



Diagnose

| | maligne Neoplasie | in-situ-Neoplasie |
|-------------------------|---|---|
| ICD10 | C61 | D07.5 |
| ICD-O-3 | C61.91 - C61.94 | C61.91 - C61.94 |
| häufigsten Morphologien | 81403 Adenokarzinom 85503 azinäres Adenokarzinom 85003 duktales Adenokarzinom | 81482 HG-PIN bzw. PIN3 (1) 85002 nichtinvasives intraduktales Karzinom (2) |
| Grading | G1-G4 | (1) high grade G3-G4 (2) low grade G1-G2 oder high grade G3-G4 |

Zu beachten ist: Das Übergangszellkarzinom 8120/3 im Bereich der prostatistischen Harnröhre wird für die Harnröhre klassifiziert (ICD10: C68.0)! Ein Gleason Score wird hierfür nicht angegeben.

Meldepflichtige Zusatzdokumentation:

Gleason-Score (Muster 1 + Muster 2 = Gleason-Score)
 Anlass Gleason (O= OP, S = Stanze, U = Unbekannt)
 Datum Stanze
 Anzahl Stanze untersucht
 Anzahl positiver Stenzen
 Carcinom-Befall Stanze (in % oder U= unbekannt)
 PSA-Wert (in ng/ml)
 Datum PSA-Messung

Spezifikationen des TNM:

Ist eine TNM-Kategorie nicht eindeutig festzulegen, muss die niedrigere Kategorie gewählt werden, z.B.: cT1-2 → in der Meldung cT1

ungültige Angaben zum TNM: c/pTx, c/pNx, c/pMx

Sind klinisch keine regionären Lymphknoten bzw. keine Metastasen befallen → cN0, cM0

Bei vorhandenen Fernmetastasen bitte die M-Kategorie spezifizieren (TNM 8.Auflage korrigierter Nachdruck 2020):
 M1a nichtregionäre Lymphknotenmetastasen
 M1b Knochenmetastasen
 M1c Metastasen anderer Lokalisation

Operation

OP-Schlüssel einer Primärtumor-Operation:

- 5-601.* transurethrale Exzision und Destruktion von Prostatagewebe (TUR-P)
- 5-604.* Prostataektomien
- 5-601.30 Radiofrequenzablation (RFA)
- 5-601.7* lokale Laserablation
- 5-602.1* HIFU
- 5-602.3* Kryotherapie
- 5-602.5* Vaskulär-gezielte photodynamische Therapie (VTP)
- 5-602.6* irreversible Elektroporation (IRE)

Bitte beachten Sie die Meldung aller Mindestangaben zu einer Operation:

https://www.kkr-lsa.de/fileadmin/user_upload/krebsregister/pagecontent/melder/Ihre_Meldung_an_uns/Ratgeber_Mindestangaben_einer_Meldung.pdf

Meldepflichtige Zusatzdokumentation:

Gleason-Score (Muster 1 + Muster 2 = Gleason-Score)
 PSA-Wert (in ng/ml)
 Datum PSA-Messung
 Postoperative Komplikationen



Systemtherapie

Active Surveillance:

Zur aktive Überwachung des lokal begrenzten, nicht metastasierten Prostatakarzinoms; Weitere spezifische lokale oder systemische Therapien erfolgen erst nach Progression oder Wunsch des Patienten.

Wait and See:

Eine primäre Therapie des Prostatakarzinoms ist bereits erfolgt. Unter günstigen Umständen erfolgt eine leitliniengerechte Therapie verzögert.

Androgendeprivation:

Jede Substanz muss einzeln gemeldet werden.

Standardtherapien zum Prostatakarzinom sind unter <https://www.onkologie2024.de/#/inhalt> zu finden. Substanzen sind für jede Therapie anzugeben, außer für eine abwartende Therapie (Active Surveillance, Wait and See).

Nebenwirkungen bis 90 Tage nach abgeschlossener Therapie sind meldepflichtig.

Radiotherapie

Jede Bestrahlung kann mehrere Teilbestrahlungen enthalten. Pro Teilbestrahlung darf nur ein Zielgebiet gemeldet werden.

Alleinige permanente interstitielle Brachytherapie:

Applikationsart: Interstitielle Kontakttherapie

Seed-Implantation (Iod125 bzw. Palladium103)

Angabe einer Gesamtdosis, keine Angabe einer Einzeldosis

Perkutane Strahlentherapie + Afterloading mit einer interstitieller Brachytherapie :

Bestrahlungen sind als separate Teilbestrahlungen zu melden.

Applikationsart: perkutane Bestrahlung und interstitielle Kontakttherapie

Afterloading mit einer interstitiellen Brachytherapie erfolgt z.B. mit Iridium192.

Offene Radionuklid-Bestrahlung:

Angabe einer Gesamtdosis, keine Angabe einer Einzeldosis.

Applikationsart: offene Radionuklide (metab. Therapie)

1. mit Radium223-dichlorid(Xofigo) oder Samarium153 (Lexidronam)

erfolgt bei kastrationsresistentem, progredienten Prostatakarzinom mit symptomatischen, ossären Metastasen

2. PSMA-Liganden (Lutetium177)

als Heilversuch bei Ausschöpfung der leitliniengerechten Therapie

Nebenwirkungen bis 90 Tage nach abgeschlossener Therapie sind meldepflichtig.



Nachsorgen

Unbegrenzt meldepflichtig sind: Rezidive, Progresse und Metastasen.

Eine Nachsorge nach einer abgeschlossenen Therapie kann frühestens nach 3 Monaten erfolgen.

Biochemisches/r Rezidiv/Progress:

Ein Rezidiv oder ein neu aufgetretener Progress eines Prostatakarzinoms, das nach ärztlicher Bewertung aufgrund eines alleinigen PSA-Anstiegs festgestellt wurde, wird mittels einer Meldung anlässlich einer Änderung im Krankheitsverlauf folgendermaßen gemeldet:

Gesamtbeurteilung: P = Progress oder Y = Rezidiv,

keine Teilbeurteilungen zum Status des Primärtumor, der Lymphknoten oder der Metastasen

Nachsorgemeldungen mit der Gesamtbeurteilung „keine Änderung“ und fehlender Teilbeurteilung sind unplausible Meldungen und werden nicht vergütet.

Meldepflichtige Zusatzdokumentation zur Nachsorge sind: PSA-Wert, Datum der PSA-Messung.

Quellen

- <https://basisdatensatz.de>
- <https://www.krebsregisterverbund.de/projects/kfrg-65c/wiki>
- [Leitlinienprogramm Onkologie: Übersicht \(leitlinienprogramm-onkologie.de\)](https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de)
- <https://www.onkologie2024.de/#/inhalt>
- TNM - Klassifikationen maligner Tumoren, Wittekind C., 8. Auflage korr. Nachdruck 2020, Wiley VCH
- https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html

Stand 07/2024