10-20%)

Bei Todesmeldung:

Sterbedatum: 07 . 03 . 2022

Todesursache (ICD10 Grundleiden) - . -

Freitext

Tod tumorbedingt: ☐ Ja ☒ Nein ☐ unbekannt

Anmerkungen (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind):

Meldedatum: 25 . 03 . 2022

Arztstempel oder Stempel der Meldestelle **Unterschrift Arzt/Ärztin**

Beispiel Todesmeldung

Verwendung und Nutzen
Das können wir

- Jährliche Auswertung der Daten
- Rückmeldung der Daten an Melder
- Patienten haben Recht auf Auskunft
- Begleitung von Qualitätskonferenzen
- Forschungsdaten

➢ Antragsformulare für patientenbezogene Rückmeldung und Forschungszwecke unter www.kkr-lsa.de

Haben Sie Fragen?
Kontaktieren Sie uns!

Kontakt zur Dokumentation

Regionalstelle Magdeburg	0391 60745347 dokumentation-md@kkr-lsa.de
Regionalstelle Halle	0345 13255310 dokumentation-hal@kkr-lsa.de
Regionalstelle Dessau	0340 85072100 dokumentation-de@kkr-lsa.de

Kontakt zur Informatikabteilung 0345 13255301
support-oc@kkr-lsa.de

Fragen zur Fortbildung? fortbildung@kkr-lsa.de

Anhang

Morphologie- / Histologiegruppen
Karzinome

Gruppe	Morphologie- / Histologiecode (ICD-O-3)
Plattenepithel- und Übergangsepithelkarzinome	8051–8084, 8120-8131
Basaliome	8090-8110
Adenokarzinome	8140–8149, 8160–8163, 8190–8221, 8260–8337, 8350–8552, 8570–8576, 8940-8941
Andere spezifische Karzinome	8030–8046, 8150–8156, 8158, 8170–8180, 8230–8255, 8340-8347, 8560-8562, 8580-8671
Nicht näher bezeichnete Karzinome	8010-8015, 8020-8022, 8050
Sarkome und Weichteiltumoren	8680-8713, 8800-8921, 8990-8991, 9040-9044, 9120-9125, 9130-9136, 9141-9252, 9370-9373,9540-9582
Mesotheliome	9050-9055

BfArM - ICD-O-3 Zweite Revision (dimdi.de)

Meldepflichtige Krebserkrankungen gemäß KKR LSA
Auflistung ICD-10-GM-Codes (Teil 1)

ICD-10-GM-Code	Bezeichnung
C00.0-C96.9	Bösartige Neubildung (außer C77.- bis C79.-)
D00.0-D09.9	In-situ-Neubildungen (außer D04.-)
D32.0	Gutartige Neubildung der Hirnhäute
D32.1	Gutartige Neubildung der Rückenmarkhäute
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

Meldepflichtige Krebserkrankungen gemäß KKR LSA
Auflistung ICD-10-GM-Codes (Teil 2)

ICD-10-GM-Code	Bezeichnung
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 der Ductus craniopharyngealis
D35.4	Gutartige Neubildung der Epiphyse
D39.1	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Ovars
D41.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Harnblase
D42	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Meningen
D43.-	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens des Gehirns und des Zentralnervensystems

Meldepflichtige Krebserkrankungen gemäß KKR LSA
Auflistung ICD-10-GM-Codes (Teil 3)

ICD-10-GM-Code	Bezeichnung
D44.3	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der endokrinen Drüsen: Hypophyse
D44.4	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der endokrinen Drüsen: Ductus craniopharyngealis
D44.5	Neubildung unsicheren oder unbekannten 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]

Meldepflichtige Krebserkrankungen gemäß KKR LSA
Auflistung ICD-10-GM-Codes (Teil 4)

Ergänzende Hinweise:

1. Sekundäre bösartige Neubildungen (C77-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 Primärtumorsitz (CUP) sollen als C80.0 kodiert werden.
3. Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen (C97) sind separat zu kodieren.
4. Neubildungen unsicheren und unbekanntem Verhaltens (D37-D48) sollten nur in definierten Ausnahmefällen (s. Tabelle) einbezogen werden. Die Ausnahmen betreffen das ZNS, bestimmte lymphatische, blutbildende oder verwandte Gewebe sowie Borderline-Tumoren des Ovars (D39.1) und die Neubildungen unsicheren und unbekannten Verhaltens der Harnblasentumore (D41.4).

Paarige Organe
Auflistung der ICD-O-3-L-Codes (Teil 1)

ICD-O-3-Code	Lokalisation
C07	Glandula Parotis
C09	Tonsille
C30.0	Nasenhöhle
C34.0	Hauptbronchus
C34.1	Lungenoberlappen
C34.3	Lungenunterlappen
C34.8	Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C34.9	Lunge o.n.A.
C38.4	Pleura o.n.A.
C40.0	Lange Knochen von Arm und Schulter und zugehörige Gelenke

Paarige Organe
Auflistung der ICD-O-3-L-Codes (Teil 2)

ICD-O-3-Code	Lokalisation
C40.1	Kurze Knochen der oberen Extremitäten und zugehörige Gelenke
C40.2	Lange Knochen der unteren Extremitäten und zugehörige Gelenke
C40.3	Kurze Knochen der unteren Extremitäten und zugehörige Gelenke
C41.3	Rippen, Sternum, Klavikula und zugehörige Gelenke
C41.4	Beckenknochen, Kreuzbein, Steißbein und zugehörige Gelenke
C44.1*	Augenlid
C44.2*	Äußeres Ohr
C44.6*	Haut der oberen Extremitäten und der Schulter
C44.7*	Haut der unteren Extremität und der Hüfte
C50**	Brust

Paarige Organe
Auflistung der ICD-O-3-L-Codes (Teil 3)

ICD-O-3-Code	Lokalisation
C56**	Ovar
C57.0**	Eileiter
C62	Testis
C63.0	Nebenhoden
C64.9**	Niere o.n.A
C65.9	Nierenbecken
C66	Ureter
C69**	Auge und Augenanhangsgebilde
C74	Nebenniere

Paarige Organe
Auflistung der ICD-O-3-L-Codes (Teil 4)

*incl. Malignes Melanom C43 nach ICD-10-GM (Die von der IACR verwendete Lokalisation C44 nach ICD-O-3 umfasst im Unterschied zur Kodierung nach ICD-10-GM alle Tumoren der Haut. Um die vergütungsrelevante Diagnose Melanom (ICD-10-GM C43) abbilden zu können, verwendet man den ICD-O-3-Schlüssel für die Lokalisation der Haut = C44)

**In einigen paarigen Organen treten Tumore gleicher Morphologie/Histologie häufig synchron beidseitig auf. Hier wird der Befall als beidseits dokumentiert. Dies betrifft Tumoren des Ovars, des Eileiters, Wilmstumoren der Niere, das Retinoblastom und das inflammatorische Mammakarzinom.