



Datenqualität und Besonderheiten der Dokumentation

Leber und Pankreas

Agenda



Thema	KLR-Referentin
Datenqualität im Krebsregister – Qualitätskonferenzen	Christine Sandu
Meldeanlass Diagnose - allgemein	Tatjana Hempel
Meldeanlass Diagnose – Leber	Martina Manhart
Meldeanlass Diagnose – Pankreas	Martina Manhart
Meldeanlass Therapien	Gunhild Maier
Meldeanlass Verlauf	Manuela Conz
Prüfung der Daten – Hinweise	Manuela Conz



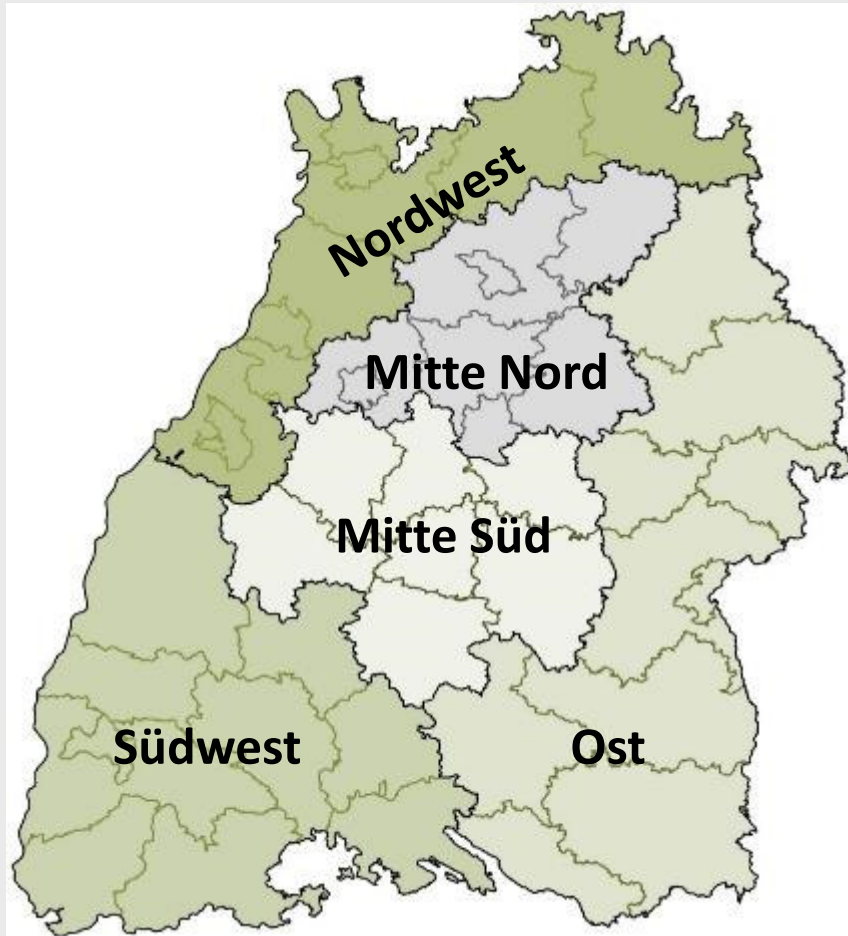
Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen

Regionale Qualitätskonferenzen Viszeralonkologie

§ 8 Qualitätskonferenzen

- (1) Es wurden **fünf regionale Qualitätskonferenzen** eingerichtet.
- (2) Die regionalen Qualitätskonferenzen führen ...**regelmäßig Analysen** und Maßnahmen zur regionalen und einrichtungsbezogenen Versorgungsqualität durch und fördern die interdisziplinäre direkt patientenbezogene sektorenübergreifende **Zusammenarbeit...**
- (3) Es wird sichergestellt, dass **keine Identifizierung des einzelnen Patienten** möglich ist. Angaben und Auswertungen, in denen einzelne Einrichtungen erkennbar sind, dürfen der regionalen Qualitätskonferenz nicht ohne Einwilligung der betreffenden Einrichtungen zugänglich gemacht werden.
- (4) Zur fachlichen und wissenschaftlichen Beratung ... der regionalen Qualitätskonferenzen wird eine Landesqualitätskonferenz eingerichtet. **Die Landesqualitätskonferenz kann bei seltenen Krebserkrankungen oder durchgeführten Therapien landesweite Verfahren nach Absatz 2 durchführen.** Die regionalen Qualitätskonferenzen und die Landesqualitätskonferenz erstellen als Institutionen der Landesqualitätsberichterstattung regelmäßig einen **Landesqualitätsbericht.**

Umsetzung regionale Qualitätskonferenzen



- **5 Regionen (§ 8 LKrebsRG):**
Tumorzentren:
 - Freiburg (Region **SW**)
 - Ulm (Region **Ost**)
 - Heidelberg/Mannheim (Region **NW**)
 - Tübingen (Region **MS**)
 - Stuttgart (Region **MN**)

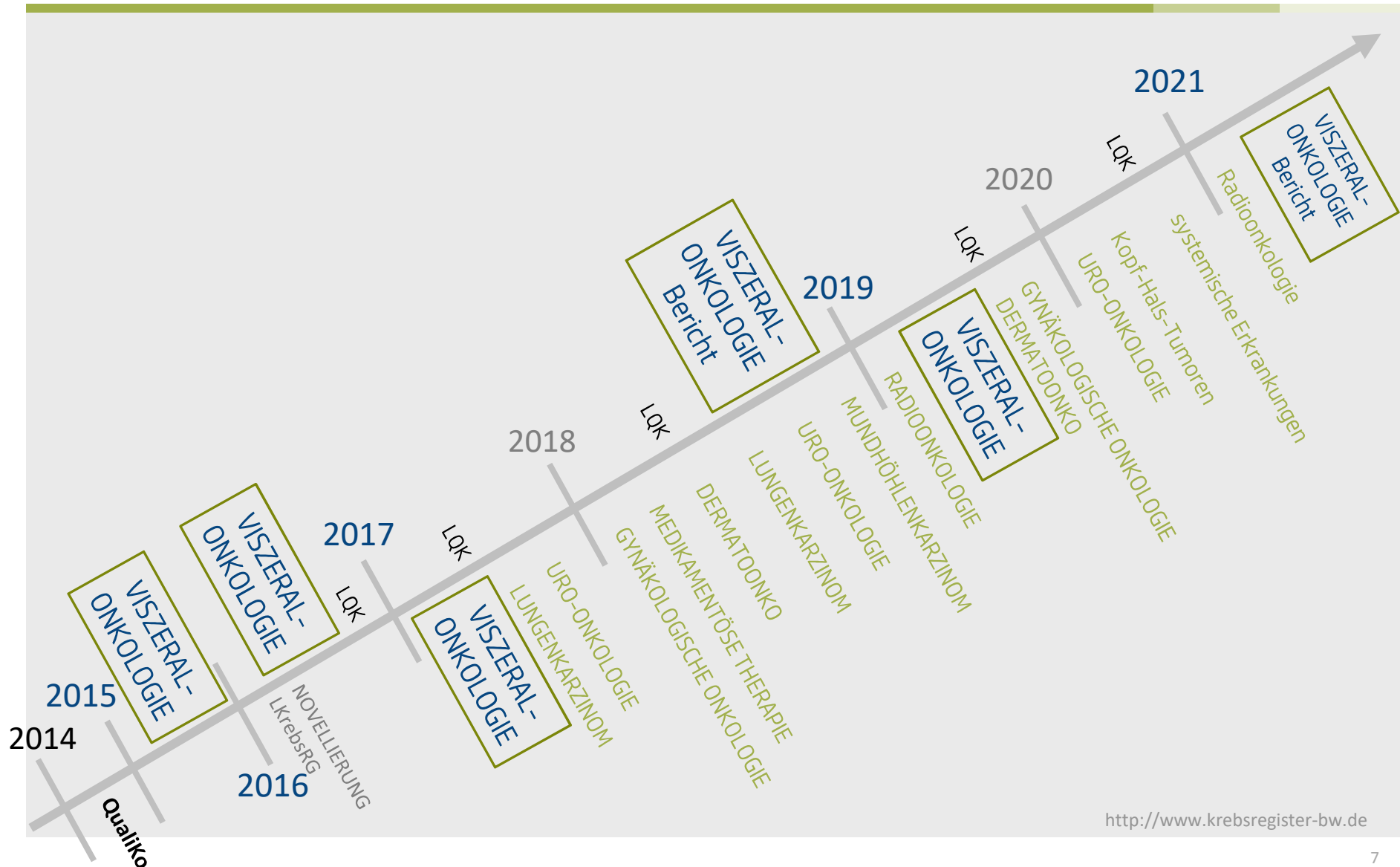
- Je ca. 2 Millionen Einwohner
- Je 7 – 10 Stadt-/Landkreise

- **Ziel / gesetzlicher Auftrag** (LKrebsRG, KFRG) der Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen

= = >> **Verbesserung der Versorgungsqualität**

- **Kollegialer Austausch und Vergleich** (regional bzw. landesweit)
 - Therapien sowie **Behandlungsmöglichkeiten im zeitlichen Verlauf**
 - Therapiealgorithmen und Behandlungsabläufe für Patientengruppen
 - Austausch zu möglichen Therapieverfahren
- KLR sieht sich als Dienstleister für die Leistungserbringer
- alle Patienten werden sektorenübergreifend erfasst (stationär, ambulant)
- ADT/GEKID Datensatz ist vorgegeben (Auswertungen teilweise erschwert)

Historie LQK und Qualitätskonferenzen



Start 2015

- regionale QK in Ost, NW, SW, MS
- Kolorektale Karzinome, Pankreaskarzinome
- Auswertung Diagnosejahre 2011-2013

2016 & 2017

- regionale QK in allen Regionen
- Kolorektale Karzinome, Pankreaskarzinome, **Ösophagus- und Magenkarzinome**
- Auswertung Diagnosejahre 2011-2014 bzw. 2012-2015

2018

- Bericht, keine regionale QK
- Kolorektale Karzinome, Pankreaskarzinome, Ösophagus- und Magenkarzinome, HCC
- Auswertung Diagnosejahre 2012-2016

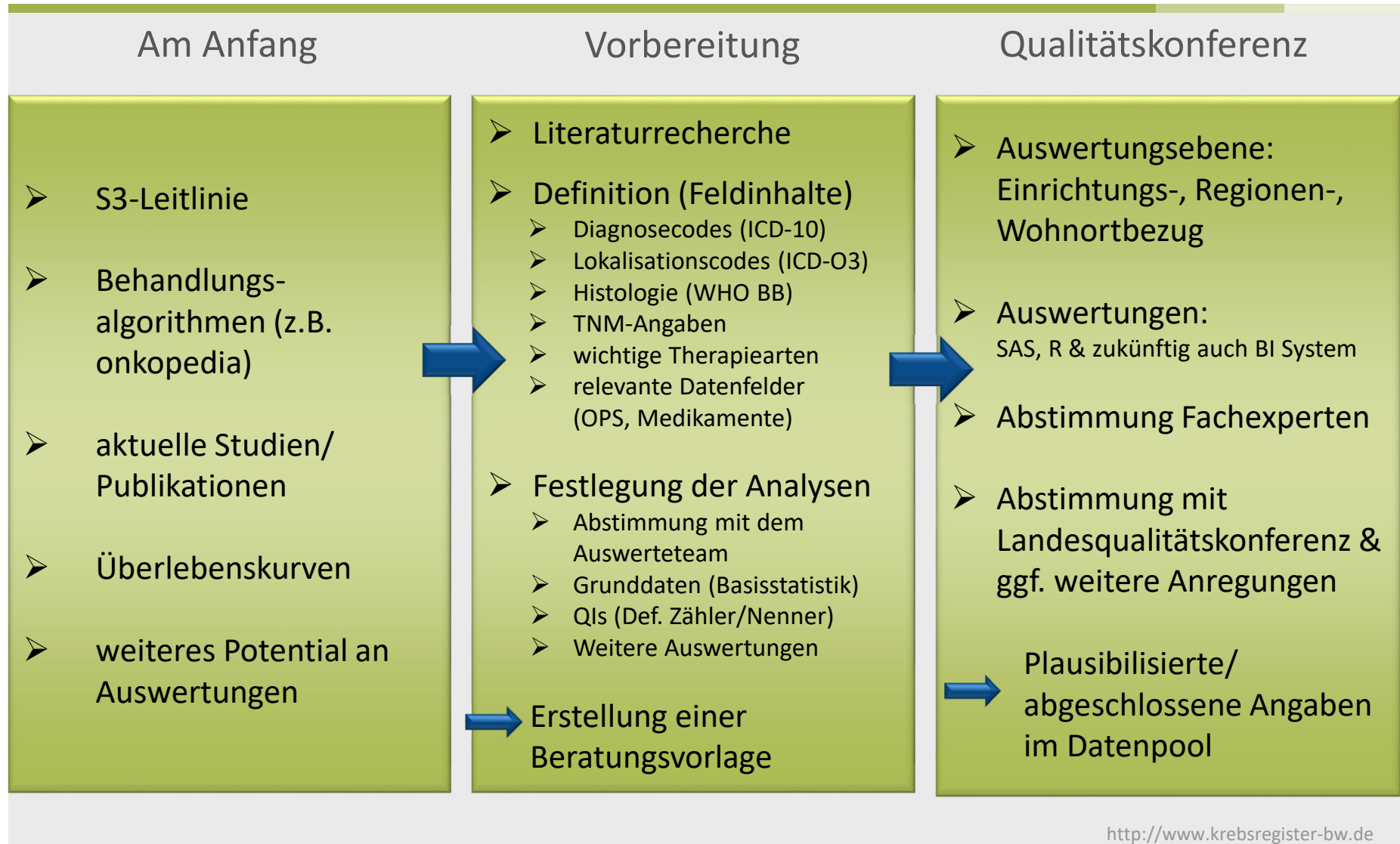
2019

- regionale QK in allen Regionen
- Kolorektale Karzinome, Pankreaskarzinome, Ösophagus- und Magenkarzinome, HCC
- Auswertung Diagnosejahre 2012-2016

2021

- aufgrund der Pandemie-Situation konnten die für Februar und März geplanten Qualitätskonferenzen nicht stattfinden
→ Bericht mit regionalen und landesweiten Analysen zu:
Kolonrektum, HCC und **Analkarzinom**
- Die S3 Leitlinien Pankreas CA befinden sich in Überarbeitung.
- Zur S3 Leitlinie HCC ist im Februar 2021 eine Konsultationsfassung erschienen. Sie beinhaltet 7 Qualitätsindikatoren. Die neue S3 LL wird Diagnostik und Therapie des Hepatozellulären Karzinoms und biliärer Karzinome in einer Leitlinie zusammenzufassen.

Der Weg zur Qualitätskonferenz - Was steckt hinter den Auswertungen?



An wen richten sich die Qualitätskonferenzen?



- Zielpublikum sind stationäre und ambulante Leistungserbringer:
 - Fachärzte z.B. Allgemein und Viszeralchirurgen, Gastroenterologen
 - Strahlentherapeuten
 - Hämatologen/ Onkologen

- Ab Herbst 2021 auch QK für Pathologen

- Teilnahme der Tumordokumentare auf Einladung der Ärzte möglich

- **Basisstatistik** aus Best-of-Datensatz z.B. Alter, Geschlecht, TNM-Angaben, Histologie (stationäre und ambulante Meldungen)
- Auswertungen zur **Datenqualität** bei neuen Entitäten, fehlende Angaben ersichtlich z.B. bei der Stadiengruppierung (TNM, Histologie)
- **Fachvorträge**: aktueller Therapiestand, neue Erkenntnisse aus der Forschung

- Schwerpunkt: klinische Auswertungen
 - Qualitätsindikatoren nach S3 Leitlinie als „Pflichtprogramm“ im Einrichtungsvergleich (pseudonymisiert)
 - Einrichtungsvergleiche(pseudonymisiert): Operationen und Interventionen/Ablationen
 - weitere Auswertungen zu Therapiegeschehen

- Bislang Überlebenskurven für
 - LungenCA (2019)
 - Uroonkologie (2020)
 - Künftig auch in der Viszeralonkologie

QK Viszeralonkologie 2021

HCC, Diagnosejahr 2017 | T-Klassifikation nach TNM 7/8

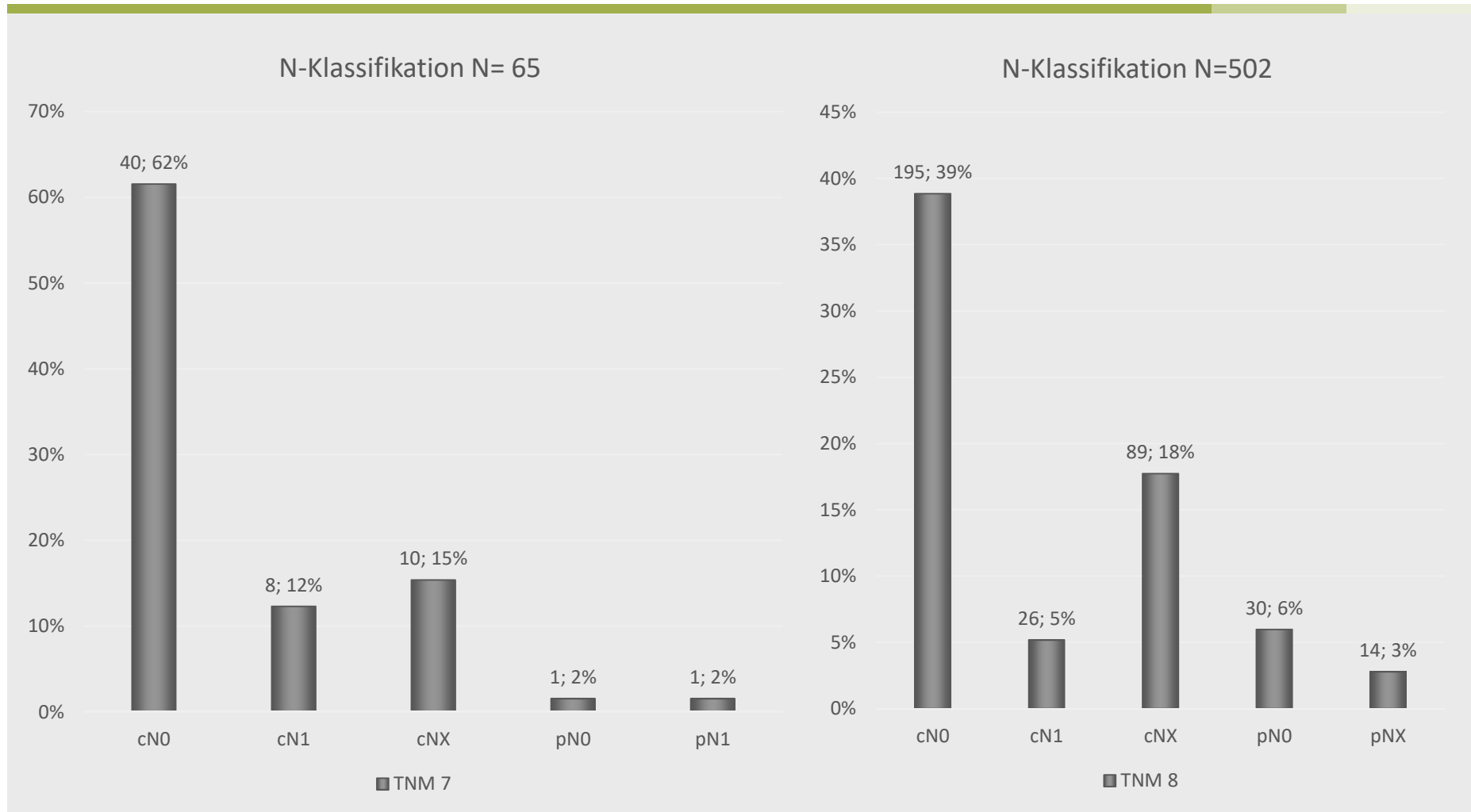


Bemerkung:
Aus klinischen und pathologischen Meldungen ergeben sich folgende T-Angaben.

<http://www.krebsregister-bw.de>

QK Viszeralonkologie 2021

HCC, Diagnosejahr 2017 | N-Klassifikation nach TNM 7/8



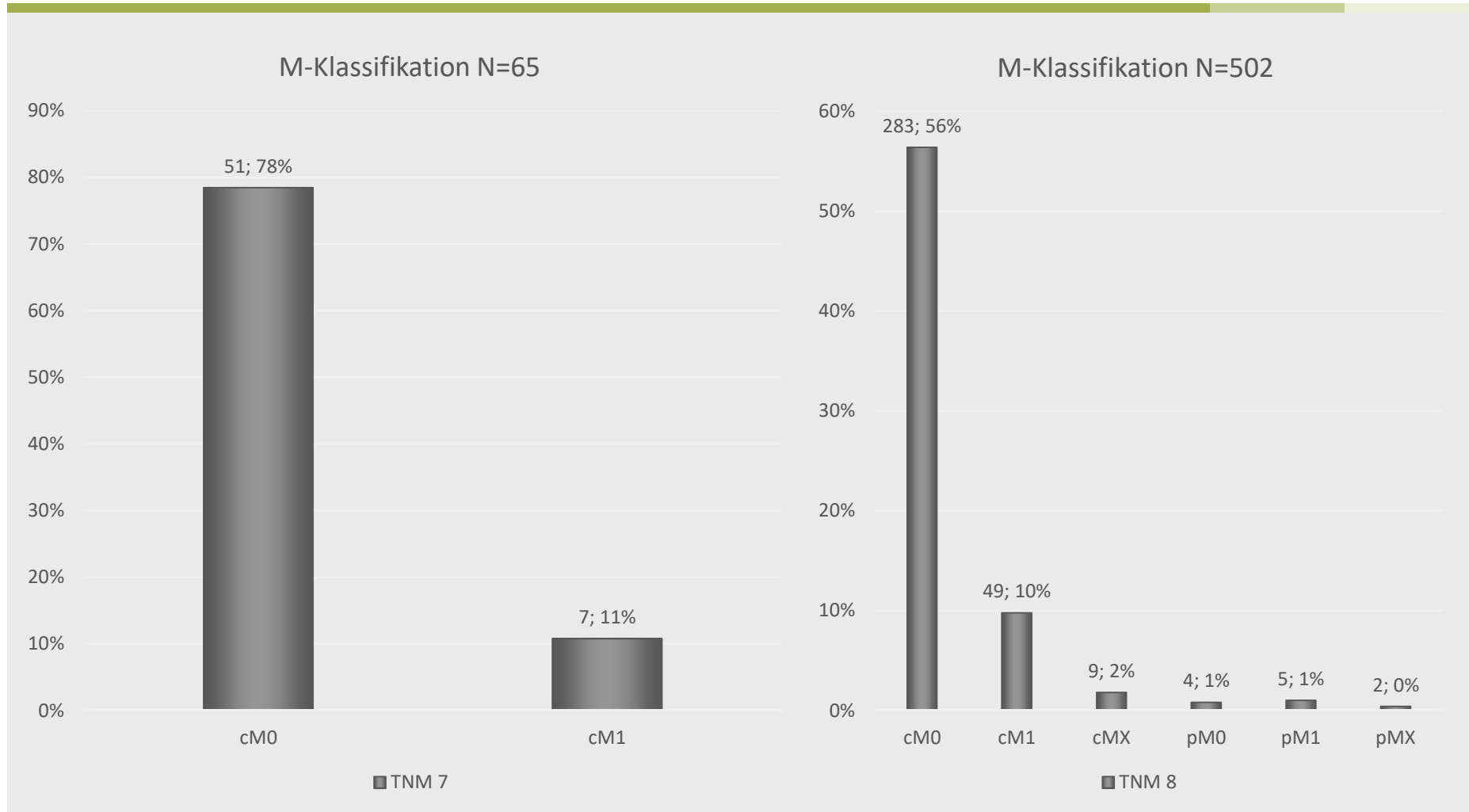
Bemerkung:

Aus klinischen und pathologischen Meldungen ergeben sich folgende N-Angaben.

<http://www.krebsregister-bw.de>

QK Viszeralonkologie 2021

HCC, Diagnosejahr 2017 | M-Klassifikation nach TNM 7/8



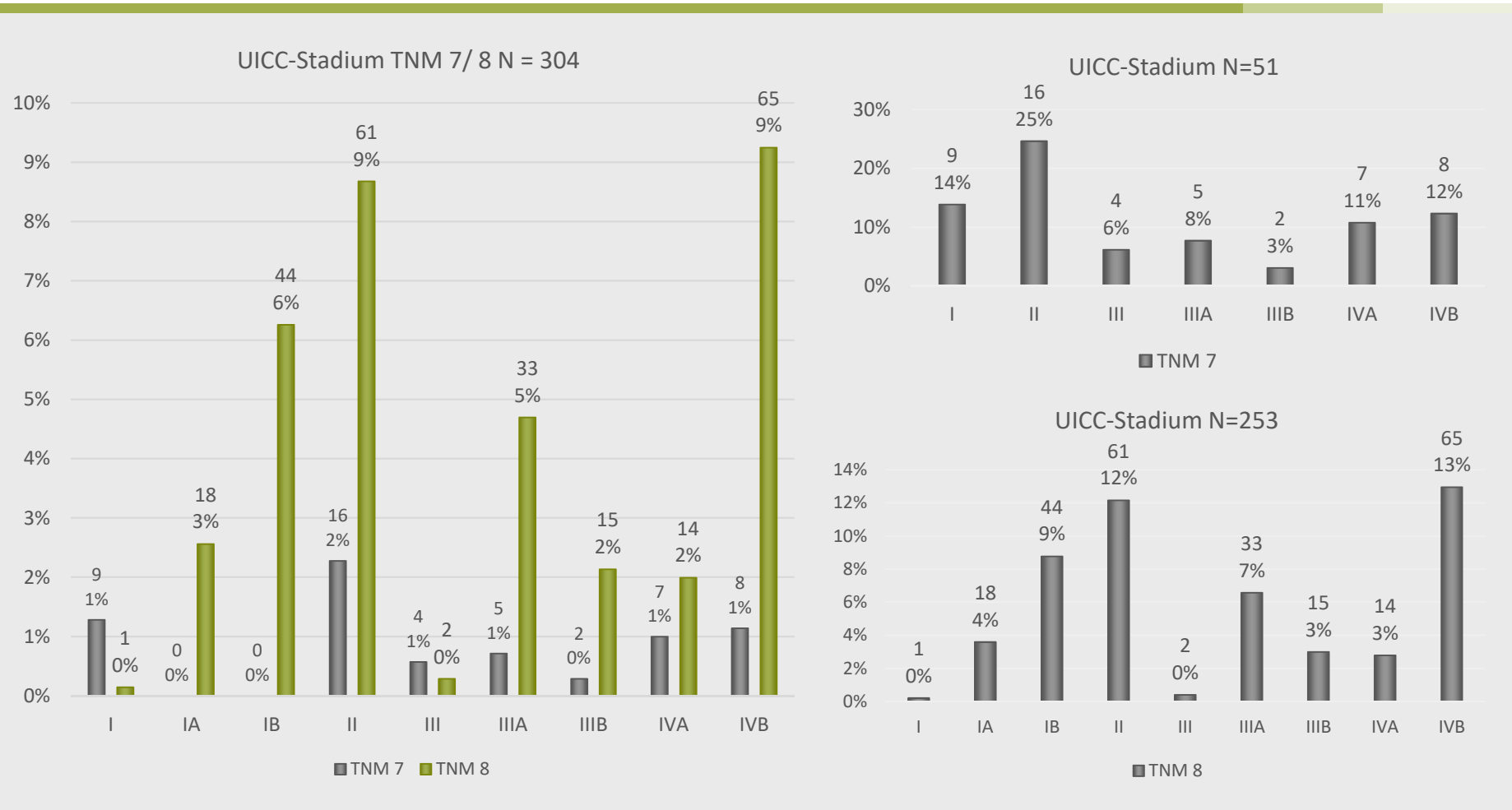
Bemerkung:

Aus klinischen und pathologischen Meldungen ergeben sich folgende M-Angaben.

<http://www.krebsregister-bw.de>

QK Viszeralonkologie 2021

HCC, Diagnosejahr 2017 | UICC-Stadium nach TNM 7/8



Bemerkung:

Aus klinischen und pathologischen Meldungen ergeben sich folgende UICC-Angaben nach TNM 7/8.

Die Grundgesamtheit (N=304) sind Patienten mit einem UICC-Stadium. 399 der Pat. haben kein UICC-Stadium. <http://www.krebsregister-bw.de>

QK Viszeralonkologie 2019

Beispiele: exokrines Pankreaskarzinom



Häufigkeitsverteilung | Histologiegruppen für C25

Histologiegruppe	Anzahl	Anteil [%]
Adenokarzinome und Subtypen nach WHO	3.402	40.55
Plattenepithelkarzinome nach WHO	16	0.19
Sonstige spezifische Karzinome nach WHO	5	0.06
Sonstige Karzinome, nicht nach WHO	4.967	59.20
Summe	8.390	100.00

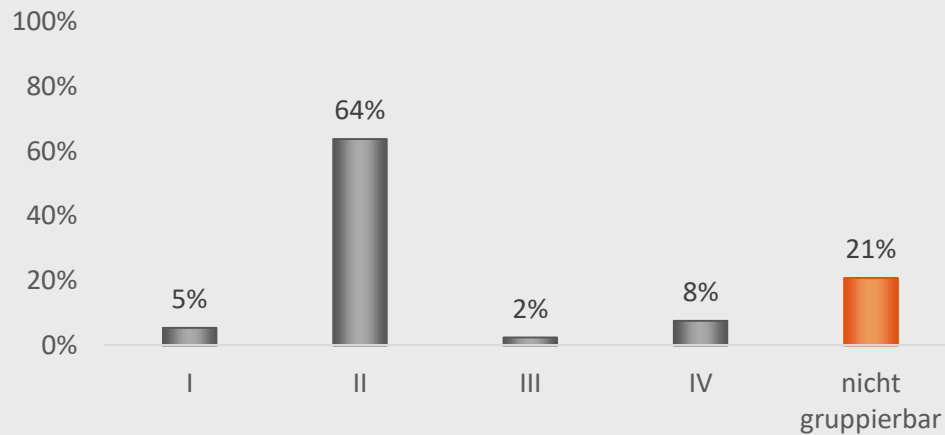
QK Viszeralonkologie 2019

Beispiele: exokrines Pankreaskarzinom

5-524.* Partielle Resektion des Pankreas

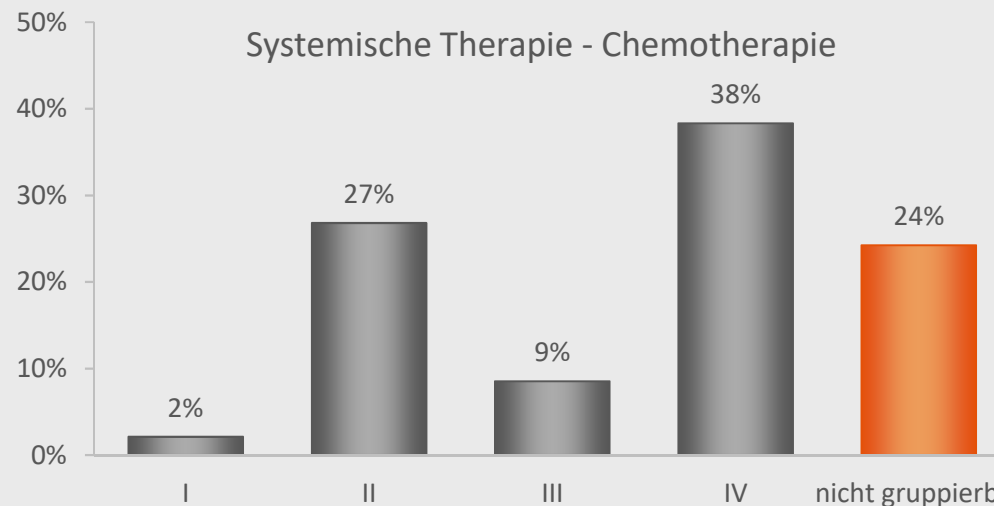
UICC-Stadium | 5-524.* Partielle Resektion des Pankreas

N = 2.110



Systemische Therapie | Chemotherapie

N = 4.178



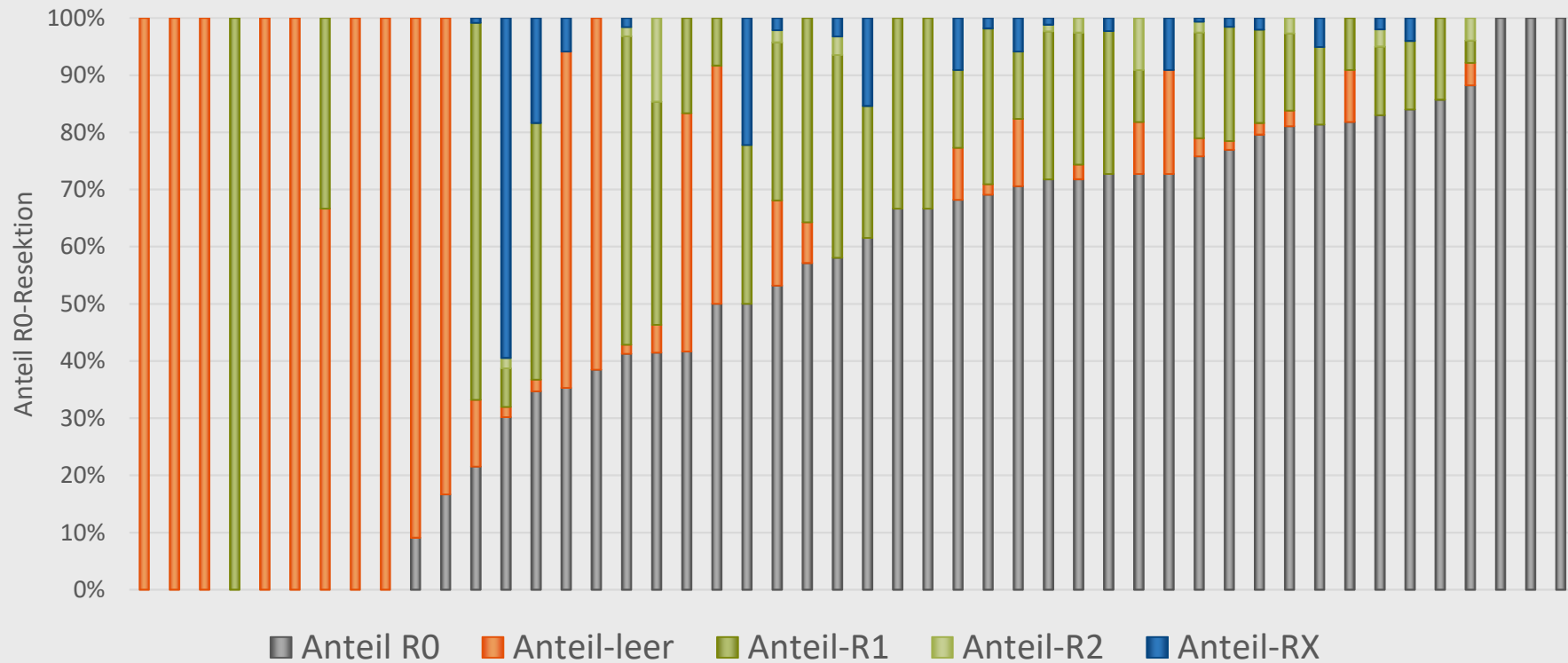
QK Viszeralonkologie 2019

Beispiele: exokrines Pankreaskarzinom

QI 1 | R0-Resektion N = 2.353

R-Klassifikation ohne Angaben N = 219 → 9%

QI 1 Anteil R0-Resektion



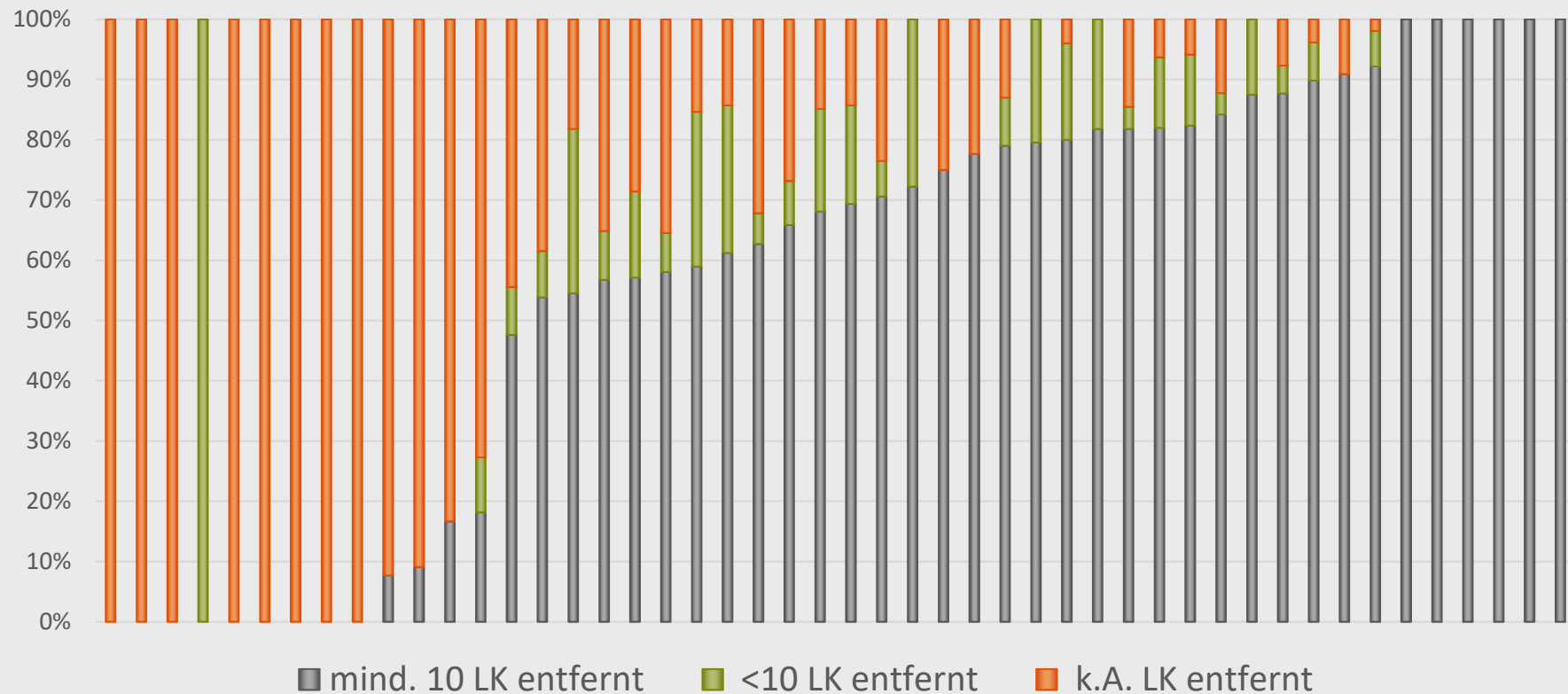
QK Viszeralonkologie 2019

Beispiele: exokrines Pankreaskarzinom

QI 2 | LK-Entfernt N = 2.353

Keine Angabe zu entfernten LK N = 1.105 → 47%

QI2 Anteil LK-Entfernung



Diagnosemeldungen:

- **Histologien** (möglichst spezifisch & nach aktuellem WHO BB)
- **TNM-Angaben** (TNM-Version und Diagnosedatum)
- **TNM-Veneninvasion/ -Perineuralinvasion /-(Serumtumormarker)**
- **Allgemeiner Leistungszustand** nach **ECOG** 0-4 / **Karnofsky** 10%-100%
- **Zusatzklassifikationen** bzw. „weiteren Klassifikationen“
beim HCC z.B. **BCLC** (A1-D), **Child Pugh Score** (A-C)

→ → **Histologie & TNM-Angaben wichtig für die Stadien-Gruppierung
und damit für die Therapieentscheidung**

→ → **Dialog zwischen den Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgungsqualität**

Datenlücken in den Auswertungen



Therapiemeldungen:

Operationen:

- OPS-Kodes
- OPS-Version \leftarrow \rightarrow Leistungsdatum müssen zueinander passen
- Angabe des lokalen R-Status
- OP-Datum
- Anzahl untersuchte/befallene Lymphknoten

Systemische Therapien:

- Intention
- Stellung zur OP
- Therapieart
- Substanz(en) / Protokoll (Freitextfeld)
 \rightarrow bundesweit einheitliche Liste
- Datum: Beginn und Ende

Strahlentherapien:

- Intention
- Stellung zur OP
- Angabe Zielgebiet
- Applikationsart
- Einzeldosis / Gesamtdosis
- Datum: Beginn und Ende

Datenlücken in den Auswertungen

Verlaufsmeldungen:

- Untersuchungsdatum der Nachsorge
- Gesamtbeurteilung Tumorstatus
- lokaler Tumorstatus
- Tumorstatus Lymphknoten
- Fernmetastasen
- Sterbedatum

- **Datensatzumstellung 2016** KRBW <--> ADT/GEKID
 - veränderte Dokumentationsplattform (neu: Melderportal/ Registerdatenbank)
 - wenig Erfahrung mit dem neuen Datensatz (Dokumentationsfragen)
 - Schnittstellenprobleme: intern KLR/ beim Melder/ Softwarehersteller
 - ADT/GEKID BDS/Module hat Grenzen (inhaltlich; technisch)

- **Übermittlung und Abarbeitung** der Meldungen im KRBW (VS, KLR)

➤ 2021 März Bericht:

- Aufgrund der Pandemiesituation als Bericht
- Entitäten: Kolonkarzinome, Rektumkarzinome, HCC, **NEU: Analkarzinome**
- Auswertungen zum Diagnosejahr 2017

➤ 2022 Datenqualität:

- Weitere entitätsspezifische Bearbeitung/Vervollständigung/Plausibilisierung voraussichtlich: Ösophaguskarzinome, Magenkarzinome, Pankreaskarzinome

➤ 2023 Februar/ März regionale Qualitätskonferenzen:

- Entitäten: Ösophaguskarzinome, Magenkarzinome, Pankreaskarzinome

Monitoring-Listen: Angefragte Felder



Ziel der Monitoring Listen:

Rückspiegelung wichtiger Angaben, die in den Meldungen (zu Diagnose/ Behandlung/ Nachsorgen) fehlen, die aber elementar für die Therapieentscheidung und Analysen sind.

- Aktualisierung und Vervollständigung der Angaben
- aussagekräftige Analysen mit hohen Fallzahlen für die Konferenzen
- Dialog zw. den Leistungserbringern zur Verbesserung der Versorgungsqualität der Patienten ermöglichen

Geschäftsstelle QualiKo - Besuchen Sie uns auf

www.qualitaetskonferenzen-bw.de



Team der Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen Viszeralonkologie

- Bianka Bubeck: Ösophaguskarzinome, Magenkarzinome, Analkarzinome
- Cigdem Oswald: Kolorektale Karzinome
- Christine Sandu: HCC, Pankreaskarzinome

Krebsregister Baden-Württemberg
QUALIKO TEAM VERANSTALTUNGEN ANMELDUNG QUALITÄTSKONFERENZ KARRIERE SERVICE

LANDESWEIT STUTTGART 07.07.2021 | QUALITÄTSKONFERENZ DERMATO-ONKOLOGIE

Die Qualitätskonferenz Dermato-Onkologie zum Malignen Melanom, Plattenepithelkarzinom der Haut und Merkelzellkarzinom findet voraussichtlich bei der Klinischen Landesregisterstelle in Stuttgart statt.

Pandemiebedingt ggf. anderes Format der Veranstaltung.

Mittwoch, 07.07.2021
15.00 Uhr bis 18.00 Uhr
Klinische Landesregisterstelle des Krebsregisters Baden-Württemberg
Birkenwaldstraße 149
70191 Stuttgart

Eine Anfahrtsbeschreibung finden Sie [hier](#).

Bitte beachten Sie als Anmeldeschluss den 23.06.2021.

JETZT ANMELDEN

Region Nordwest (Heidelberg / Mannheim)
Region Mitte Nord (Stuttgart)
Region Mitte Süd (Tübingen)
Region Südwest (Freiburg)
Region Ost (Ulm)

Geschäftsstelle QualiKo - Besuchen Sie uns auf www.qualitaetskonferenzen-bw.de



The image displays five overlapping screenshots of the QualiKo website, showcasing various sections:

- veranstaltungen**: A map of Baden-Württemberg with markers indicating the locations of quality conferences. Text includes "Termine der Qualitätskonferenzen und Infos zur Teilnahme" and "Termine Qualitätskonferenzen".
- download berichte**: A section for downloading reports, with a prominent "download berichte" heading.
- QualiKo**: The main landing page, featuring the text "Onkologische Konferenzen zum Wido" and a list of links: "Qualitätskonferenzen", "Landesqualitätskonferenzen", "Verträge und Medien", and "Der Team der Geschäftsstelle QualiKo".
- service**: A section titled "Lesenswert und wissenswert: Ihr Mo" with links for "Links", "Publikationen & Downloads", and "FAQ / Häufig gestellte Fragen".
- news**: A section for "Aktuelle Informationen von QualiKo".
- kontakt**: A section titled "Ihre Verbindung mit QualiKo für eine bessere Versorgung" with links for "Ansprechpartner nach Regionen", "Geschäftsstelle Qualitätskonferenzen", and "Kontaktformular".

Each screenshot includes the website's navigation menu: Start, Veranstaltungen, Berichte, QualiKo, Service, News, Karriere, Kontakt. A search bar is also visible in each header. A "scroll down" indicator is present at the bottom of each screenshot.

Geschäftsstelle QualiKo - Besuchen Sie uns auf
www.qualitaetskonferenzen-bw.de



Anmeldung Qualitätskonferenz Download Berichte Suche

Krebsregister Baden-Württemberg

[Start](#) [Veranstaltungen](#) [Berichte](#) [QualiKo](#) [Service](#) [News](#) [Karriere](#) [Kontakt](#)

spiegelbild der onkologischen versorgung

Qualitätskonferenzen zur Optimierung der onkologischen Versorgung in Baden-Württemberg.

[anmeldung qualitätskonferenzen](#)

[download berichte](#)

scroll down

<http://www.krebsregister-bw.de>

Geschäftsstelle QualiKo - Besuchen Sie uns auf
www.qualitaetskonferenzen-bw.de



Haben Sie noch Fragen?



Meldeanlass Diagnose: Allgemein

Was ist zu melden?

- (1)“ Ärzte sind verpflichtet, die Angaben zu übermitteln, soweit diese im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit neu anfallen.“ (LKrebsRG §4)
- Diagnosen, die nicht selbst gestellt wurden, sind nicht meldepflichtig.
- Verdachtsdiagnosen sind nicht zu melden.

Wann ist die Diagnose zu melden?

- Laut Krebs RVO § 3 ist eine Diagnosemeldung an das Krebsregister zu übermitteln, wenn die Diagnose hinreichend **klinisch** oder **histologisch** gesichert ist. (Krebs RVO §3).

Meldeanlass Diagnose: Diagnosedatum

Welches Datum ist als Diagnosedatum zu wählen?

- Das (Erst-)Diagnosedatum ist der Tag, an dem die Tumordiagnose sicher gestellt werden kann. (AJCC Cancer Staging Manual 8th ed., S. 12)
- Die Diagnose kann vom behandelnden Arzt auch anhand **klinischer Untersuchungen**, z.B. Bildgebung, gestellt werden.
- **Der Diagnosezeitpunkt soll nicht später sein als der Zeitpunkt des Therapiebeginns oder der Entscheidung, nicht zu therapieren oder der Todeszeitpunkt.**

Meldeanlass Diagnose: Zeitpunkt der Diagnose laut ENCR

Ereignisse in der Reihenfolge abnehmender Priorität , bitte wählen Sie das **chronologisch zuerst auftretende Ereignis** innerhalb von 3 Monaten

Zeitpunkt der ersten histologischen oder zytologischen Sicherung des Tumors

- a) Zeitpunkt der Probenentnahme
- b) Zeitpunkt des Eingangs beim Pathologen
- c) Datum des pathologischen Befundes

Zeitpunkt der ersten Konsultation in der Ambulanz aufgrund des malignen Tumors

Todeszeitpunkt, wenn keine andere Information vorliegt, außer, dass der Patient an einem malignen Tumor verstorben ist

1

2

3

4

5

6

Zeitpunkt der Einweisung ins Krankenhaus

Diagnosezeitpunkt abweichend von 1, 2 oder 3

Todeszeitpunkt - Tumor wurde bei Autopsie festgestellt

Meldeanlass Diagnose: Diagnosedatum

Wie sind die ENCR-Regeln anzuwenden?

- Ist zum Zeitpunkt der chronologisch ersten sicheren Tumordiagnose eine histologische Sicherung möglich, soll das Datum der OP/Probeentnahme (Biopsie) als bevorzugtes Diagnosedatum verwendet werden.
- Dieses Vorgehen entspricht dem Ereignis 1a nach den Regeln des ENCR* und wird von allen Landeskrebsregistern umgesetzt (s. Manual der Krebsregistrierung, 2019, S. 87).

Meldeanlass Diagnose: Allgemeiner Leistungszustand



- Der **Allgemeine Leistungszustand (auch Performance Status oder Aktivitätsstatus)** beschreibt den körperlichen Zustand von Patienten.
- Dient der Bewertung des allgemeinen Wohlbefindens und der Einschränkungen bei Aktivitäten des alltäglichen Lebens.
- Wichtige Grundlage für die Prognose und die Therapieempfehlung, sollte zum Zeitpunkt der Diagnosestellung dokumentiert werden.
- Wichtig auch i.R. von Verlaufskontrollen.
- über den ADT/GEKID Basisdatensatz mit ECOG (0-6) oder Karnofsky (in %) dokumentierbar.

Karnofsky-Index	ECOG (Eastern Co-operative of Oncology Group)
• 11-stufige Skala in 10%-Schritten	• teilt die Aktivität in sechs Grade

Meldeanlass Diagnose: Allgemeiner Leistungszustand



Karnofsky-Index	ECOG-Index	Beschreibung
90-100%	0	Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung
70-80%	1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z.B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich
50-60%	2	Einige Hilfestellung nötig, selbständig in den meisten Bereichen. Hilfe und medizinische Versorgung wird oft in Anspruch genommen
40-30%	3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50% oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden
20-10%	4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden
0%	5	Tod
	U	Unbekannt

Meldeanlass Diagnose: Histologie



- Eine **genaue und spezifische Histologie nach der aktuellen WHO-Klassifikation** (WHO Classification of Tumours/Blue Books) ist wichtig für die Auswertungen.
- Aktuelle Codes der WHO sind in **ICD-O-3 2. Revision** (von DIMDI veröffentlicht 12/2020) übernommen worden.
- Liste der Histologien nach WHO siehe Handout zur Schulung.

Meldeanlass Diagnose: Seitenlokalisierung

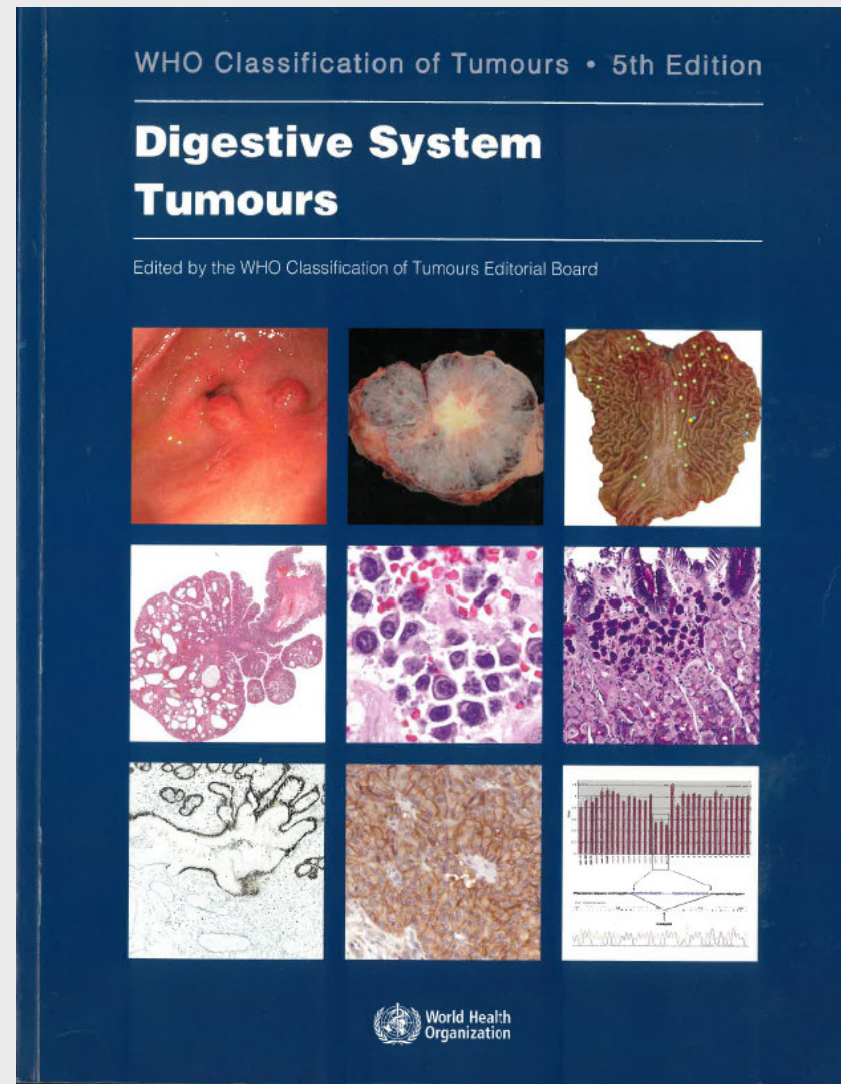
- Leber und Pankreas sind keine paarigen Organe, bitte immer mit „T“ für „Trifft nicht zu“ kodieren.
- Ausschnitt Datenkatalog:

4.10. Seitenlokalisierung	
Feldname:	Tumor Seitenlokalisierung
EDV-Bezeichnung:	Seitenlokalisierung
Beschreibung:	Angabe der betroffenen organspezifischen Seite
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Mehrfachangabe möglich:	
Gültiger Datenbereich:	L = links R = rechts B = beidseitig (sollte bei bestimmten Tumoren 2 Meldungen ergeben) M = Mittellinie/Mittig U = unbekannt T = trifft nicht zu (Seitenangabe nicht sinnvoll, einschließlich Systemerkrankungen)
Referenzdokumente:	siehe Referenzdokument „Definition von paarigen Organen (Seitenlokalisierung)“
Kommentar:	

- Homepage Krebsregister – Downloads: www.krebsregister-bw.de/fileadmin/user_upload/Anhang_Seitenlokalisierung_20200507.pdf

Meldeanlass Diagnose
Neoplasien der Leber (ICD-O C22)

Meldeanlass Diagnose C22: WHO-Klassifikation Leber



Meldeanlass Diagnose C22: Diagnose und Lokalisation

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O-3	Anmerkungen
C22.0	C22.0	Leberzellkarzinom (Histologie 8170/3)
C22.1	C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom Cholangiokarzinom (Histologie 8160/3)
C22.2	C22.0	Hepatoblastom
C22.3	C22.0	Angiosarkom der Leber
C22.4	C22.0	Sonstige Sarkome der Leber
C22.7	C22.0	sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber
C22.9	C22.0	Leber nicht näher bezeichnet
D01.5	C22.1	Gallenblase und Gallengänge Histologie 8148/2

Meldeanlass Diagnose C22: Besonderheit Lokalisation

Häufig falsch

ICD-10	ICD-03	Histologie
C22.1	C22.1	8170/3
C22.0	C22.0	8160/3

Korrekte
Kombination

ICD-10	ICD-03	Histologie
C22.0	C22.0	8170/3
C22.1	C22.1	8160/3

Histologie nicht für die
Lokalisation
vorgesehen



Korrekturanforderung

Meldeanlass Diagnose C22.0: Histologien des Hepatozellulären Karzinoms (HCC)



Beschreibung	Histologien nach WHO
Hepatozelluläres Karzinom o.n.A.	8170/3
Fibrolamelläres Leberzellkarzinom (FLC)	8171/3
Szirrhöses hepatozelluläres Karzinom	8172/3
Sarkomatoides hepatozelluläres Karzinom (selten)	8170/3
Klarzelliges hepatozelluläres Karzinom	8174/3

Hinweis: Histologie 8173/3 für das Sarkomatoides hepatozelluläres Karzinom nicht mehr verwenden!

Meldeanlass Diagnose: Vergleich TNM 8 vs. TNM 7

Im TNM 8 gibt es die Ausprägungen T1 und T3a/T3b nicht mehr!

- **T1a** solitärer Tumor ≤ 2 cm, mit oder ohne Gefäßinvasion
- **T1b** solitärer Tumor > 2 cm ohne Gefäßinvasion
- **T2** solitärer Tumor > 2 cm mit Gefäßinvasion oder **multiple** Tumoren, keiner mehr als 5 cm in größter Ausdehnung
- **T3** **multiple** Tumoren > 5 cm

Hinweis: ‚Multiplicity‘ includes multiple nodules representing multiple, independent primary tumours and intrahepatic metastasis from a single primary hepatic carcinoma. (TNM Supplement Fifth Edition, S. 74)

→ ‚Multiplizität‘ bedeutet beim primären Leberkarzinom, dass mehrere Knoten, mehrere unabhängige Primärtumore und intrahepatische Metastasen vorhanden sind.

Meldeanlass Diagnose: Vergleich TNM 8 vs. TNM 7

- T4
 - Tumor(en) mit Beteiligung größerer Äste der Portalvenen oder Lebervenen.
 - Invasion der rechten, linken und ggf. intermediären Äste der Arteria hepatica.
 - direkte Invasion von Nachbarorganen (inkl. Zwerchfell) ausgenommen Gallenblase *oder* Tumor(en) mit Perforation des viszeralen Peritoneums.

Meldeanlass Diagnose: TNM 8-Klassifikation HCC: N-Kategorie

- N0 keine regionären Lymphknotenmetastasen
- N1 regionäre Lymphknotenmetastasen
- NX regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden

Regionäre Lymphknoten:

- LK des Leberhilus
- LK entlang der A. hepatica propria
- LK entlang V. portae
- LK der abdominalen V. cava inferior
- LK unterhalb des Zwerchfells

Meldeanlass Diagnose: Staging HCC

Weitere Klassifikationen – BCLC

BCLC: Barcelona Clinic Liver Cancer Classification

- berücksichtigt:
 - Tumorausbreitung
 - Leberfunktion
 - AZ

Tabelle 13: BCLC-Klassifikation aus [197]

BCLC Stadium	Allgemeinzustand	Tumor	Leberfunktion
A 1	ECOG 0	1 Herd < 5 cm	Keine portale Hypertension normales Bilirubin
A 2	ECOG 0	1 Herd < 5 cm	portale Hypertension normales Bilirubin
A 3	ECOG 0	1 Herd < 5 cm	portale Hypertension Bilirubin erhöht
A 4	ECOG 0	≤ 3 Herde < 3 cm	Child-Pugh A oder B
B	ECOG 0	groß multilokulär	Child-Pugh A oder B
C	ECOG 1-2	Gefäßinvasion oder Metastasen	Child-Pugh A oder B
D	ECOG 3-4	egal	Child-Pugh C

- Bisher nicht auf der Homepage und in der Auswahlliste des Erfassungsmoduls.
- Schnittstellenmelder: Information zu weiterer Klassifikationen als Freitext.

Meldeanlass Diagnose: C22.0

Grading HCC

- Für das Tumorgrading sind international verschiedene Gradingssysteme in Gebrauch.
- Nach UICC/TNM soll grundsätzlich das von der WHO empfohlene Grading-System angewendet werden (s. TNM supplement 5th edition S.26).

Grading nach WHO

G1-G3

- Gut differenziert
- Mäßig differenziert
- Schlecht differenziert

BB: digestive System 5th edition

Grading nach Edmondson und Steiner

G1-G4

Meldeanlass Diagnose: C22.0 (HCC)

Fallbeispiel 2021



Linksseitiges **Hemihepatektomiepräparat**, **schlecht differenziertes** mit einem 10cm, **fibrolamellären Karzinom (FLC)** mit tumorösem **Gefäßeinbruch** in den **hilusnahen Portalvenenast** einschließlich **portalvenösen Gefäßast**.

Die intravaskulären Tumorformationen **reichen in den portalvenösen Gefäßpräparaterand** hinein.

Vier tumorfreie **Lymphknoten**, keine **Lymphgefäßinvasion**, keine **Veneninvasion** sowie **perineurale Invasion**.

- ICD-O-3 Lokalisation
- Histologie
- T- und N-Kategorie
- Grading
- L-V-Pn Invasion
- Lokaler Residualstatus R

Meldeanlass Diagnose: C22.0 (HCC)

Lösung des Fallbeispiels



Linksseitiges Hemihepatektomiepräparat, **schlecht differenziertes** mit einem 10cm, **fibrolamellären Karzinom (FLC)** mit tumorösem **Gefäßeinbruch** in den **hilusnahen Portalvenenast** einschließlich **portalvenösen Gefäßast**.

Die intravaskulären Tumorformationen **reichen in den portalvenösen Gefäßpräparaterand** hinein.

Vier tumorfreie **Lymphknoten**, keine **Lymphgefäßinvasion**, keine **Veneninvasion** sowie **perineurale Invasion**.

- **ICD-O-3 Lokalisation:** C22.0
- **Histologie ICD-O:** 8171/3 Fibrolamellären Karzinom (FLC)
- **pTNM (8.Auflage)** pT4, pN0 (0/4)
- **Grading:** G3
- L0, V0, Pn0
- **Lokaler Residualstatus:** R1

Wie ist ein Klatskin-Tumor zu kodieren?

- **Klatskin-Tumoren:** gebräuchliche Bezeichnung für Tumoren der Hepatikusgabel.
- **Lokalisation: extrahepatische** Gallengänge proximal bis zur Einmündung des Ductus cysticus einschließlich Tumoren des Ductus hepaticus dexter, sinister und communis. (Siehe auch TNM 7, S. 113, TNM 8, korrigierter Nachdruck 2020, S. 117)
- **ICD-10-Code: C24.0** (nicht C22.1)
Lokalisation ICD-O-3: C24.0 (nicht C22.1)
- Morphologiecode 8162/3 ist zu vermeiden, da er lediglich die Lokalisation abbildet.




**Meldeanlass Diagnose
Neoplasien des Pankreas (ICD-O C25)**

Meldeanlass Diagnose: C25

Diagnose und Lokalisation

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O-3	Anmerkungen
C25.0	C25.0	Pankreaskopf
C25.1	C25.1	Pankreaskörper
C25.2	C25.2	Pankreasschwanz
C25.3	C25.3	Ductus pancreaticus, Pankreasgang
		Ductus Wirsungi
		Ductus pancreaticus accessorius
		Ductus Santorini
C25.4	C25.4	Pankreas-Inselzellen, Langerhans'sche Insel, endokriner Drüsenanteil des Pankreas
C25.8	C25.8	Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend
C25.9	C25.9	Pankreas o. n. A.
D01.7	C25*	sonstige näher bezeichnete Verdauungsorgane, Pankreas



In situ Dignität /2

Meldeanlass Diagnose: Karzinome des exokrinen Pankreas - Vergleich TNM 8 vs. TNM 7



TNM-Kategorie	Änderung in TNM 8
T1(a-c)-3	wird nach Tumorgröße klassifiziert. Die Invasion des peripankreatischen Weichgewebes ist jeweils mit eingeschlossen.
T4	Tumor infiltrierte Truncus coeliacus, A. mesenteria superior und/oder A. hepatica communis
N1	1-3 LK befallen
N2	>= 4 LK befallen → immer Stadium III oder IV

Meldeanlass Diagnose: TNM C25

Grundregel 2b Pathologische Klassifikation

- „Die pathologische Beurteilung des Primärtumors (pT) erfordert eine Resektion des Primärtumors oder Biopsien, die zur Bestimmung der höchsten pT-Kategorie adäquat sind.“ (TNM 8, korrigierter Nachdruck 2020; S.5)

T4 und bioptische Sicherung



pT4

Meldeanlass Diagnose: TNM C25

Grundregel 4: richtige Zuordnung der Kategorie



„Bestehen im Einzelfall Zweifel bezüglich der korrekten Zuordnung zu der T-, N- und M-Kategorie, soll die niedrigere, d.h. weniger fortgeschrittene Kategorie gewählt werden.“

(TNM 8, korrigierter Nachdruck 2020; S.6)

Anfrage:

Befall von regionären LK nachgewiesen, aber keine genaue Zuordnung zur N-Kategorie möglich

 **cN1**

Meldeanlass Diagnose: C25

neu im TNM 8: Gut differenzierte neuroendokrine Tumore



Gut differenzierte neuroendokrine Tumoren Pankreas (G1 und G2)

Regeln zur Klassifikation

Diese Klassifikation gilt für gut differenzierte neuroendokrine Tumoren (Karzinoide und atypische Karzinoide) des Pankreas. Schlecht differenzierte neuroendokrine Karzinome sind ausgeschlossen und werden nach den Kriterien der Klassifikationen für Karzinome des Pankreas klassifiziert.

Regionäre Lymphknoten

Die regionären Lymphknoten entsprechen der jeweiligen Klassifikation der entsprechenden Karzinome.

TNM: Klinische Klassifikation (Pankreas)

T – Primärtumor

- TX Primärtumor kann nicht beurteilt werden
- T0 Kein Anhalt für Primärtumor

- T1 Tumor begrenzt auf das Pankreas*, weniger als 2 cm in größter Ausdehnung
- T2 Tumor begrenzt auf das Pankreas, 2 cm bis 4 cm in größter Ausdehnung
- T3 Tumor begrenzt auf das Pankreas, mehr als 4 cm in größter Ausdehnung *oder* Tumor infiltriert Duodenum oder Gallengang
- T4 Tumor perforiert viszerales Peritoneum (Serosa) *oder* infiltriert andere Organe/benachbarte Strukturen

Anmerkung

*schließt Invasion des peripankreatischen Weichgewebes mit ein.
Für jedes T ist bei multiplen Tumoren (m) hinzuzufügen.

Gut differenzierte neuroendokrine Tumoren Pankreas (G1 und G2)

N – Regionäre Lymphknoten

- NX Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
- N0 Keine regionären Lymphknotenmetastasen
- N1 Regionäre Lymphknotenmetastasen

M – Fernmetastasen

- M0 Keine Fernmetastasen
- M1 Fernmetastasen
 - M1a Nur Lebermetastase(n)
 - M1b Extrahepatische Metastase(n)
 - M1c Hepatische und extrahepatische Metastasen

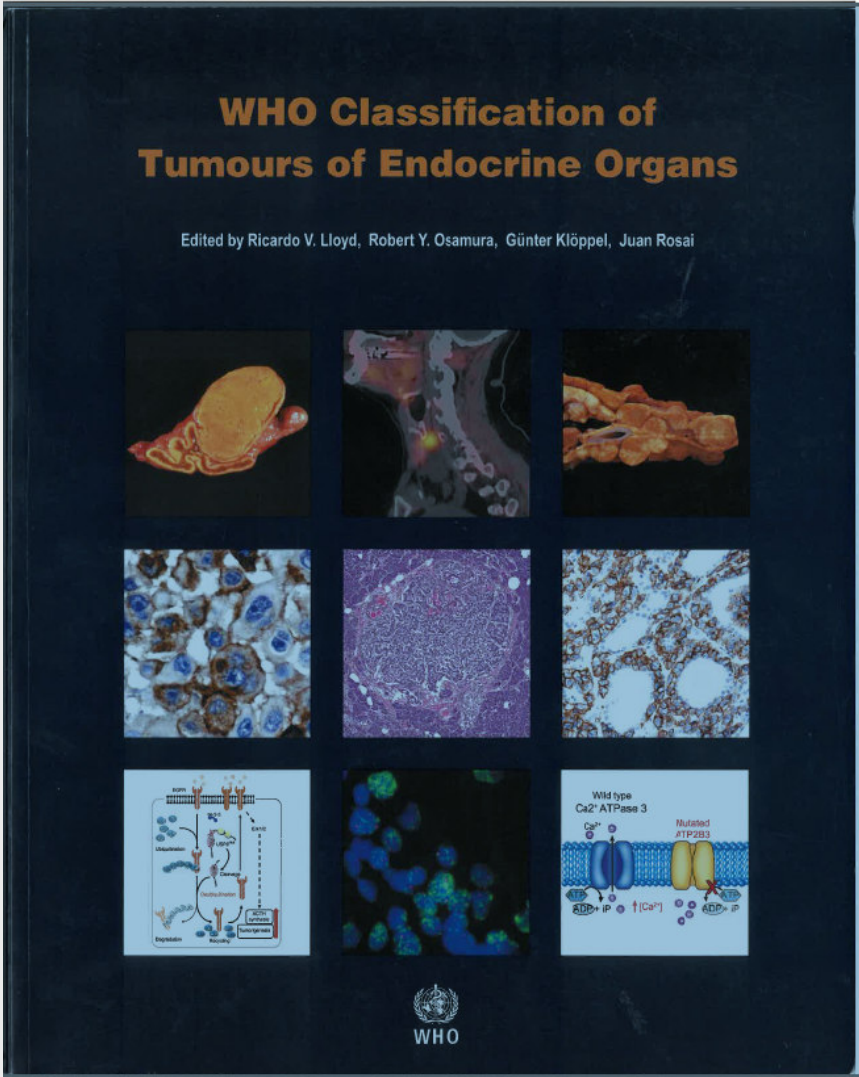


Stadien – Neuroendokrine Tumoren (G1/G2) des Pankreas

Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T2, T3	N0	M0
Stadium III	T4	N0	M0
	Jedes T	N1	M0
Stadium IV	Jedes T	Jedes N	M1, M1a, M1b, M1c

Meldeanlass Diagnose: C25

WHO Klassifikation des Pankreas



Meldeanlass Diagnose: Neoplasien des Pankreas - Häufigkeit der Neoplasien



- **90%** der Neoplasien des Pankreas sind invasive **duktale Adenokarzinome** (8500/3 und seine Subtypen).
- **4-5%** der Neoplasien sind zystische und intraduktale Neubildungen (bspw. **IPMN – Intraduktale papillär-muzinöse Neoplasie** assoziiert mit invasivem Karzinom: 8453/3).
- **2-3%** der Neoplasien sind azinäre und andere ungewöhnliche Neoplasien (bspw. 8551/3 Azinuszell-Zystadenokarzinom).
- **3-4%** der Neoplasien sind pankreatische neuroendokrine Neoplasien (**PanNETs**).

*alle Angaben beziehen sich auf Neoplasien im Erwachsenenalter

Meldeanlass Diagnose: C25

Neuroendokrine Neoplasien des Pankreas

- Pan **NEN** = Neuroendokrine **Neoplasien** des Pankreas
- Pan **NETs** = Neuroendokrine **Tumoren** des Pankreas
- Pan **NECs** = Neuroendokrine **Karzinome** des Pankreas

PanNETs (functioning), G1

8151/3 - Insulinoma

8152/3 - Glucagonoma

PanNETs (non-functioning)

8150/3 - neuroendokriner Pankreastumor, hormoninaktiv, G1-G3

8240/3 - neuroendokriner Tumor, o.n.A , G1

8249/3 - neuroendokriner Tumor, atypischer Karzinoidtumor, G2-G3

Meldeanlass Diagnose: C25

Neuroendokrine Neoplasien des Pankreas

PanNECs

- 8246/3 - Neuroendokrines Karzinom, NOS, G3
- 8013/3 - großzelliges neuroendokrines Karzinom, G3
- 8041/3 - kleinzelliges neuroendokrines Karzinom, G3/G4

MiNEN

- 8154/3 - maligner gemischter endokriner und exokriner Pankreastumor (**mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm**), meist G3
 - typischerweise: gemischt azinär-endokrin-duktales Karzinom oder gemischt azinär-endokrines Karzinom



ersetzt 8244/3 - **MANEC** Gemischtes adeno-neuroendokrines Karzinom

Meldeanlass Diagnose C25:

Classification and grading criteria for NENs of the GI tract and hepatopancreatobiliary organs



Terminology	Differentiation	Grade	Mitotic rate (mitoses rate/2mm ²)	Ki-67 Index
NET, G1	Well differentiated	Low	< 2	< 3 %
NET, G2	Well differentiated	Intermediate	2-20	3-20%
NET, G3	Well differentiated	High	> 20	> 20 %
NEC, small cell type (SCNEC), G3-4	Poorly differentiated	High	> 20	> 20 %
NEC, large cell type (LCNEC), G3	Poorly differentiated	High	> 20	> 20 %
MiNEN, G1-3	Well or poorly differentiated	Variable	Variable	Variable

Meldeanlass Diagnose: Fallbeispiel C25 2021

Abschließende Beurteilung eines Präparates aus dem **Pankreaskopf**:

Es handelt sich hier um eine **2,3 cm große, gemischt neuroendokrine und nicht-neuroendokrine Neoplasie** mit Invasion in das peripankreatische Weichgewebe, bestehend aus einer neuroendokrinen Komponente unter dem Bild eines **großzellig-neuroendokrinen Karzinoms (G3)** und einer nicht-neuroendokrinen Komponente unter dem Bild eines mittelgradig differenzierten **duktalen Karzinoms (G2)**. Eine **Lymphknotenmetastase der Neoplasie in 22 perikankreatischen Lymphknoten**. **Lymphgefäßeinbrüche und Perineuralinvasion**. **Keine Blutgefäßinvasion**. **Tumorfreie Resektionsränder**.

Lokalisation ICD-O3:

Histologie ICD-O:

pTNM (8.Auflage):

Grading:

Residual-Klassifikation (lokal):

L-, Pn-, V-

Meldeanlass Diagnose: Lösung- Fallbeispiel - MiNEN

Abschließende Beurteilung eines Präparates aus dem **Pankreaskopf**:

Es handelt sich hier um eine **2,3 cm große, gemischt neuroendokrine und nicht-neuroendokrine Neoplasie** mit Invasion in das peripankreatische Weichgewebe, bestehend aus einer neuroendokrinen Komponente unter dem Bild eines **großzellig-neuroendokrinen Karzinoms (G3)** und einer nicht-neuroendokrinen Komponente unter dem Bild eines mittelgradig differenzierten **duktalen Karzinoms (G2)**. Eine **Lymphknotenmetastase der Neoplasie in 22 perikankreatischen Lymphknoten**. **Lymphgefäßeinbrüche und Perineuralinvasion**. **Keine Blutgefäßinvasion**. **Tumorfremie Resektionsränder**.

Lokalisation ICD-O3: C25.0

Histologie ICD-O: 8154/3 (mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm)

pTNM (8.Auflage): pT2, N1(1/22)

Grading: G3

Residual-Klassifikation (lokal): R0

L1, Pn1, V0



Meldeanlass Therapie

Meldeanlass Therapie: Op-Meldung OPS-Codes

- **Wichtig:** OPS-Schlüssel müssen
 - nach der aktuellen Klassifikation gültig sein.
 - Zur OPS-Version des Leistungsdatums passen.
 - endständig dokumentiert werden.
- Für die Therapiemeldung OP sind nur OPS-Codes vorgesehen, die mit 5- beginnen. Alle anderen OPS-Codes sind nicht meldepflichtig.



alleinstehende 1er und 3er Codes nicht melden

- Besonderheit Leber: kann transplantiert werden (OPS-Code 5-504).

Meldeanlass Therapie: OP-Meldung- R-Status

- Angabe Residualstatus lokal und gesamt sind wichtig für Therapieplanung und Prognose.
 - R-lokal und R-gesamt getrennt dokumentieren.
 - die Ausprägung RX ist zu vermeiden.

Lokale Beurteilung des Residualstatus	Gesamtbeurteilung Residualstatus
R0 = kein Residualtumor	R0 = kein Residualtumor
R1 = Mikroskopischer Residualtumor	R1 = Mikroskopischer Residualtumor
R2 = Makroskopischer Residualtumor	R2 = Makroskopischer Residualtumor
R1 (cy+)= zytologischer Rest	R1 (cy+)= zytologischer Rest
RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden	RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden

Meldeanlass Therapie: Ablationsverfahren bei der Leber

- Mikrowellen (MWA)- oder Radiofrequenzablation (RFA)
- Perkutane Ethanolinjektion (PEI)
- Irreversible Elektroporation (IRE)
- OPS-Codes:

5-501.4** Destruktion, lokal, durch Alkoholinjektion mit Steuerung durch bildgebende Verfahren
[\[Subklassifikation\]](#)

Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Code enthalten

5-501.5** Destruktion, lokal, durch hochfrequenzinduzierte Thermotherapie
[\[Subklassifikation\]](#)

Inkl.: Radiofrequenzthermoablation, Mikrowellenablation

Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Code enthalten

5-501.6** Destruktion, lokal, durch Laser
[\[Subklassifikation\]](#)

Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Code enthalten

5-501.7** Destruktion, lokal, durch irreversible Elektroporation
[\[Subklassifikation\]](#)

Hinw.: Das bildgebende Verfahren ist im Code enthalten

5-501.x** Sonstige

www.dimdi.de

- Der lokale Residualstatus ist mit RX anzugeben.

Meldeanlass Therapie: kombinierte Therapien (siehe FAQ)

- Radiochemotherapie

1. Therapiemeldung

Systemische Therapie
Chemotherapie

2. Therapiemeldung

Strahlentherapie
→ Radiochemo: Ja

- Elektrochemotherapie

1. Therapiemeldung

Systemische Therapie
Chemotherapie

2. Therapiemeldung

OP
→ OPS-Code

- FAQ siehe: <https://www.krebsregister-bw.de/melder-aerzte/dokumentationshilfen/fragen-zu-therapiemeldungen>

Wann ist eine systemische Therapie zu melden?

- Der Beginn und das Ende einer Therapie sind jeweils eigene Meldeanlässe.
- Therapiezyklen eines Therapieprotokolls sind zu einer Meldung zusammenzufassen.
- Findet ein Wechsel einer Substanz innerhalb eines Therapieprotokolls statt, ist eine neue Therapiemeldung zu übermitteln.

Wie melde ich eine Therapie, wenn diese in einer anderen Einrichtung weitergeführt wird?

- Jede Einrichtung meldet den von ihr durchgeführten Teil der Behandlung mit Beginn und Ende.
- Extern durchgeführte Therapien müssen mit der Melder-ID 999999 gemeldet werden.

Meldeanlass systemische Therapie: Meldepflicht



Nur spezifische Tumorthérapien sind meldepflichtig

- Folgende Therapien sind zum Beispiel **nicht meldepflichtig**, da sie zur Kategorie „Supportive Therapien“ gehören:
 - Maltherapie, Farbtherapie oder Musiktherapie
 - Antibiotikabehandlung
 - Diuretische Therapie
 - Schmerztherapie
 - Cortisonbehandlung
 - Behandlung mit Erythrozytenkonzentrat
 - Behandlung mit Thrombozytenkonzentrat

- Laboruntersuchungen sind ebenfalls nicht als Therapie zu melden.

Meldeanlass Therapie: Meldepflicht

Besonderheit Best supportive care (BSC)



- **Therapieempfehlung** im Tumorboard
- wertvolle Information = Entscheidung gegen weitere tumorspezifische Maßnahmen
- **nicht für Einzelmaßnahmen** wie Schmerzmedikation, Stentwechsel, Ersatz von Blutbestandteilen, Drainagen verwenden, deshalb bisher Komplettablehnung
- **Ausblick** : in ADT/GEKID 3.0 Basisdatensatz voraussichtlich Meldung einer „**Therapieempfehlung**: keine weitere Therapie“ möglich
- Idee/Bis zur Umsetzung ADT/GEKID 3.0 : Meldung könnte vorab über das Feld „Protokoll“ erfolgen
→ Problem: es darf keine Vergütung für die Meldung ausgelöst werden

Meldeanlass Therapie: Meldepflicht BSC

Vorschlag Übergangslösung – optional!



Feldbez. ADT/GEKID 2.*	Ausprägung
Stellung zur OP	S (sonstiges)
Therapieart	SO (sonstige)
Anmerkung	leer
Protokoll	BSC
Substanz	leer
Beginn Datum	Datum der Therapieentscheidung
Ende Datum	leer

Meldeanlass Therapie: Medikamentöse Therapien – Feld Substanz



Worauf ist bei der Dokumentation der Substanzen zu achten?

- **Genaue Substanz (Wirkstoff) – Mehrfachangaben möglich**
keine Handelsnamen (ab ADT/GEKID 3.0 nicht mehr erlaubt)
- **Therapieart muss zur Substanz passen**
→ Homepage (Service -> Downloads, kann vom TDS-Hersteller hinterlegt werden, siehe Umsetzungsleitfaden ADT/GEKID)
- Bei lokaler Applikation (z.B. TACE) bitte die Substanz durch den Zusatz „;lokal“ ergänzen → Homepage FAQ

Meldeanlass Therapie: Medikamentöse Therapien – Feld Substanz



Worauf ist bei der Dokumentation der Substanzen zu achten?

- **Schreibfehler**

Korrekte Schreibweise	Korrekturanforderung
Gemcitabin	Gemc, Gemca, Gemzitabin
Oxaliplatin	Oxali

- **Keine Überbegriffe** z.B. für Wirkweisen wie z.B. Aromatasehemmer oder Tyrosinkinaseinhibitoren
- Namen für **Therapieprotokolle** → Feld „Protokoll“
- **Weitere Infos** (Dosierung etc.) → Feld „Anmerkung“

Meldeanlass Therapie: Systemische Therapien – Feld Protokoll



Worauf ist bei der Dokumentation der Protokolle zu achten?

- Nur **Protokollname** eintragen.
- **Modifikation** des Protokolls → Zusatz „m“, z.B. mFOLFIRINOX
- zusätzliche Substanz kann mit „+“ ergänzt werden (zusätzlich aber auch im Feld Substanz erfassen)
- unterschiedliche Protokolle → unterschiedliche Therapiemeldungen

Meldeanlass Therapie: Systemische Therapien – Feld Protokoll

Was ist bei der Dokumentation der Protokolle zu vermeiden?

- **Aufzählung** von Substanzen im Feld Protokoll.
- Falsche Schreibweisen. Beispiele:

Korrekte Schreibweise	Verarbeitung schwierig
mFOLFOX + Bevacizumab	5FU, FA, Oxaliplatin, Bevacizumab
FOLFOX4	5FU, Folinsre, Oxalaiplatin

Meldeanlass Therapie: Systemische Therapien – Feld Anmerkung



- **Achtung:** Keine personenbezogenen Daten übermitteln!
- Zusatzangaben eintragen:
Beispiele: Dosierung oder lokale Applikationsart, Anzahl Zyklen oder Hinweis auf eine multimodale Therapie wie z.B. Radiochemotherapie oder Radioimmuntherapie.
- Bei Therapieart „SO“ (Sonstige nicht medikamentöse Therapien) ohne Substanzangabe muss die Therapie im Anmerkungsfeld benannt werden.

Meldeanlass Therapie: Systemische Therapien – TACE

- TACE = transarterielle Chemoembolisation:
- Dokumentation nach ADT/GEKID 2.0.0:

Feld	Feldinhalte nach ADT/GEKID 2.0.0
Substanz	Wirkstoff (z.b. Doxorubicin); lokal <u>Achtung</u> : Lipiodol ist <u>kein</u> Wirkstoff, sondern Teil der TAE → nicht als Substanz melden
Protokoll	TACE (-> kein Fehler in der Datenprüfung)
Therapieart	CH
Therapieart Anmerkung	TACE, Weitere Anmerkungen wie OPS-Code (8-836.9a) o.ä.

Meldeanlass Therapie: Systemische Therapien – Fallbeispiel TACE



Gut differenziertes hepatozelluläres Karzinom im Lebersegment V

cT1bcN0cM0

Krankheitsverlauf:

22.01.2019	Leberpunktion
18.02.2019	Tumorkonferenz Vorschlag zur TACE
21.02.2019	1. TACE
Komplikation:	Verletzung im Bereich der S2/S4 Leberarterie links
02.04.2019	2. TACE
13.05.2019	3. TACE
01.07.2019	4. TACE
12.08.2019	5. TACE
22.08.2019	Piece-meal-Resektion eines HG-Sigmaadenoms (inkomplett)
07.11.2019	6. TACE

Meldeanlass Therapie: Systemische Therapien – Fallbeispiel TACE



- Dokumentation nach ADT/GEKID 2.0.0:
- Für jede Behandlung soll eine eigene Meldung übermittelt werden

Feld	Feldinhalte nach ADT/GEKID 2.0.0
Substanz	Wirkstoff; lokal (z.b. Doxorubicin)
Protokoll	TACE (-> kein Fehler in der Datenprüfung)
Therapieart	CH
Therapiebeginn	21.02.2019
Therapieende	21.02.2019
Anmerkung	TACE

Meldeanlass Therapie: Systemische Therapien – TAE

- TAE = transarterielle Embolisation mit Partikeln
- Dokumentation nach ADT/GEKID 2.0.0:

Feld	Feldinhalte nach ADT/GEKID 2.0.0
Substanz	
Protokoll	TAE (-> kein Fehler in der Datenprüfung)
Therapieart	SO
Therapieart Anmerkung	TAE → Hinweis: wenn keine Substanz angegeben werden kann, bitte bei Therapieart „SO“ dieses Feld auch füllen

Meldeanlass Therapie: Strahlentherapie – wichtige Felder

- Intention
- Stellung zur OP
- Applikationsart
- Zielgebiet (siehe Handout, Homepage)
Hinweis: Erweiterung des Zielgebietsschlüssels in ADT/GEKID
BDS 3.0 geplant
- Einzeldosis → Verschreibungsdosis
- Gesamtdosis → tatsächlich applizierte Dosis über die gesamte
Therapiedauer
- Beginn und Ende einer Strahlentherapie

Meldeanlass Therapie: Strahlentherapie – SIRT

Feld	Feldinhalte nach ADT/GEKID 2.0.0
Applikationsart	M
Applikationsart Zusatz	SIRT (metabolische Therapie: Selektive interne Radio-Therapie)
Zielgebiet	4.3
Einzel dosis GBq
Gesamtdosis GBq
Therapiebeginn	
Therapieende	

Meldeanlass Therapie: Strahlentherapie SBRT (stereotactic body therapy)

- ist eine hochpräzise Form der Strahlentherapie
- Darstellung nach ADT/GEKID 2.0.0:

Feld	Feldinhalte nach ADT/GEKID 2.0.0
Applikationsart	P
Applikationsart Zusatz	keiner
Zielgebiet	4.3
Gesamtdosis	
Einheit	GBq



Meldeanlass Verlauf (Nachsorge)

Wann ist ein Verlauf zu melden?

- Nach jeder Nachsorgeuntersuchung, auch nach Fortbestehen einer Vollremission.
- Auch während einer laufenden Therapie soll ein veränderter Remissionsstatus (Tumorgeschehen) gemeldet werden.
- Verlaufsmeldungen mit gleich lautender Information sind einmal pro Quartal zu melden.
- Nach dem Tod eines Patienten, sofern dieser in Ihrer Einrichtung verstorben ist.

Meldeanlass Verlauf: Gesamtbeurteilung Tumor

Status	Erläuterung
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. Mindestdauer ein Monat, subjektiv deutliche Besserung von Tumorsymptomen.
K = Keine Änderung (no change, NC) = stable disease	Beschreibt einen bestehenden, sich nicht verändernden Tumor(rest) (stable disease eines noch vorhandenen Tumors). Bei (unveränderter) Vollremission bitte Vollremission melden.
D = Divergentes Geschehen	An einem Tumormanifestationsort Voll- oder Teilremission, an einem anderen Manifestationsort aber keine Änderung oder Progression.

Meldeanlass Verlauf: Gesamtbeurteilung Tumor

Status	Erläuterung
B = klinische Besserung	Ansprechen eines Tumors auf eine Therapie, bezieht sich nicht auf den Allgemeinzustand, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR).
P = Progression	Fortschreiten der Erkrankung, Verschlechterung des Gesundheitszustands.
R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr)	
U = Beurteilung unmöglich X = Fehlende Angabe	

Meldeanlass Verlauf Tod

- Eine Verlaufsmeldung ist abzusetzen:

Sofern:

- **Der Patient in Ihrer Einrichtung verstorben ist.**
 - **Ihre Klinik/Praxis die Leichenschau durchgeführt hat.**
- Bei Annahme oder Vermutung über den Tod eines Patienten besteht **keine** Meldepflicht.
 - Wird von Ihrer Einrichtung nur der Tod eines Patienten festgestellt, ist auch hier in den „Angaben zum Tumor“ das korrekte **Erstdiagnosedatum** zu verwenden (Monats-Tag geschätzte Angaben sind möglich).
 - Ist das Erstdiagnosedatum nicht bekannt, kann das Jahr 1800 verwendet werden.

Meldeanlass Verlauf Tod



Welche Felder sind bei einer Sterbemeldung zu befüllen?

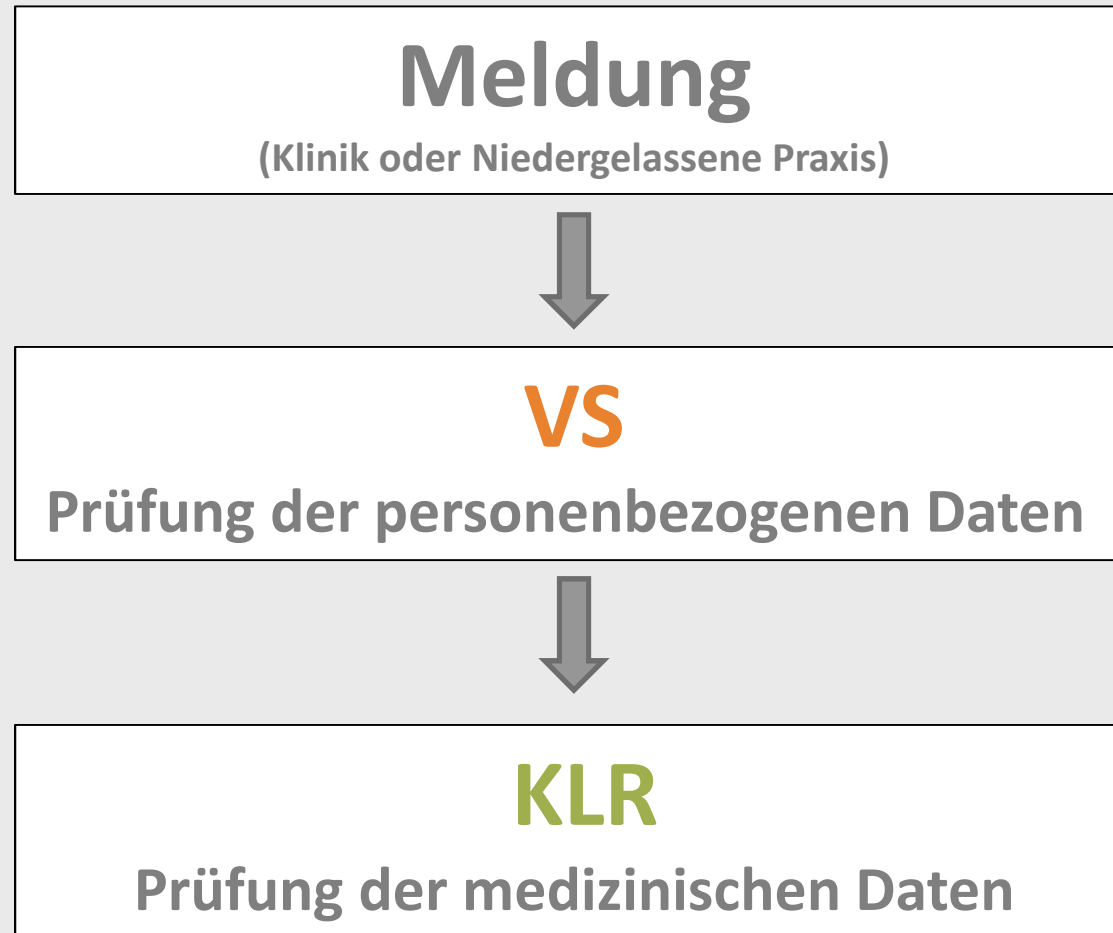
- Sterbedatum

- Gesamtbeurteilung Tumorstatus:
 - X - fehlende Angabe → wird nicht vergütet
 - U - Beurteilung unmöglich, sofern sie keine Angaben machen können.



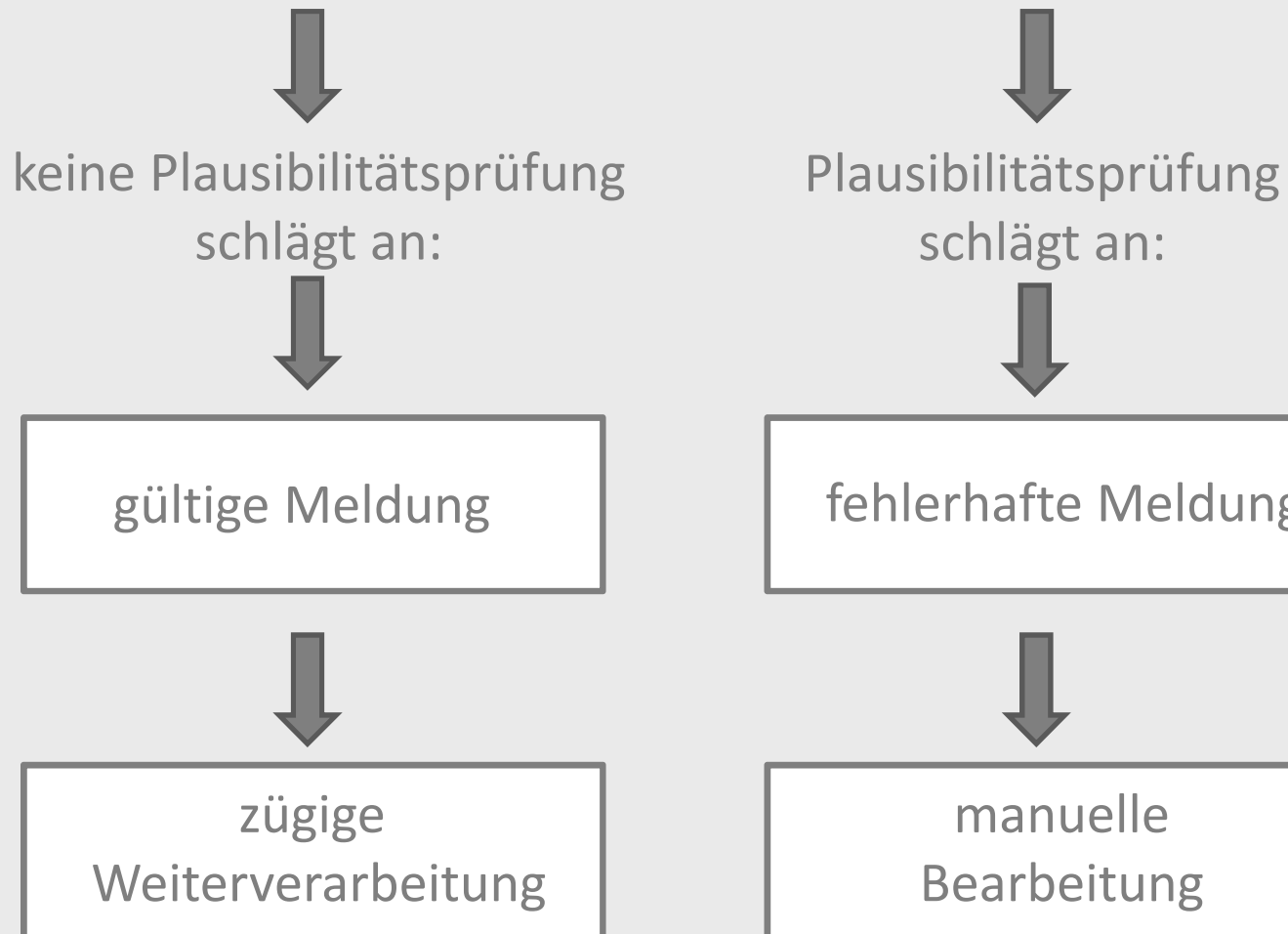
Prüfung der Daten

Prüfung der Daten: Wie verläuft die Prüfung der Daten?



Prüfung der Daten: Automatische Plausibilisierung

Automatische Plausibilitätsprüfungen



Prüfung der Daten: Plausibilität und Vollständigkeit

Hinweis

- Weist vor allem unvollständige Angaben hin, Meldung bleibt gültig.

Warnung

- Angaben müssen nicht zwingend falsch sein. Ihre Validität muss durch Rücksprache mit dem Melder bestätigt werden. Handelt es sich um einen Fehler, muss die Angabe korrigiert werden.

Fehler

- Fehler werden meist zur Korrektur an den Melder zurück gegeben. Nach einer individuellen Prüfung, können Meldungen in Einzelfällen angenommen werden.



Weitere Hinweise: Häufige Fehlerquellen

„Unzulässige ICD-10-Diagnose, bitte endständig kodieren“: Es wurde nur ein dreistelliger ICD-10-Code angegeben, der nicht endständig kodiert wurde, z.B. C22 statt C22.0 oder C25 statt C25.4.

„Unvollständige TNM-Angaben“: Eine Stadiengruppierung nach TNM ist die Grundlage für Prognose und Therapieplanung. Diese lässt sich nur aus vollständigen TNM-Angaben ableiten.

Der Fehlertext „TNM-Version passt nicht zum TNM-Datum“ wird aktiv, wenn eine Kombination aus TNM-Version und Diagnosejahr dokumentiert wurde, die nicht in der Tabelle aufgelistet ist.

TNM-Version	Diagnosejahr	
TNM-Version 7	2010 - 2016	Übergangsphase: TNM7 wird auch mit Diagnosejahr 2017 akzeptiert
TNM-Version 8	2017 - heute	

Weitere Hinweise: Häufige Fehlerquellen

„Allgemeiner Leistungszustand ist nicht angegeben“

Die Fehlertexte „**TNM-Datum vor Diagnosedatum**“ und „**Histologiedatum vor Diagnosedatum**“ werden gezeigt, sobald das TNM-Datum oder das Histologiedatum vor dem Diagnosedatum liegt. Siehe hierzu die Definition des Inzidenzzeitpunktes nach ENCR-Regeln.

„**Histologie und ICD-10 unplausibel**“ besagt, dass der Morphologiecode nicht für die kodierte ICD-10-Diagnose definiert ist.
z.B. 8170/3 ist nicht definiert für C22.1

Weitere Hinweise: Fakultative Deskriptoren

Fehlertext: „...ist nicht angegeben“

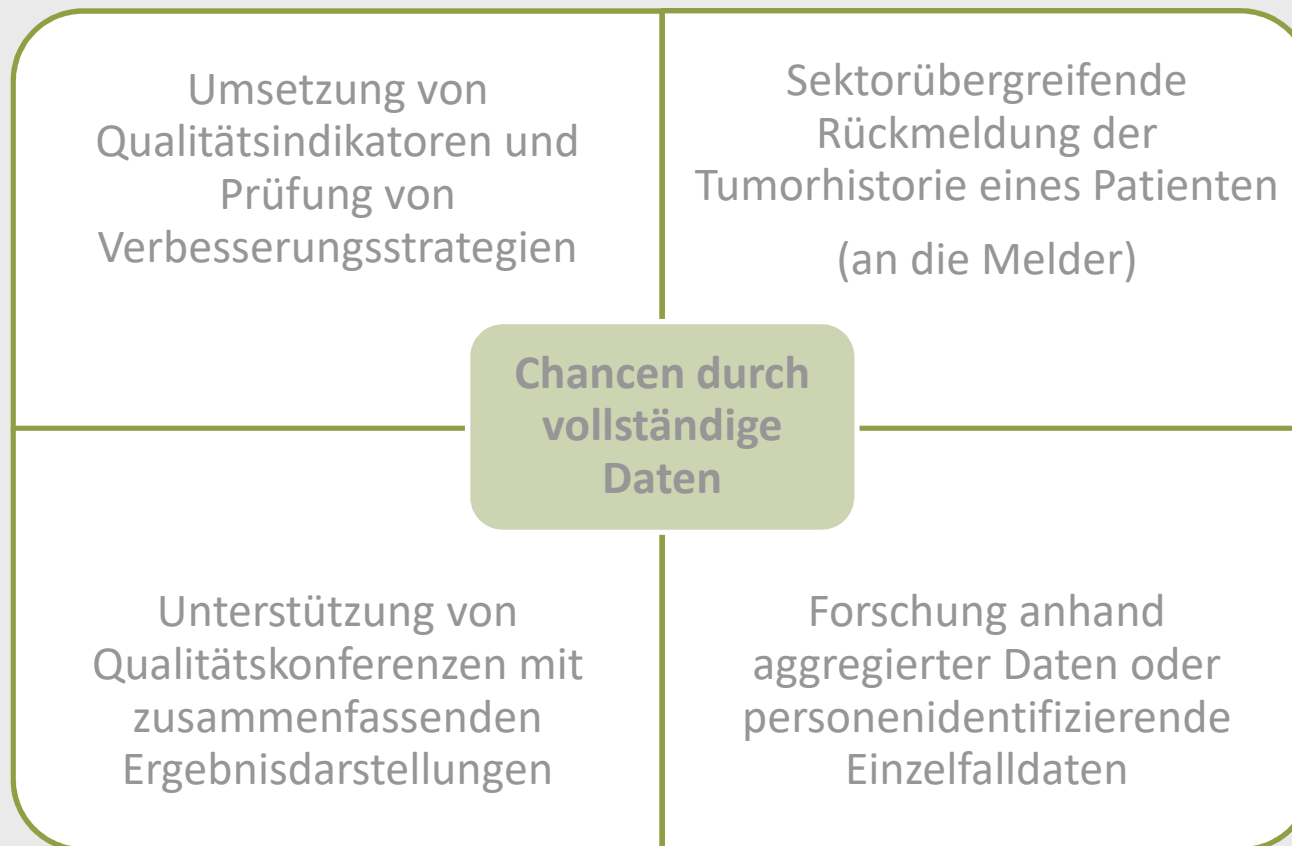


L - Lymphgefäßinvasion	Beschreibung eines Einbruchs von Tumorzellen in Lymphgefäße
LX	Lymphgefäßinvasion nicht beurteilbar
L0	Keine Lymphgefäßinvasion
L1	Lymphgefäßinvasion
V - Veneninvasion	Beschreibung eines Einbruchs von Tumorzellen in Venengefäße
VX	Veneninvasion kann nicht beurteilt werden
V0	Keine Veneninvasion
V1	Mikroskopische Invasion
V2	Makroskopische Invasion
Pn - Perineurale Invasion	Beschreibung eines Einbruchs von Tumorzellen in die Nervenscheide
PnX	Perineurale Invasion kann nicht beurteilt werden
Pn0	Keine perineurale Invasion
Pn1	Perineurale Invasion

Weitere Hinweise:

- Eine **genaue und spezifische Histologie nach der aktuellen WHO-Klassifikation (Blue Books)** ist wichtig für die Auswertungen. (Aktuelle Codes der WHO sind in **ICD-O-3 2. Revision** (von DIMDI veröffentlicht 12/2020) übernommen worden.)
 - Wenn aus den durchgeführten Untersuchungen hervorgeht, dass es keine Anzeichen für eine Metastasierung gibt, sollte cM0 klassifiziert werden.
 - MX wird nach TNM 8 als unzureichend angesehen. Für die Bestimmung der klinischen M-Klassifikation ist nach TNM die klinische Untersuchung ausreichend.
- ➡ Die Ausprägung MX sollte nicht mehr codiert werden.**

Warum ist ein hohes Maß an Datenqualität für ein Krebsregister wichtig ?



→ Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität in der onkologischen Versorgung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

www.krebsregister-bw.de

<http://www.krebsregister-bw.de>