

Meldung einer Verlaufskontrolle

Die wichtigste Information der Verlaufsmeldung ist die Gesamtbeurteilung des Tumorstatus. Sie sind zur Verlaufsmeldung nur verpflichtet, wenn Sie diesen beurteilen können.

Eine Verlaufsmeldung muss nach jeder Nachsorge, auch bei Fortbestehen einer Vollremission, erfolgen — maximal jedoch einmal für jedes Quartal oder bei einer Änderung des Tumorgeschehens.

Rezidive sind in einer Verlaufsmeldung zu melden (Gesamtbeurteilung des Tumorstatus: Y= Rezidiv).

Notwendige Angaben:

- Untersuchungsdatum (Datum der Kontrolle/Nachsorge)
- Gesamtbeurteilung des Tumorstatus
- Tumorstatus: Primärtumor
- Tumorstatus: Lymphknoten
- Tumorstatus: Fernmetastasen
- Allgemeiner Leistungszustand nach ECOG oder Karnofsky

Untersuchungsdatum:

Datum, an dem die Nachsorge durchgeführt wurde.

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus:

Gesamtbeurteilung der Erkrankung unter Berücksichtigung aller Manifestationen

Hinweis: K = Keine Änderung: bezeichnet nicht die Vollremission, sondern eine unveränderte, stabile Tumorausbreitung („stable disease“).

Tumorstatus Primärtumor/Lymphknoten/ Fernmetastasen:

Beurteilung der jeweiligen Situation im Bereich des Primärtumors, der regionären Lymphknoten und der Fernmetastasen.

TNM-Klassifikation:

Nur bei Auftreten eines Rezidivs (rTNM) erforderlich.

Allgemeine Hinweise

Jede Patientin/jeder Patient muss über die Meldung an das Krebsregister informiert werden. Bitte händigen Sie ihr/ihm dabei das Informationsblatt für Patient:innen aus.

Melden Sie nur Leistungen, die Sie selbst erbracht haben (z. B. Diagnosestellung, Therapie, Verlaufskontrollen). Bitte machen Sie möglichst vollständige Angaben und verwenden Sie die zum Diagnose- und Behandlungszeitpunkt aktuellen Klassifikationen (ICD, ICD-O, OPS, etc.).

Meldungen müssen spätestens im Folgequartal der Leistungserbringung übermittelt werden.

Weitere Informationen finden Sie auf unserer Website:



Vertrauensstelle

Schwindstr. 10 • 76135 Karlsruhe
Telefon: 0721 825-79000
E-Mail: vs@drv-bw.de

Klinische Landesregisterstelle (KLR GmbH)

Birkenwaldstr. 149 • 70191 Stuttgart
Telefon: 0711 137909-0
E-Mail: info@klr-krbw.de

Epidemiologisches Krebsregister

Im Neuenheimer Feld 581 • 69120 Heidelberg
Telefon: 06221 42-4220
E-Mail: ekr-bw@dkfz-heidelberg.de

Für Fragen stehen wir Ihnen gerne zu unseren Sprechzeiten zur Verfügung: **Montag – Donnerstag von 9:00 – 16:00 Uhr, Freitag von 9:00 – 12:00 Uhr**

Informationen für Meldende



Gastroenterologie

Dokumentationshilfe für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Angaben zur Person

Neben den Personendaten sind folgende Angaben zur Versicherung erforderlich:

- **Gesetzlich versichert:** Krankenkassen-IK-Nummer und Versichertennummer
- **Privat versichert:** Krankenkassen-IK-Nummer
- **Ersatzcodes:** Zu verwenden, wenn keine gesetzliche Krankenversicherungspflicht oder keine private Krankenversicherung besteht oder kein weiterer Kostenträger bekannt ist:

Selbstzahler*in	970000011
Kostenträger ohne IK-Nummer (z. B. Gefängnisinsassen)	970001001
Asylbewerber*in	970100001
Privatversichert, Kasse unbekannt	970000022
Keine Angabe zum Kostenträger	970000099

Meldung einer Diagnose

Diagnosedatum:
Anzugeben ist der Zeitpunkt, an dem der Tumor erstmals sicher festgestellt wurde, also weder das aktuelle Untersuchungsdatum noch das Diagnosedatum eines Rezidivs.

Diagnose nach ICD-10 GM:
siehe Tabelle: Meldepflichtige Diagnosen

Allgemeiner Leistungszustand:
Nach ECOG oder Karnofsky

Histologie:
Wenn Ihnen der Pathologiebefund vorliegt, übermitteln Sie bitte den Histologiekode, das Grading, und wenn zutreffend die TNM-Klassifikation.

Liegen Ihnen weitere therapierelevante Befunde vor, übermitteln Sie diese bitte über die Felder „Weitere Klassifikationen“ (z. B. MSI) bzw. „Genetische Variante“ (z. B. BRAF-V600). Weitere Informationen finden Sie unter Klassifikationen und Genetik auf unserer Website.

Meldepflichtige Diagnosen

In-situ-Neubildungen high-grade Dysplasien (HGD), high-grade intraepitheliale Neoplasien (HGIEN)	
ICD-10	Bezeichnung
D00.1	Carcinoma in situ - Ösophagus
D00.2	Carcinoma in situ - Magen
D01.0	Carcinoma in situ - Kolon
D01.1	Carcinoma in situ - Rektosigmoid, Übergang
D01.2	Carcinoma in situ - Rektum
D01.3	Carcinoma in situ - Analkanal und Anus
D01.4	Carcinoma in situ - Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Darmes
D01.5	Carcinoma in situ - Leber, Gallenblase und Gallengänge, inkl. Ampulla hepatopancreatica
D01.7	Carcinoma in situ - Sonstige näher bezeichnete Verdauungsorgane, Pankreas
D01.9	Carcinoma in situ - Verdauungsorgan, nicht näher bezeichnet

Bösartige Neubildungen	
ICD-10	Bezeichnung
C15.-	Bösartige Neubildung des Ösophagus
C16.0	Bösartige Neubildung der Kardia
C16.1- C16.9	Bösartige Neubildung des Magens
C17.-	Bösartige Neubildung des Dünndarmes
C18.-	Bösartige Neubildung des Kolons
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C20	Bösartige Neubildung des Rektums
C21.-	Bösartige Neubildung des Anus und des Analkanals

ICD-10	Bezeichnung
C22.-	Bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24.-	Bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile der Gallenwege, inkl. Ampulla hepatopancreatica
C25.-	Bösartige Neubildung des Pankreas
C26.1	Bösartige Neubildung sonstiger und ungenau bezeichneter Verdauungsorgane – Milz

Meldung einer Therapie

Meldepflichtig sind alle tumorspezifischen Erst- und Folgetherapien, die Sie durchführen.

Für die Gastroenterologie sind das insbesondere endoskopische Eingriffe, z. B. Polypenabtragung und ggf. systemische Therapien.

Hinweis zu Datenfeldern:

- **OPS:** Die Angabe muss endständig erfolgen, z. B. Polypektomie von 1–2 Polypen mit Schlinge muss mit dem Code 5-452.61 übermittelt werden. Die Angabe von 5-452 ist unvollständig.
- **Lokaler Residualstatus:** Beurteilung des lokalen Residualstatus nach Abschluss des operativen Eingriffs und pathologischer Beurteilung (Angabe, ob nach dem Eingriff noch Resttumor vorliegt).
- **Intention der Therapie:** Angabe, mit welcher Absicht die Therapie durchgeführt wurde (z. B. diagnostisch, kurativ etc.).

Wenn Sie diagnostische oder therapeutische Eingriffe bzw. systemische Therapien durchführen, ist die Angabe des OP-Datums bzw. die Angabe von Therapiebeginn und -ende obligatorisch. Bei Therapieabbruch ist der Beendigungsgrund zu dokumentieren.