

Fachschulung Viszeral

Datenqualität

Kolorektum- und Appendix-Karzinome sowie
neuroendokrine Neoplasien und gastrointestinale Stromatumoren

Agenda

- Meldeanlass Diagnose
- Meldeanlass Therapie
- Meldeanlass Verlauf
- Plausibilitätsprüfungen und Plausibilitätsverletzungen
- Hinweise

Meldeanlass Diagnose allgemeine Informationen

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.

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)
- Verdachtsdiagnosen sind nicht zu melden.

Niedergelassene Ärzte sind bei der Versorgung von Tumorpatienten in der Regel für die systemischen Therapien und Nachsorgen zuständig.

- In diesen Fällen (sofern nicht diagnostiziert wurde) genügt es, im Melderportal die Angaben zum Tumor (Mindestangaben/Tumorangaben) auszufüllen.
- Anschließend kann die Therapie- oder Verlaufsmeldung erfasst werden.

Neu!

Mindestangaben	
Patientenunterrichtung*:	Informiert ▼
Erstdiagnosedatum*:	Exakt ▼
Diagnose ICD-10*:	Suche...
Seite**:	▼
Morphologie Version:	2. Revision 2019 ▼
Morphologie Code:	Suche...

Wichtig:

Ist das exakte **Erstdiagnosedatum** nicht bekannt, so bitte „Tag geschätzt“ oder „Monat geschätzt“ oder „vollständig geschätzt“ verwenden!

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.**

Diagnose

Inzidenzzeitpunkt nach 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

(eingeschlossen: Durchflusszytometrie, liquid biopsy)

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

Zeitpunkt der Einweisung ins Krankenhaus

Diagnosezeitpunkt abweichend von 1, 2, 3 oder 4

z. B. Datum des ersten Tests zu positiven Tumormarkern oder Datum der Bildgebung durch ein CT

Todeszeitpunkt - Tumor wurde bei Autopsie festgestellt

1

2

3

4

5

6

7

Zeitpunkt des ersten positiven genetischen oder molekularen Tests zum Nachweis der Malignität

Zeitpunkt der ersten Konsultation in der Ambulanz aufgrund des malignen Tumors

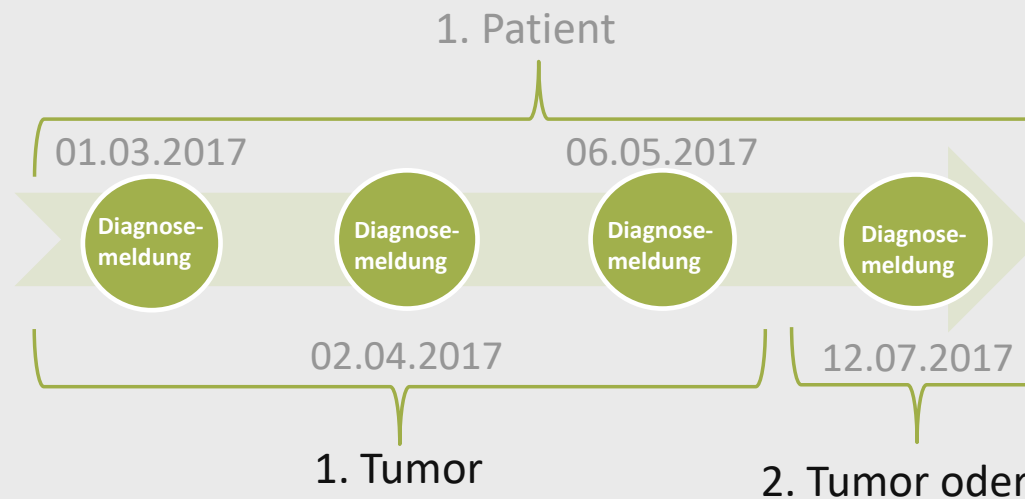
Todeszeitpunkt, wenn keine andere Information vorliegt, außer, dass der Patient an einem malignen Tumor verstorben ist

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

Diagnose

verschiedene Diagnosedaten

Was passiert, wenn mehrere Diagnosemeldungen mit unterschiedlichem Diagnosedatum aber gleichartiger Histologie und Lokalisation zu einem Patienten im Register vorliegen?



Meldungen mit gleichartiger Histologie und Lokalisation werden zu einem Tumor zusammengefasst, wenn diese zeitlich nicht mehr als drei Monate (92 Tage) auseinander liegen.

Diagnose/Lokalisation

Kolorektum

C-Diagnosen

Kolorektum C18-C20

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3, 2. Rev.	Anmerkungen
C18.0	C18.0	Zäkum/Zökum , Ileozäkalklappe (Bauhin)
C18.1	C18.1	Appendix
C18.2	C18.2	Colon ascendens , Rechtes Kolon
C18.3	C18.4	Flexura coli dextra (hepatica) , Rechte Kolonflexur
C18.4	C18.5	Colon transversum , Querkolon
C18.5	C18.5	Flexura coli sinistra (lienalis) , Linke Kolonflexur
C18.6	C18.6	Colon descendens , Linkes Kolon
C18.7	C18.7	Colon sigmoideum , Sigma (Flexur), Flexura sigmoidea coli
C18.8	C18.8	Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	C18.9	Kolon, nicht näher bezeichnet, Dickdarm o.n.A.
C19.9	C19.9	Rektosigmoidaler Übergang Übergang vom Rektum zum Colon sigmoideum
C20.9	C20.9	Rektum , Ampulla recti

Invasiv
Dignität/3

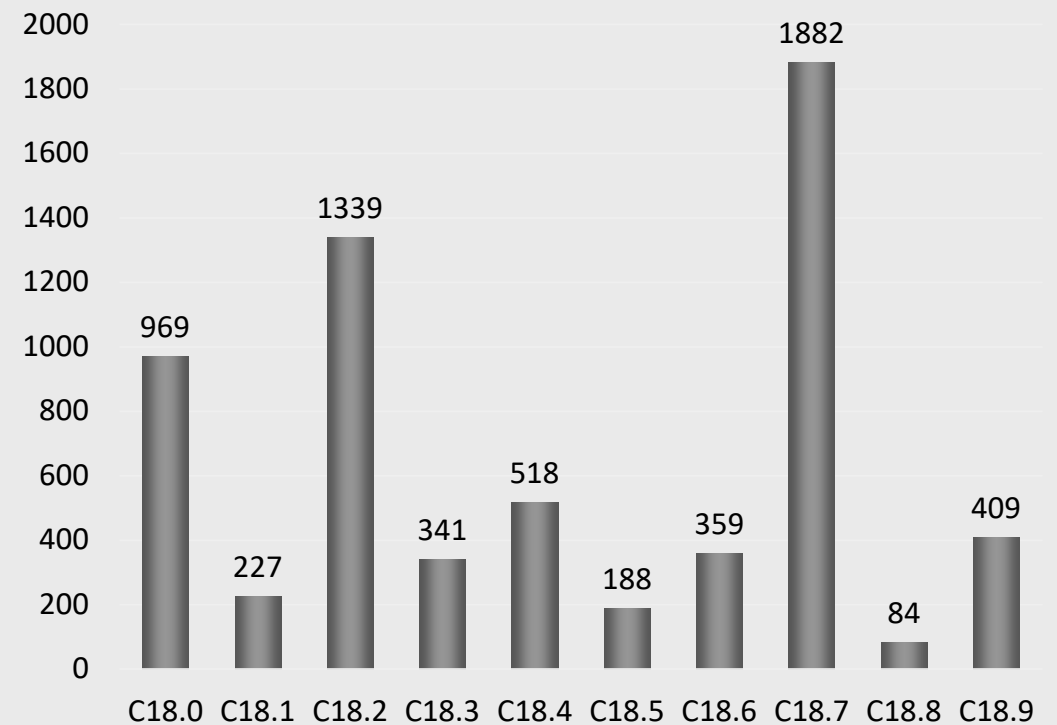
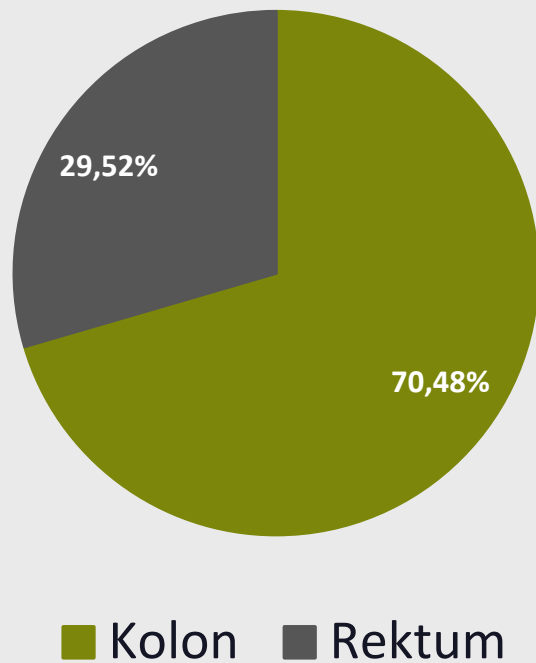
D-Diagnosen

Kolorektum

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3, 2. Rev.	Anmerkung
D01.-		Carcinoma in situ sonstiger und nicht näher bez. Verdauungsorgane Exkl.: Melanoma in situ (D03.0-)
D01.0	C18.-	Kolon exkl. Rektosigmoid, Übergang , Appendix
D01.1	C19.9	Rektosigmoid
D01.2	C20.9	Rektum
D37.-		Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens der Mundhöhle und der Verdauungsorgane, <i>nicht mehr meldepflichtig seit 1. Juli 2016</i>



Prozentuale Verteilung der Lokalisationshäufigkeiten Daten im KRBW



Datenstand 22.08.2022

Diagnose

Dokumentationshinweise zur Primärlokalisation Kolorektum: C18.8

- Generell Vorgaben des Pathologen und die Informationen aus dem Arztbrief über den Primärsitz berücksichtigen → gehen hieraus keine Informationen hervor, können die folgenden Regeln angewendet werden:
- Wenn ein Tumor an der Grenze zwischen zwei Unterbezirken liegt, wird der Bezirk klassifiziert, **der mehr betroffen ist (möglichst kein C18.8 angeben)**. (*TNM-Supplement 2013, S. 70, englische Version 2019 S.69*)
- Überlappt der Tumor Colon Sigmoidum C18.7 und Rektum C20.9 (<16cm überlappt mit >16cm), so wird zur Bestimmung der Ursprungslokalisation der mittlere Wert des Abstands zur Anokutanlinie genommen und der Ursprung so zugeordnet **(möglichst kein C19.9 angeben)**.
- z. B. reicht der Tumor von 14 bis 20 cm ab Anokutanlinie, wäre die korrekte Tumorlokalisation bei 17 cm anzugeben und somit C18.7.

Diagnose

Dokumentationshinweise zur Primärlokalisierung bei Kolorektum: C19



- Empfehlung: C19.9 sollte nach Möglichkeit nicht kodiert werden.
- Der Dokumentationshinweis für die Lokalisation und Diagnose bei Kolon-Rektum-Tumoren lautet: "Es ist zu beachten, dass die **Kodierung von C19 an sich nicht mehr zulässig ist**, da eine klare Festlegung durch die Messung ab Anokutanlinie (> 16cm: Kolon, davor Rektum) gegeben ist."
- Der TNM-Atlas (Wittekind et al 2015) und das TNM-Supplement (Wittekind et al 2012) führen die anatomische Kategorie „Recto-Sigmoid“ nicht mehr auf. Seither keine Änderung.
- **Ausnahme:** Wenn in medizinischen Dokumenten wie Arztbriefen, Zweitmeinungsdokumenten u. a. nur der Begriff „Rektosigmoid“ als anatomische Lokalisation des Tumors ohne Abstandsangabe zur Anokutanlinie angegeben wird, darf die ICD-O-3-Topographie „C19.9 Rektosigmoidaler Übergang“ kodiert werden.

TNM 8

Kolorektum und Appendix

TNM 8

Kolorektum C18 - C20 und Appendix C18.1

TNM 8 für Karzinome und Neuroendokrine Karzinome, MINEN

- TNM 8 für Kolorektum, korrigierter Nachdruck, S. 97 und für Appendix S.93

TNM 8 für gut differenzierte neuroendokrine Tumoren des Darmes und Appendix

- TNM 8, korrigierter Nachdruck, S. 136 und für Appendix S.134

TNM 8 für Gastrointestinale Stromatumoren - GIST

- TNM 8, korrigierter Nachdruck, S. 167

TNM 8 für Sarkome „Eingeweide des Thorax und Abdomens“

- TNM 8 für parenchymatöse Organe des Abdomen, korrigierter Nachdruck, S. 163, sehr selten

T - Primärtumor (TNM 8)

Kolorektum

c/pT-Ausprägungen	Erläuterung
TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für einen Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ: Infiltration der Lamina propria (is liegt vor, wenn Tumorzellen in der Lamina propria (intramukös) nachweisbar sind, ohne dass eine Ausbreitung durch die Muscularis mucosae in die Submukosa feststellbar ist.)
T1	Tumor infiltriert Submukosa
T2	Tumor infiltriert Muscularis propria
T3	Tumor infiltriert durch die Muscularis propria in die Subserosa oder in nicht peritonealisiertes perikolisches oder perirektales Gewebe
T4	Tumor infiltriert direkt in andere Organe oder Strukturen und/oder perforiert das viszerale Peritoneum
T4a	Tumor perforiert viszerales Peritoneum
T4b	Tumor infiltriert direkt in andere Organe oder Strukturen

N - Regionäre Lymphknoten (TNM 8)

Kolorektum

N-Ausprägung	Bedeutung
NX	regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1	Metastasen in 1 bis 3 regionären Lymphknoten
N1a	Metastase in 1 regionären LK
N1b	Metastase in 2-3 regionären LK
N1c	Tumorknötchen bzw. Satelitt(en) im Fettgewebe der Subserosa oder im nicht peritonealisierten perikolischen/perirektalen Fettgewebe ohne regionären Lymphknotenmetastasen
N2	Metastasen in 4 oder mehr regionären Lymphknoten
N2a	4-6 regionäre LK Metastasen
N2b	7 oder mehr regionäre LK Metastasen

Anmerkung Satelliten:
 „Tumorknötchen (Satelliten) sind makroskopische oder mikroskopische Knötchen (mit Krebszellen) im Lymphabflussgebiet eines primären Karzinoms, die diskontinuierlich vom Primärtumor auftreten ohne histologischen Nachweis von Residuen regionärer Lymphknoten oder einer identifizierbaren Gefäßstruktur oder Perineuralscheideninvasion. Das Vorhandensein von **Tumorknötchen ändert nicht die T/pT-Kategorie** des Primärtumors. **Geändert wird die N/pN-Kategorie in N1c/pN1c** sofern keine regionären Lymphknotenmetastasen vorliegen.“

N - Regionäre Lymphknoten (TNM 8)

Kolorektum - Lokalisationsspezifische Lymphknoten

Lokalisation	Entsprechende regionäre Lymphknoten
C18.0, C18.1: Zökum, Appendix vermiformis	ileokolische und rechte kolische Lymphknoten
C18.2: Colon ascendens	ileokolische und rechte und mittlere kolische Lymphknoten
C18.3: Flexura hepatica	rechte und mittlere kolische Lymphknoten und
C18.4: Colon transversum	rechte, mittlere und linke kolische Lymphknoten, Lymphknoten an der Arteria mesenterica inferior
C18.5: Flexura lienalis	mittlere und linke kolische Lymphknoten, Lymphknoten an der Arteria mesenterica inferior
C18.6: Colon descendens	linke kolische Lymphknoten, Lymphknoten an der Arteria mesenterica inferior
C18.7: Colon sigmoidum	linke kolische Lymphknoten und Sigma Lymphknoten, Lymphknoten an der Arteria mesenterica inferior, rectalis superior, sowie rektosigmoidale Lymphknoten
C20.9: Rectum	Lymphknoten an der Arteriae rectalis superior, media und inferior, an den Arteriae mesenterica inferior, iliaca interna, mesorectale (paraproktale), laterale sakrale und präsakrale Lymphknoten sowie sakrale Lymphknoten am Promontorium (Gerota)

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

M - Metastasen (TNM 8)

Kolorektum

M-Ausprägung	Bedeutung
M1	Fernmetastasen
M1a	Metastase(n) auf ein Organ beschränkt, (Leber, Lunge, Ovar, nichtregionäre Lymphknoten), ohne Peritonealmetastasen
M1b	Metastasen in mehr als einem Organ
M1c	Metastasen im Peritoneum mit/ohne Metastasen in anderen Organen

T - Primärtumor (TNM 8)

Appendixkarzinome

T-Ausprägung	Bedeutung
T0	kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ: intraepithelial oder Invasion der Lamina propria
Tis (LAMN)	Niedriggradige muzinöse Neoplasie der Appendix, begrenzt auf die Appendix (definiert als eine Beteiligung mit azellulärem Muzin oder einem schleimbildenden Epithel, welches sich bis in die Muscularis propria ausdehnen kann). – nicht meldepflichtig
T1	Tumor infiltriert Submukosa
T2	Tumor infiltriert Muscularis propria
T3	Tumor infiltriert Subserosa (nicht peritonealisiertes periappendicales Fett) oder Mesoappendix
T4	Tumor perforiert viszerale Peritoneum, eingeschlossen muzinöse peritoneale Tumorabsiedlungen oder azelluläres Muzin jenseits der Serosa der Appendix oder Mesoappendix und/oder infiltriert andere Organe/Strukturen ^{2,3,4} eine direkte Invasion bei der Kategorie (p)T4 schließt die Invasion anderer intestinaler Segmente über den Serosaweg mit ein, z.B. eine Invasion des Ileums
T4a	Tumor perforiert viszerale Peritoneum, eingeschlossen muzinöse peritoneale Tumorabsiedlungen oder azelluläres Muzin jenseits der Serosa der Appendix oder Mesoappendix und /oder infiltriert andere Organe/Strukturen innerhalb des rechten unteren Quadranten
T4b	Tumor infiltriert (direkt) in andere Organe oder Strukturen

N, M - Lymphknoten, Metastasen (TNM 8)

Appendixkarzinome

N-Ausprägung	Bedeutung
N0	keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1	1 - 3 regionäre Lymphknoten
N1a	Metastase(n) in 1 regionärem Lymphknoten
N1b	Metastase in 2 bis 3 regionären Lymphknoten
N1c	Tumorknötchen (Satelliten) in der Subserosa oder im Mesenterium ohne regionäre Lymphknotenmetastasen
N2	> 3 regionäre Lymphknoten Metastasen in 4 oder mehr regionären Lymphknoten
M – Fernmetastasen	
M1	Fernmetastasen mikroskopisch bestätigt
M1a	nur intraperitoneales Muzin
M1b	nur intraperitoneale Metastasen, eingeschlossen muzinöse Epithelzellen
M1c	nicht peritoneale Metastasen

T - Primärtumor (TNM 8)

NETs des Kolorektum

neuroendokrine Tumore (G1,- 8240/3 und G2 - 8249/3) des Kolorektums

T-Ausprägung	Bedeutung
T0	kein Anhalt für Primärtumor
T1	Tumor infiltriert Lamina propria oder Submukosa 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung
T1a	Tumor ist weniger als 1 cm in größter Ausdehnung
T1b	Tumor 1cm bis 2 cm in größter Ausdehnung
T2	Tumor infiltriert Muscularis propria oder mehr als 2 cm in größter Ausdehnung
T3	Tumor infiltriert Subserosa oder nicht peritonealisiertes perikolisches/perirektales Gewebe
T4	Tumor perforiert viszerale Peritoneum (Serosa) oder infiltriert andere Organe/Strukturen

T - Primärtumor (TNM 8)

NETs der Appendix

neuroendokrine Tumore (G1,- 8240/3 und G2 - 8249/3) der Appendix

T-Ausprägung	Bedeutung
T0	kein Anhalt für Primärtumor
T1	Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung
T2	Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 4 cm in größter Ausdehnung
T3	Tumor mehr als 4 cm oder mit Ausbreitung in die Subserosa oder mit Ausbreitung in die Mesoappendix
T4	Tumor perforiert Peritoneum oder infiltriert Nachbarorgane/Strukturen (nicht direkte Ausbreitung in die Subserosa), z. B. Bauchwand oder Skelettmuskulatur ²

²Ein Tumor, der makroskopisch an anderen Organen oder Strukturen adhärent ist, wird als T4 klassifiziert. Ist bei der histologischen Untersuchung in den Adhäsionen kein Tumorgewebe nachweisbar, soll der Tumor als pT1-3 klassifiziert werden.

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

N, M - Lymphknoten, Metastasen (TNM 8)

Kolorektum und Appendix - NETs

neuroendokrine Tumore (G1,- 8240/3 und G2 - 8249/3) des Kolorektums und der Appendix

N-Ausprägung	Bedeutung
N0	keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1	Regionäre Lymphknotenmetastasen
M - Fernmetastasen	
M0	keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen
M1a	Metastase(n) auf Leber beschränkt
M1b	Nur extrahepatische Metastase(n)
M1c	Hepatische und extrahepatische Metastasen

TNM 8 GIST im Kolorektum

alle Ausprägungen

T-Ausprägung	Bedeutung
T1	Tumor 2 cm oder weniger
T2	Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 5 cm in größter Ausdehnung
T3	Tumor mehr als 5 cm, aber nicht mehr als 10 cm in größter Ausdehnung
T4	Tumor mehr als 10 cm in größter Ausdehnung

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

M-Ausprägung	Bedeutung
M0	keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

T- Primärtumor: Mesenchymale Tumore im Kolorektum

TNM 8 der Eingeweide des Thorax und Abdomens

T-Ausprägung	Bedeutung
TX	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
T1	Tumor begrenzt auf ein Organ
T2a	Tumor infiltriert Serosa des viszeralen Peritoneums (kein Durchbruch)
T2b	Tumor mit mikroskopischer Ausbreitung jenseits der Serosa
T3	Tumor infiltriert ein zusätzliches Organ oder makroskopische Ausbreitung jenseits der Serosa
T4a	Multifokaler Tumor mit Beteiligung von nicht mehr als zwei Lokalisationen in einem Organ
T4b	Multifokaler Tumor mit Beteiligung von mehr als zwei aber nicht mehr als fünf Bezirken
T4c	Multifokaler Tumor mit Beteiligung von mehr als fünf Bezirken

N, M - Lymphknoten, Metastasen

TNM 8 der Eingeweide des Thorax und Abdomens

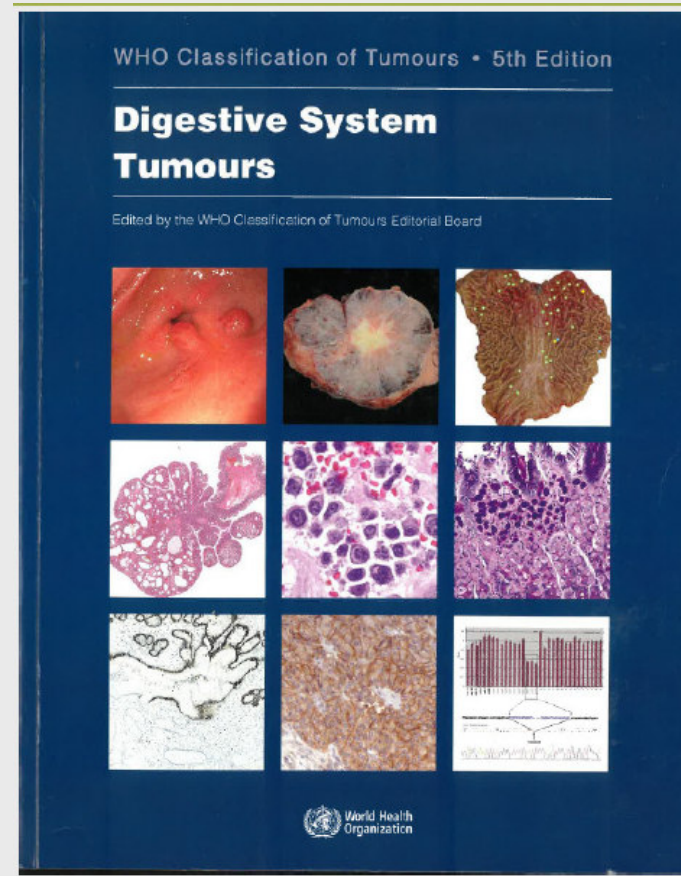
N-Ausprägung	Bedeutung
NX	Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden
N0	keine regionären Lymphknotenmetastasen
N1	regionäre Lymphknotenmetastasen
M-Ausprägung	Bedeutung
M0	keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen

Histologien

Karzinome, Neuroendokrine Tumore und mesenchymale Neoplasien des Kolorektum und der Appendix

- Eine **genaue und spezifische Histologie** ist wichtig für die Datenanalyse.
- Beschreibende und unspezifische Codes, wie beispielsweise (8000/3 oder 8010/3), erschweren genaue Auswertungen oder machen diese unmöglich.
- Aus dem Pathologie-Befund sollte ein genauer Histologie-Code hervorgehen. Wenn die Histologie im Pathologie-Befund nicht eindeutig beschrieben wird, fragen Sie bitte beim Pathologen oder beim behandelnden Arzt nach.

Diagnose: Morphologien aus dem „Blue Book“ : WHO Classification of Tumours „Digestive System Tumours“ 5th Edition, 2019



**Aktuellste
Klassifikation
nach WHO**

Diagnose - Morphologien

Kolorektum - Adenokarzinome, NETs, NECs, mesenchymale Neoplasien

Precursors

8213/2 Serrated dysplasia, high grade
8210/2 Adenomatous polyp, high grade
8211/2 Tubular adenoma, high grade
8261/2 Villous adenoma, high grade
8263/2 Tubulovillous adenoma, high grade
8148/2 Glandular intraepithelial neoplasia, high grade

Malignant epithelial tumours

8140/3 Adenocarcinoma NOS
8123/3 Serrated adenocarcinoma
8262/3 Adenoma-like adenocarcinoma
8265/3 Micropapillary adenocarcinoma
8480/3 Mucinous adenocarcinoma
8490/3 Poorly cohesive carcinoma
8490/3 Signet-ring cell carcinoma
8510/3 Medullary adenocarcinoma
8560/3 Adenosquamous carcinoma
8020/3 Carcinoma, undifferentiated NOS
8033/3 Carcinoma with sarcomatoid component

Mesenchymal neoplasm

8890/3 Leiomyosarcoma
9120/3 Angiosarcoma, Epitheloid Angiosarcoma
8900/3 Rhabdomyosarcoma NOS
8936/3 Gastrointestinal stroma tumour

8240/3 Neuroendocrine tumour NOS
8240/3 Neuroendocrine tumour, grade 1
8249/3 Neuroendocrine tumour, grade 2
8249/3 Neuroendocrine tumour, grade 3
8152/3 I-cell tumour, Glukagon-like peptid tumour,
8152/3 PP/PYY-producing tumour
8241/3 Enterochromaffin-cell carcinoid
8241/3 Serotonin-producing tumour

8246/3 Neuroendocrine carcinoma NOS
8013/3 Large cell neuroendocrine carcinoma
8041/3 Small cell neuroendocrine carcinoma

8154/3 Mixed neuroendocrine–non-neuroendocrine
neoplasm (MiNEN)

Übersicht
aus dem
aktuellen BB

Diagnose - Morphologien

Appendix - Adenokarzinome und NETs, NECs

Epithelial tumours

8213/2 Serrated dysplasia, high grade

8480/2 Low grade appendical mucinous neoplasm

8140/3 Adenocarcinoma NOS

8430/3 Mucinous adenocarcinoma

8490/3 Signet-ring cell carcinoma

8020/3 Carcinoma, undifferentiated NOS

8240/3 Neuroendocrine tumour NOS

8240/3 Neuroendocrine tumour, grade 1

8249/3 Neuroendocrine tumour, grade 2

8249/3 Neuroendocrine tumour, grade 3

8152/3 I-cell tumour, Glukagon-like peptid tumour,

8152/3 PP/PYY-producing tumour

8241/3 Enterochromaffin-cell carcinoid

8241/3 Serotonin-producing tumour

8246/3 Neuroendocrine carcinoma NOS

8013/3 Large cell neuroendocrine carcinoma

8041/3 Small cell neuroendocrine carcinoma

8154/3 Mixed neuroendocrine–non-neuroendocrine neoplasm -MINEN

8243/3 Goblet cell adenocarcinoma (Becherzellkarzinoid) für C18.1

Übersicht
aus dem
aktuellen BB

Diagnose

Kolorektum Grading Karzinome

Grading	Differenzierung	% tubuläre Differenzierung	zweistufiges Grading
G1	gut differenziert	95% mehr als 95% des Tumors bestehen aus Drüsen	Low grade
G2	Mäßig differenziert	50-95% 50 - 95% des Tumors bestehen aus Drüsen	Low grade
G3	Schlecht differenziert	5-50% weniger als 50% des Tumors bestehen aus Drüsen	High grade
G4	Undifferenziert, anaplastisch	< 5% im Tumor sind nirgendwo Drüsen zu sehen	High grade



Das Grading von **kolorektalen Adenokarzinomen** gilt als prognostischer Marker.
Seit dem BB „WHO classification of Tumours- of the Colon and Rectum ,5th edition“ S. 182
wird das Grading der Kolonkarzinome in „High und Low“ grade angegeben.

Grading NEN (neuroendokrine Neoplasien), NETs (Neuroendokrine Tumore) NECs (Neuroendokrine Karzinome)

Morphologie	Terminologie	Differenzierung	Grade	Mitoserate (mitoses rate/2mm ²)	Ki-67 Index
8240/3	Neuroendokriner Tumor NET, G1	gut differenziert	Low (L)	< 2	< 3 %
8249/3	Neuroendokriner Tumor NET G2 (G3 möglich)	gut differenziert	Intermediate (M)	2-20	3-20%
8246/3	Neuroendokrines Karzinom o. n. A	Schlecht differenziert	High(H)	> 20	> 20 %
8041/3	NEC, small cell type (SCNEC), Kleinzelliges neuroendokrines Karzinom	Schlecht differenziert	High(H)	> 20	> 20 %
8013/3	NEC, large cell type (LCNEC), Großzelliges neuroendokrines Karzinom	Schlecht differenziert	High (H)	> 20	> 20 %
8154/3	MinEN Gemischtes endokrines- und exokrines Adenokarzinom	Gut bis schlecht differenziert	Variable	variabel	variabel

Dokumentation der hochgradigen intraepithelialen Neoplasien (HGIEN) und der in situ Neoplasien des Kolorektums (D01.0,1,2)



- Dysplasien in Adenomen werden in low und high grade IEN eingeteilt. **Nur HGIEN sind meldepflichtig.**
- Die unterschiedlichen Formen der HGIEN werden von serratiert → tubulär→tubulovillös→ villös prognostisch ungünstiger bewertet, erhalten aber keinen TNM.
- Beim Übergang in die Wertigkeit eines Carcinoma in situ (Basalmembran erhalten) wird ein pTis vergeben.
- **Das intramukosale Adenokarzinom:** Sobald die Lamina propria mucosae erreicht wird, ist die Läsion als intramukosales Adenokarzinom zu werten (die lymphatische Versorgung der Kolonmukosa beginnt in der Lamina muscularis mucosae, ICD-10 D01* mit 8140/2). Ein Grading wird vergeben (siehe TNM8: 8140/2 mit pTis).

Besonderheiten der Dokumentation

Kolorektum und Appendix

Histologie	BB
TNM für NEC; MINEN ab G3	NEC und MINEN werden mit dem TNM 8 der Karzinome des Kolorektum kodiert
8211/2	Tubular Adenoma, high grade ist noch nicht in der ICD-O-3.2
8213/2	Serrated dysplasia, high grade ist noch nicht in der ICD-O-3.2
8480/2 in C18.1-HAMN	High grade appendical mucinous neoplasm ist noch nicht in der ICD-O-3.2, aber in der WHO Klassifikation und SEER-Liste aufgeführt
8480/1 in C18.1- LAMN	Bis dato nicht meldepflichtig, Meldepflicht wird momentan in der Plattform §65c diskutiert, kann bei Angabe durch den Pathologen ab 2022 mit 8480/2 gemeldet werden.
8140/2 (intra-)mukosales Adenokarzinom	wird mit /2 kodiert, mit Gradingangabe, mit pTis
8890/3, 9120/3	Häufigste mesenchymale Tumoren im Kolorektum: Leiomyosarkom, Angiosarkom

Organspezifisches Modul - Zusatzklassifikationen beim Kolorektum

Zusatzklassifikation für das Rektum

Modul Kolorektales Karzinom - Rektum

Abstand des Tumorrandes zur Anokutanlinie KR1

Definition	Höhe des Sitzes des Rektumkarzinoms ab Anokutanlinie.
Ausprägung	(n) = Abstand zur Anokutanlinie in cm, natürliche Zahl U = unbekannt

- **Linea anocutanea** oder **Anokutanlinie** ist eine anatomische Struktur des Anus.
- Markiert den Übergang der Analhaut (Anoderm) in die normale äußere Haut (Epidermis).
- Die Linea anocutanea ist das distale Ende des Analkanals. Sie befindet sich ca. 2 cm distal der Linea dentata.
- An der Linea anocutanea ist der untere Rand des Musculus sphincter ani internus als Ring tastbar.
- Starre Endoskopie als Messpunkt für die Lokalisationsangaben beim Rektumkarzinom.

Modul Kolorektales Karzinom - Rektum

MRT oder Dünnschicht CT durchgeführt mit Angabe Abstand mesorektale Faszie KR5/ Art des Eingriffs KR6

Definition	Angabe des Abstands des Tumors zur mesorektalen Faszie, wenn eine MRT oder Dünnschicht-CT Untersuchung durchgeführt wird.
Ausprägung	(n) = Abstand zur mesorektalen Faszie in mm (natürliche Zahl) D = durchgeführt, aber Abstand nicht angegeben N = Nein (MRT/CT nicht durchgeführt) U = Unbekannt

Definition	Modalität der Eingriffsdurchführung
Ausprägung	E = Elektiveingriff N = Notfalleingriff U = Unbekannt

Modul Kolorektales Karzinom - Kolon und Rektum

ASA-Klassifikation KR9

Definition	Einstufung des Patienten nach der ASA-Klassifikation bei präoperativer Untersuchung durch den Anästhesisten.
Ausprägungen	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient

Modul Kolorektales Karzinom - Rektum

Minimaler Abstand vom aboralen Resektionsrand KR2

Definition	Minimaler Abstand des aboralen Tumorrandes zum aboralen Resektionsrand in mm.
Anmerkungen	Wird nach der Resektion vom Pathologen vergeben; http://leitlinienprogramm-onkologie.de/uploads/tx_sbdownloader/LL_KRK_Langfassung_1.1.pdf

Modul Kolorektales Karzinom - Rektum

Abstand zur zirkumferentiellen Resektionsebene KR3

Definition	Minimaler Abstand des Tumors zur zirkumferentiellen mesorektalen Resektionsebene in mm
Referenzdokumente	QI 4 oder S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom
Anmerkungen	Bei 0 = kein zirkumferentieller Sicherheitsabstand

- CRM -: „Der zirkumferentielle Sicherheitsabstand ist negativ, wenn er 1mm oder mehr beträgt (R0 „wide“).
- CRM +: Ein positiver zirkumferentieller Sicherheitsabstand liegt vor, wenn der zirkumferentielle Sicherheitsabstand weniger als 1mm beträgt (R0 „close“) oder Tumorgewebe direkt an ihn heranreicht (R1).
- Der gemessene Abstand soll in Zahlen dokumentiert werden.“

Berücksichtigt werden: kontinuierliche Primärtumorausläufer, Satelliten, Lymphgefäß-/Veneninvasion, Perineural-scheideninvasion, Lymphknotenmetastasen

Modul Kolorektales Karzinom - Rektum

Qualität des TME-Präparats KR4



Beschreibung	Qualität des TME-Präparats
Gültiger Datenbereich	• 1 = Grad 1 (gut) intaktes Mesorektum, glatte Oberfläche bis geringe Unregelmäßigkeiten der glatten Oberfläche, kein Defekt > 5 mm, kein Coning, Mesorektale Faszie erhalten • 2 = Grad 2 (moderat) Mäßige Unregelmäßigkeiten an der Mesorektum-oberfläche. Mäßiges Coning (Bildung eines „Resektionskegels“ beim Präparieren des Rektumresektats nach distal) kleine Verletzung der mesorektalen Faszien, intramesorektale Einrisse (muscularis propria nicht sichtbar außer am Ansatz der Levatormuskulatur) • 3 = Grad 3 (schlecht) Wenig Mesorektum reseziert, Risse bzw. Defekte erreichen die Muscularis propria oder den Tumor • P = PME durchgeführt (Partielle mesorektale Exzision, wird im oberen Rektumdrittel empfohlen) • L = Lokale Exzision durchgeführt • A = Andere Operation durchgeführt • U = unbekannt
Referenzdokumente	QI 4 oder S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom
Anmerkungen	Nach Mercury

Nur bei einer kompletten Mesorektumexzision sollten Angaben zur Qualität der mesorektalen Faszie bei Resektion des Rektums gemacht werden:

- a) nach totaler Mesorektumexzision (TME)
- b) im Falle einer vollständigen Rektumexstirpation oder Amputation, wird die Entfernung der Levatormuskulatur (Levator-Analkanal-Gebiet) mitklassifiziert.

→ In diesen Fällen wird die Beurteilung der Mesorektumoberfläche und des **Coning** analog zur MERCURY-Studie laut S3 Leitlinie empfohlen, d.h. die Beurteilung der mesorektalen Faszie und des mitentfernten Fettgewebe von Grad 1 (gut), Grad 2 (moderat), Grad 3 (schlecht).

- In anderen Fällen werden folgende Angaben verwendet:
 - PME: Partielle mesorektale Exzision
 - Lokale Excision (bei Polypektomie mit T und R0 Angabe)
 - Andere Operation durchgeführt (z.B. bei nicht onkol. OP, andere Tumore, Rezidive)
 - Unbekannt (ohne Angabe des Operators/Pathologen)

Modul Kolorektales Karzinom - Rektum

Präoperative Anzeichnung der Stomaposition KR7

Definition	Präoperative Anzeichnung der Stomaposition
Ausprägung	D = Anzeichnung durchgeführt N = Anzeichnung nicht durchgeführt K = kein Stoma S = Stoma angelegt, Anzeichnung nicht bekannt U = unbekannt

Modul Kolorektales Karzinom-Rektum

Rektumkarzinom: Anastomoseninsuffizienz KR8

Definition	Grad A (keine therapeutische Konsequenz) Grad B (Antibiotikagabe oder interventionelle Drainage oder transanale Lavage/Drainage) Grad C ((Re)-Laparotomie) Anastomoseninsuffizienz nach elektivem Eingriff mit Anastomosenanlage
Ausprägungen	B = Anastomoseninsuffizienz Grad B C = Anastomoseninsuffizienz Grad C K = keine Insuffizienz oder höchstens Grad A U = unbekannt Ausprägung gem. Rahbari, N.N., et al., Definition and grading of anastomotic leakage following anterior resection of the rectum: a proposal by the International Study Group of Rectal Cancer.Surgery, 2010. 147(3): p. 339-51.

Modul Kolorektales Karzinom - Kolon und Rektum

Mutationen im K-RAS-Onkogen KR10

Definition	Vorliegen einer Mutation im K-ras Onkogen
Ausprägungen	W = Wildtyp M = Mutation U = unbekannt N = nicht untersucht
Referenzdokumente	S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom
Anmerkungen	Änderung bzw. Erweiterung im neuen oBDS

Es wird untersucht, ob es im KRAS-Gen (KRAS, Abk. für "Kirsten Rat Sarcoma") im Laufe der Entstehung des Tumors zu onkogenen Mutationen gekommen ist oder nicht. Man spricht dann auch von Wildtyp- oder mutierten KRAS. Bei ca. 60% der Patienten liegt das KRAS-Gen in der Wildtyp-Form vor, bei ca. 40% ist es mutiert.

Neues im onkologischem Basisdatensatz (oBDS 3.0.0) Kolorektum (Feld für alle Entitäten)

**Genetische Varianten
Und prädiktive Biomarker in Baden-Württemberg**

oBDS 3.0.0 Kapitel 23

genetische Variante



- am 12. Juli 2021 : Neuer Basisdatensatz von ADT/GEKID verabschiedet
- Umbenennung von ADT/GEKID in oBDS „onkologischer Basisdatensatz“
- Februar 2022 Umsetzungsleitfaden für Schnittstellen zum oBDS
- Wichtige Neuerung: genetische Varianten aus Analysen von Tumorzellen als Ausprägung für **alle Entitäten**

– [23 Genetische Variante](#)

23.1 Genetische Variante Name

23.2 Genetische Variante Ausprägung

- Das KRBW hat zusätzlich mögliche Eingaben für weitere diagnostische und therapierelevante Biomarker eingeführt:

<https://www.krebsregister-bw.de/service-mediathek/downloads> siehe Datenkataloge und Informationsblätter/Informationsblätter unter „Ergänzung weitere Klassifikationen BW“

oBDS 3.0.0 Kapitel 23

genetische Variante im Kolorektum

- Seit Einführung des Modul Kolorektum (2015) ist die Angabe der KRAS Mutationsstatusmöglich
- Weitere molekulargenetische und immunhistochemische Untersuchungen sind Standard in Diagnostik und Behandlung des kolorektalen Karzinoms, konnten aber noch nicht strukturiert erfasst werden.
- Etablierte Marker in der S3 LL Kolorektum (Kapitel 9.2 und 9.4)
 - NRAS
 - BRAF
 - Mikrosatellitenstatus
 - HER2-neu
 - SM1,2,3: Infiltration der Submukosa bei Karzinomen in Polypen
- Empfohlen:
 - APC, TP53, SMAD4, PIK3CA, POLE, MUTHY am Karzinomgewebe
 - Keimbahnmutationen können im oBDS noch nicht erfasst werden

genetische Variante

Eigenschaften der Tumorzellen

23.1 oBDS: in BB und S3LL etablierte genetische Varianten:

NRAS

BRAF

MSS(molekulargenetisch untersucht):
Mononukleotidmikrosatelliten (BAT-25 und-26),
Dinukleotidmikrosatelliten (D1,2,5)

Weitere genetische Varianten empfohlen, bitte auch
melden, z.B. :

PIK3CA

NTRK (therapeutische Optionen)

APC

SMAD4

APC

23.2 oBDS: Ausprägungen

M = Mutation/positiv

W = Wildtyp/nicht mutiert/negativ

P = Polymorphismus

S = Sonstiges

N = nicht bestimmbar

U = unbekannt

Bitte alles
dokumentieren,
was untersucht
wurde.

genetische Variante

Beispiel Praxisanwendung BRAF im Kolorektum- als Prognosefaktor



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

Quelle: „WHO classification of Tumours- of the Colon and Rectum ,5th edition“ S. 178, S.183-187
„Graduierung und molekulare Diagnostik beim fortgeschrittenem Dickdarmkarzinom“, Jens Neumann, 2021, LMU, München

Ergänzung weitere Klassifikation für Kolorektum- BW:

Gesamtliste, gültig ab 08/2022

KRBW: Weitere Klassifikationen	KRBW: Ausprägung
MSS (Mikrosatellitenstabilität)-Staus: Expression der Mismatch Repair-Proteine (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2)	MSS: Mikrosatellitenstabil MSI: Mikrosatelliten Instabil MSI-H: Mikrosatelliten Instabil- High MSI-L: Mikrosatelliten Instabil- Low
Her2-Neu Status	P: überexprimiert (IHC3+, IHC2+, FISH positiv) N: nicht vermehrt exprimiert (IHC 0, IHC1+, IHC2+, FISH negativ)
SM1, SM2, SM3 nach Kikuchi	SM 1: Infiltration der Submukosa nur oberes Drittel SM 2: Infiltration der Submukosa bis ins mittlere Drittel SM 3: Infiltration der Submukosa bis ins tiefste Drittel
Mitoserate-GIST	H: niedrige Mitoserate, < oder gleich 5 Mitosen pro 5mm ² H: hohe Mitoserate, >5 Mitosen pro 5 mm ²

Meldeanlass Therapie

Wann ist eine Therapie zu melden?

- Der Therapiebeginn und das Therapieende stellen einen Meldeanlass dar.
- Der Beginn und das Ende einer Therapie sind in einer Meldung zu übermitteln.
- Therapiezyklen sind zu einer Meldung zusammenzufassen.
- Findet ein Wechsel einer Substanz innerhalb einer systemischen Therapie statt, ist eine neue Therapiemeldung zu übermitteln.

Meldeanlass Therapie

Hinweis zu systemischen Therapien

Nur spezifische Tumorthérapien sind meldepflichtig –

Laboruntersuchungen sind nicht als Therapie zu melden.

Folgende Therapien sind **nicht meldepflichtig**, da sie zur Kategorie „Supportive Therapien“ gehören:

- Maltherapie, Farbtherapie oder Musiktherapie
- Antibiotikabehandlung
- Diuretische Therapie
- nur Medikamentöse Schmerztherapie
- Cortisonbehandlung
- Behandlung mit Erythrozytenkonzentrat
- Behandlung mit Thrombozytenkonzentrat

Wird eine der angeführten Therapien dennoch gemeldet, wird diese mit dem Fehlertext „**Keine relevante Tumorspezifische Therapie**“ abgelehnt.

Meldeanlass Therapie

Hinweis zu systemischen Therapien

- Das **Substanzfeld** ist immer zu befüllen (eine alleinige Angabe des Protokollnamens reicht nicht aus).
- Bitte auf eine korrekte Schreibweise der Angaben der Substanznamen achten.

Korrekte Schreibweise	Fehlerhafte Schreibweise
Carboplatin	Karboplatin, Carboplatini, Carboplatin Pac.

- Die Angaben bitte immer so **spezifisch** wie möglich machen.
Unspezifische Angaben wie Überbegriffe oder Wirkmechanismen werden zur Korrektur ins Melderportal zurückgespiegelt.
- Behandlungsschemata, Protokolle und Dosierungsangaben sind nicht für das Feld Substanz vorgesehen.
- **Die Therapieart und die Substanz sind passend anzugeben** → auf unserer Homepage befindet sich ich hierzu eine bundesweite Liste mit den passenden Zuordnungen.

Worauf ist bei der Dokumentation der Protokolle zu achten?

- nur **Protokollname** eintragen
- zusätzliche Substanz kann mit „+“ ergänzt werden (zusätzlich aber auch im Feld Substanz erfassen)
- unterschiedliche Protokolle → unterschiedliche Therapiemeldungen

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.
- Der Tod wird mit Einführung des oBDs 3.0.0 zum eigenständigen Meldungstyp
→ wird damit nicht mehr über die Verlaufsmeldung erfasst.

Neu!

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.

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	

Gesamtbeurteilung des Tumorstatus

Ausprägungen oBDS 2021

Nr	17.2
Gruppe	Verlauf
Feldbezeichnung	Gesamtbeurteilung des Tumorstatus
Definition	Gesamtbeurteilung der Erkrankung unter Berücksichtigung aller Manifestationen.
Ausprägungen	V = Vollremission (complete remission, CR) T = Teilremission (partial remission, PR) K = keine Änderung (no change, NC) = stable disease P = Progression D = divergentes Geschehen B = klinische Besserung des Zustandes, Teilremissionkriterien jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR) R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr) Y = Rezidiv U = Beurteilung unmöglich X = fehlende Angabe
Hinweise	P = Progression (Fortschreiten der Erkrankung) Y = Rezidiv, jedes Wiederauftreten der Erkrankung bei vorheriger kompletter klinischer Tumorfreiheit (biochemisches Rezidiv, Lokalrezidiv und/oder Metastasierung)

neu

neu in oBDS 2021

Y = Rezidiv

jedes Wiederauftreten der Erkrankung bei vorheriger kompletter klinischer Tumorfreiheit

Link: oBDS 2021

<https://basisdatensatz.de/feld/220/gesamtbeurteilung-des-tumorstatus>

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

Plausibilitätsprüfungen und Plausibilitätsverletzungen

Plausibilitätsprüfungen

Fehler
(78)

Warnungen
(145)

Hinweise
(59)

Plausibilitätsverletzung

Angabe zur Metastasenlokalisierung passt nicht zur M-Ausprägung

Lokalisation/Histologie und T-Angabe unplausibel

N-Angabe passt nicht zu LK-befallen

Lokalisation/Histologie und N-Angabe unplausibel

M-Angabe und Tumorstatus Fernmetastase unplausibel

Lokalisation/Histologie und Grading unplausibel

Angabe zur Metastasenlokalisierung passt nicht zur M-Ausprägung - fehlerhafte Kombination

Diagnosemeldung

weitere Angaben

Topographie ICD-O: C18.0, Zäkum

Histologie

Datum: 16.04.2022

Histologie ICD-O: 8140/3, Adenokarzinom o.n.A.

TNM

Datum: 16.04.2022

Version: 8

TNM: pT4b

pN1b

cM1a

Metastasen

1. Lokalisation Leber (HEP)

2. Lokalisation Andere Organe (OTH)

Plausibilitätsfehler

Angabe zur Metastasenlokalisierung passt nicht
zur M-Ausprägung

M-Angabe

- Karzinome, NEC und MiNEN

M-Kategorie	0	1	1a	1b	1c
-------------	---	---	----	----	----

- neuroendokrine Tumoren (NET)

M-Kategorie	0	1	1a	1b	1c
-------------	---	---	----	----	----

- gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

M-Kategorie	0	1
-------------	---	---

Metastasenlokalisation

Metastasenlokalisation	Abkürzung
Lunge	PUL
Knochen	OSS
Leber	HEP
Hirn	BRA
Lymphknoten	LYM
Knochenmark	MAR

Metastasenlokalisation	Abkürzung
Pleura	PLE
Peritoneum	PER
Nebennieren	ADR
Haut	SKI
Andere Organe	OTH
generalisierte Metastasierung	GEN

Angabe zur Metastasenlokalisierung passt nicht zur M-Ausprägung - korrekte Kombination



Diagnosemeldung

weitere Angaben

Topographie ICD-O: C18.0, Zäkum

Histologie

Datum: 16.04.2022

Histologie ICD-O: 8140/3, Adenokarzinom

TNM

Datum: 16.04.2022

Version: 8

TNM: pT4b
pN1b
cM1a

Metastasen

1. Lokalisation Leber (HEP)
2. Lokalisation andere Organe (OTH)

Diagnosemeldung

weitere Angaben

Topographie ICD-O: C18.0, Zäkum

Histologie

Datum: 16.04.2022

Histologie ICD-O: 8140/3, Adenok

TNM

Datum: 16.04.2022

Version: 8

TNM: pT4b
pN1b
cM1a

Metastasen

1. Lokalisation Leber (HEP)

C18.0, Zäkum

16.04.2022

8140/3, Adenokarzinom o.n.A.

16.04.2022

8

pT4b
pN1b
cM1b

Leber (HEP)
andere Organe (OTH)

Lokalisation/Histologie und T-Angabe unplausibel fehlerhafte Kombination

Diagnosemeldung

weitere Angaben

ICD-O-Version: 2. Revision 2019
Topographie ICD-O: C18.7, Colon sigmoideum

Histologie

Datum: 18.04.2022
Version: 2. Revision 2019
Histologie ICD-O: 8140/3, Adenokarzinom o.n.A.

TNM

Datum: 15.04.2022
Version: 8
TNM: pT1b
cN0
cM0

Plausibilitätsfehler

Lokalisation/Histologie und T-Angabe unplausibel

Diagnose und Lokalisation - Kolon, rektosigmoidaler Übergang, Rektum (ausgenommen Appendix)

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3	Beschreibung
C18.0	C18.0	Zäkum
C18.2	C18.2	Colon ascendens
C18.3	C18.3	Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	C18.4	Colon transversum
C18.5	C18.5	Flexura coli sinistra [lienalis]
C18.6	C18.6	Colon descendens
C18.7	C18.7	Colon sigmoideum
C18.8	C18.8	Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	C18.9	Kolon, nicht näher bezeichnet
C19	C19.9	Rektosigmoid, Übergang
C20	C20.9	Rektum

Diagnose und Lokalisation - Kolon, rektosigmoidaler Übergang, Rektum (ausgenommen Appendix) sowie Appendix

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3	Beschreibung
D01.0	C18*	Kolon, inkl. Appendix vermiformis
D01.1	C19.9	Rektosigmoid, Übergang
D01.2	C20.9	Rektum

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3	Beschreibung
C18.1	C18.1	Appendix vermiformis, Wurmfortsatz

– Karzinome

ICD-O-3 Rev. 2	Bedeutung
8140/3	Adenokarzinom o.n.A.
8480/3	muzinöses Adenokarzinom

– neuroendokrine Tumoren (NET)

ICD-O-3 Rev. 2	Bedeutung
8240/3	Karzinoidtumor o.n.A.
8249/3	atypischer Karzinoidtumor

– gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

ICD-O-3 Rev. 2	Bedeutung
8936/3	gastrointestinales Stromasarkom (GIST)

T-Angabe - Kolon, rektosigmoidaler Übergang, Rektum (ausgenommen Appendix)

— Karzinome

T-Kategorie	0	1	2	3	3a	3b	3c	3d	4	4a	4b	X
-------------	---	---	---	---	----	----	----	----	---	----	----	---

— neuroendokrine Tumoren (NET)

T-Kategorie	0	1	1a	1b	2	3	4	X
-------------	---	---	----	----	---	---	---	---

— gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

T-Kategorie	0	1	2	3	4	X
-------------	---	---	---	---	---	---

T-Angabe - Appendix

- Karzinome

T-Kategorie	0	1	2	3	4	4a	4b	X
--------------------	---	---	---	---	---	----	----	---

- neuroendokrine Tumoren (NET)

T-Kategorie	0	1	X
--------------------	---	---	---

- gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

T-Kategorie	0	1	2	3	4	X
--------------------	---	---	---	---	---	---

Lokalisation/Histologie und T-Angabe unplausibel

korrekte Kombination

Diagnosemeldung

weitere Angaben

ICD-O-Version: 2. Revision 2019

Topographie ICD-O: C18.7, Colon sigmoideum

Histologie

Datum: 18.04.2022

Version: 2. Revision 2019

Histologie ICD-O: 8140/3, Adenokarzinom o.n.A.

TNM

Datum: 15.04.2022

Version: 8

TNM: pT1b

cN0

cM0

Diagnosemeldung

weitere Angaben

ICD-O-Version: 2. Revision 2019

Topographie ICD-O: C18.7, Colon sigmoideum

Histologie

Datum: 18.04.2022

Version: 2. Revision 2019

Histologie ICD-O: 8140/3, Adenokarzinom o.n.A.

TNM

Datum: 15.04.2022

Version: 8

TNM: pT1

cN0

cM0

N-Angabe passt nicht zu LK befallen fehlerhafte Kombination

Diagnosemeldung

weitere Angaben

Topographie ICD-O: C18.0, Zäkum

Histologie

Datum: 18.04.2022

Histologie ICD-O: 8140/3, Adenokarzinom o.n.A.

Anzahl Lymphknoten
bef./unters.: 3 / 24

TNM

Datum: 15.04.2022

Version: 8

TNM: pT3

pN1a

cM0

Plausibilitätsfehler

N-Angabe passt nicht zu LK befallen

N-Angabe

- Karzinome, NEC und MiNEN - Kolorektum

N-Kategorie	0	1	1a	1b	1c	2	2a	2b	X
-------------	---	---	----	----	----	---	----	----	---

- Karzinome, NEC, MiNEN und Becherzellkarzinom - Appendix

N-Kategorie	0	1	1a	1b	1c	2	X
-------------	---	---	----	----	----	---	---

- neuroendokrine Tumoren (NET)

N-Kategorie	0	1	X
-------------	---	---	---

- gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

N-Kategorie	0	1	X
-------------	---	---	---

LK befallen - Karzinome, NEC, MiNEN

N-Angabe	LK befallen C18 - C20 (o. C18.1)	LK befallen C18.1 inkl. Becherzellkarzinoid
1	1 - 3	
1a	1	
1b	2 - 3	
1c	0 *	
2	4 oder mehr	
2a	4 - 6	-
2b	7 oder mehr	-

* Satelliten = Tumorknötchen, ohne histologisch erkennbare Residuen eines Lymphknotens
TNM-Supplement, 4. Auflage, S. 74

N-Angabe passt nicht zu LK befallen

korrekte Kombination

Diagnosemeldung

weitere Angaben

Topographie ICD-O: C18.0, Zäkum

Histologie

Datum: 18.04.2022

Histologie ICD-O: 8140/3, Adenokarzinom o.n.A

Anzahl Lymphknoten
bef./unters.: 3 / 24

TNM

Datum: 15.04.2022

Version: 8

TNM: pT3

pN1a

cM0

Diagnosemeldung

weitere Angaben

Topographie ICD-O: C18.0, Zäkum

Histologie

Datum: 18.04.2022

Histologie ICD-O: 8140/3, Adenokarzinom o.n.A.

Anzahl Lymphknoten
bef./unters.: 3 / 24

TNM

Datum: 15.04.2022

Version: 8

TNM: pT3

pN1b

cM0

Lokalisation/Histologie und N-Angabe unplausibel fehlerhafte Kombination

Diagnosemeldung

weitere Angaben

ICD-O-Version: 2. Revision 2019

Topographie ICD-O: C18.1, Appendix vermiformis

Histologie

Datum: 18.04.2022

Version: 2. Revision 2019

Histologie ICD-O: 8249/3, atypischer Karzinoidtumor

TNM

Datum: 18.04.2022

Version: 8

TNM: pT4

pN1c

cM1b

Plausibilitätsfehler

Lokalisation/Histologie und N-Angabe unplausibel

Diagnose und Lokalisation - Kolon, rektosigmoidaler Übergang, Rektum (ausgenommen Appendix)

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3	Beschreibung
C18.0	C18.0	Zäkum
C18.2	C18.2	Colon ascendens
C18.3	C18.3	Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	C18.4	Colon transversum
C18.5	C18.5	Flexura coli sinistra [lienalis]
C18.6	C18.6	Colon descendens
C18.7	C18.7	Colon sigmoideum
C18.8	C18.8	Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	C18.9	Kolon, nicht näher bezeichnet
C19	C19.9	Rektosigmoid, Übergang
C20	C20.9	Rektum

Diagnose und Lokalisation - Kolon, rektosigmoidaler Übergang, Rektum (ausgenommen Appendix) sowie Appendix

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3	Beschreibung
D01.0	C18*	Kolon, inkl. Appendix vermiformis
D01.1	C19.9	Rektosigmoid, Übergang
D01.2	C20.9	Rektum

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3	Beschreibung
C18.1	C18.1	Appendix vermiformis, Wurmfortsatz

– Karzinome

ICD-O-3 Rev. 2	Bedeutung
8140/3	Adenokarzinom o.n.A.
8480/3	muzinöses Adenokarzinom

– neuroendokrine Tumoren (NET)

ICD-O-3 Rev. 2	Bedeutung
8240/3	Karzinoidtumor o.n.A.
8249/3	atypischer Karzinoidtumor

– gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

ICD-O-3 Rev. 2	Bedeutung
8936/3	gastrointestinales Stromasarkom (GIST)

N-Angabe

- Karzinome, NEC und MiNEN - Kolorektum

N-Kategorie	0	1	1a	1b	1c	2	2a	2b	X
-------------	---	---	----	----	----	---	----	----	---

- Karzinome, NEC und Becherzellkarzinoid - Appendix

N-Kategorie	0	1	1a	1b	1c	2	X
-------------	---	---	----	----	----	---	---

- neuroendokrine Tumoren (NET)

N-Kategorie	0	1	X
-------------	---	---	---

- gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

N-Kategorie	0	1	X
-------------	---	---	---

Lokalisation/Histologie und N-Angabe unplausibel

korrekte Kombination

Diagnosemeldung

weitere Angaben

ICD-O-Version: 2. Revision 2019

Topographie ICD-O: C18.1, Appendix vermiformis

Histologie

Datum: 18.04.2022

Version: 2. Revision 2019

Histologie ICD-O: 8249/3, atypischer Karzinoidtumor

TNM

Datum: 18.04.2022

Version: 8

TNM: pT4

pN1c

cM1b

Diagnosemeldung

weitere Angaben

ICD-O-Version: 2. Revision 2019

Topographie ICD-O: C18.1, Appendix vermiformis

Histologie

Datum: 18.04.2022

Version: 2. Revision 2019

Histologie ICD-O: 8249/3, atypischer Karzinoidtumor

TNM

Datum: 18.04.2022

Version: 8

TNM: pT4

pN1

cM1b

M-Angabe und Tumorstatus Fernmetastase unplausibel fehlerhafte Kombination

Verlaufsmeldung

Angaben zum Verlauf

Patientenunterrichtung:	informiert
Untersuchungsdatum:	15.04.2021 Exakt
Gesamtbeurteilung Tumor:	Progression (P)
Tumorstatus Primärtumor:	Progress (Tumorreste) (P)
Tumorstatus Lymphknoten:	Progress (bekannter LK-befall) (P)
Tumorstatus Fernmetastasen:	Progress (Fernmetastasen) (P)

TNM

klinischer TNM

Datum:	15.04.2022
Version:	8
TNM:	cT4
	cN2
	cM0

Plausibilitätsfehler

M-Angabe und Tumorstatus Fernmetastase unplausibel

M-Ausprägung

■ Karzinome, NEC, MiNEN

M-Angabe	Beschreibung C18 - C20 (o. C18.1)	Beschreibung C18.1 inkl. Becherzellkarzinoide
0	keine Fernmetastasen	
1	Fernmetastasen (ohne Einschränkung)	
1a	Metastase(n) auf ein Organ beschränkt (Leber, Lunge, Ovar, nichtregionäre Lymphknoten), ohne Peritonealmetastasen	nur intraperitoneales Muzin
1b	Metastasen in mehr als einem Organen	nur intraperitoneale Metastasen, einschli. muzinöse Epithelzellen
1c	Metastasen im Peritoneum mit/ohne Metastasen in anderen Organen	nicht peritoneale Metastasen

M-Ausprägung

■ neuroendokrine Tumoren (NET)

M-Angabe	Beschreibung
0	keine Fernmetastasen
1	Fernmetastasen (ohne Einschränkung)
1a	Metastase(n) auf Leber beschränkt
1b	nur extrahepatische Metastase(n)
1c	hepatische und extrahepatische Metastasen

M-Ausprägung

- gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

M-Angabe	Beschreibung
0	keine Fernmetastasen
1	Fernmetastasen (ohne Einschränkung)

Tumorstatus Fernmetastase

Tumorstatus FM	Beschreibung
F	fraglicher Befund
K	keine Fernmetastasen nachweisbar
M	verbliebene Fernmetastase(n)
N	Fernmetastasen no change
P	Fernmetastasen Progress
R	neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv
T	Fernmetastasen Residuen
U	unbekannt
X	fehlende Angabe

M-Angabe und Tumorstatus Fernmetastase unplausibel

korrekte Kombination

Verlaufsmeldung

Angaben zum Verlauf

Patientenunterrichtung:	informiert
Untersuchungsdatum:	15.04.2021 Exakt
Gesamtbeurteilung Tumor:	Progression (P)
Tumorstatus Primärtumor:	Progress (Tumorreste) (P)
Tumorstatus Lymphknoten:	Progress (bekannter LK-befall) (P)
Tumorstatus Fernmetastasen:	Progress (Fernmetastasen) (P)

Patientenunterrichtung:	informiert
Untersuchungsdatum:	15.04.2021 Exakt
Gesamtbeurteilung Tumor:	Progression (P)
Tumorstatus Primärtumor:	Progress (Tumorreste) (P)
Tumorstatus Lymphknoten:	Progress (bekannter LK-befall) (P)
Tumorstatus Fernmetastasen:	Progress (Fernmetastasen) (P)

TNM

klinischer TNM

Datum:	15.04.2021
Version:	8
TNM:	cT4
	cN2
	cM0

klinischer TNM

Datum:	15.04.2021
Version:	8
TNM:	cT4
	cN2
	cM1

M-Angabe und Tumorstatus Fernmetastase unplausibel

korrekte Kombination

Verlaufsmeldung

Angaben zum Verlauf

Patientenunterrichtung:	informiert
Untersuchungsdatum:	15.04.2021 Exakt
Gesamtbeurteilung Tumor:	Progression (P)
Tumorstatus Primärtumor:	Progress (Tumorreste) (P)
Tumorstatus Lymphknoten:	Progress (bekannter LK-befall) (P)
Tumorstatus Fernmetastasen:	Progress (Fernmetastasen) (P)
Untersuchungsdatum:	15.04.2021 Exakt
Gesamtbeurteilung Tumor:	Progression (P)
Tumorstatus Primärtumor:	Progress (Tumorreste) (P)
Tumorstatus Lymphknoten:	Progress (bekannter LK-befall) (P)
Tumorstatus Fernmetastasen:	keine Fernmetastasen nachweisbar (K)

TNM

klinischer TNM

Datum:	15.04.2021
Version:	8
TNM:	cT4
	cN2
	cM0

Datum:	15.04.2021
Version:	8
TNM:	cT4
	cN2
	cM0

Lokalisation/Histologie und Grading unplausibel fehlerhafte Kombination

Diagnosemeldung

weitere Angaben

ICD-O-Version:	2. Revision 2019
Topographie ICD-O:	C18.7, Colon sigmoideum
Diagnosesicherung:	histologisch (7)
allg. Leistungszustand:	1 (ECOG)

Histologie

Datum:	08.02.2022
Version:	2. Revision 2019
Histologie ICD-O:	8140/3, Adenokarzinom o.n.A.
Grading:	trifft nicht zu (T)

Plausibilitätsfehler

Lokalisation/Histologie und Grading unplausibel

Diagnose und Lokalisation - Kolon, rektosigmoidaler Übergang, Rektum (ausgenommen Appendix)

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3	Beschreibung
C18.0	C18.0	Zäkum
C18.2	C18.2	Colon ascendens
C18.3	C18.3	Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	C18.4	Colon transversum
C18.5	C18.5	Flexura coli sinistra [lienalis]
C18.6	C18.6	Colon descendens
C18.7	C18.7	Colon sigmoideum
C18.8	C18.8	Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	C18.9	Kolon, nicht näher bezeichnet
C19	C19.9	Rektosigmoid, Übergang
C20	C20.9	Rektum

Diagnose und Lokalisation - Kolon, rektosigmoidaler Übergang, Rektum (ausgenommen Appendix) sowie Appendix

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3	Beschreibung
D01.0	C18*	Kolon, inkl. Appendix vermiformis
D01.1	C19.9	Rektosigmoid, Übergang
D01.2	C20.9	Rektum

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O 3	Beschreibung
C18.1	C18.1	Appendix vermiformis, Wurmfortsatz

– Karzinome

ICD-O-3 Rev. 2	Bedeutung
8140/3	Adenokarzinom o.n.A.
8480/3	muzinöses Adenozellkarzinom

– neuroendokrine Tumoren (NET)

ICD-O-3 Rev. 2	Bedeutung
8240/3	Karzinoidtumor o.n.A.
8249/3	atypischer Karzinoidtumor

– gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

ICD-O-3 Rev. 2	Bedeutung
8936/3	gastrointestinales Stromasarkom (GIST)

histopathologisches Grading

- Karzinome, NEC und MiNEN
Appendix: Becherzellkarzinoide

Grading	Beschreibung
GX	Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden
G1	gut differenziert
G2	mäßig differenziert
G3	schlecht differenziert
G4	undifferenziert

histopathologisches Grading

— neuroendokrine Tumoren (NET) - Kolorektum

Grading	Histologie	Beschreibung
G1, G2, G3 (L, M, H)	8152/3	malignes Glukagonom
G1, L	8240/3	Karzinoidtumor o.n.A.
G1, G2, G3 (L, M, H)	8241/3	Enterochromaffinzell-Karzinoid (serotoninproduzierendes NET)
G1, G2, G3 (L, M, H)	8242/3	maligner Enterochromaffin-like-cell-Karzinoid
G2, G3 (M, H)	8249/3	atypischer Karzinoidtumor

histopathologisches Grading

— neuroendokrine Tumoren (NET) - Appendix

Grading	Histologie	Beschreibung
G1, G2, G3 (L, M, H)	8156/3	malignes Somatostatinom
G1, L	8240/3	Karzinoidtumor o.n.A.
G1, G2, G3 (L, M, H)	8241/3	Enterochromaffinzell-Karzinoid (serotoninproduzierendes NET)
G2, G3 (M, H)	8249/3	atypischer Karzinoidtumor

histopathologisches Grading

- gastrointestinaler Stroma-Tumor (GIST)

Das Grading für GIST basiert auf der Mitoserate.

Mitoserate	Beschreibung
niedrige	5 mm ² oder weniger pro 50 high power fields (hpf)
hohe	über 5 mm ² pro 50 high power fields (hpf)

Bei der Mitoserate handelt es sich um kein klassisches histopathologisches Grading.

Lokalisation/Histologie und Grading unplausibel korrekte Kombination

Diagnosemeldung

weitere Angaben

ICD-O-Version:	2. Revision 2019
Topographie ICD-O:	C18.7, Colon sigmoideum
Diagnosesicherung:	histologisch (7)
allg. Leistungszustand:	1 (ECOG)

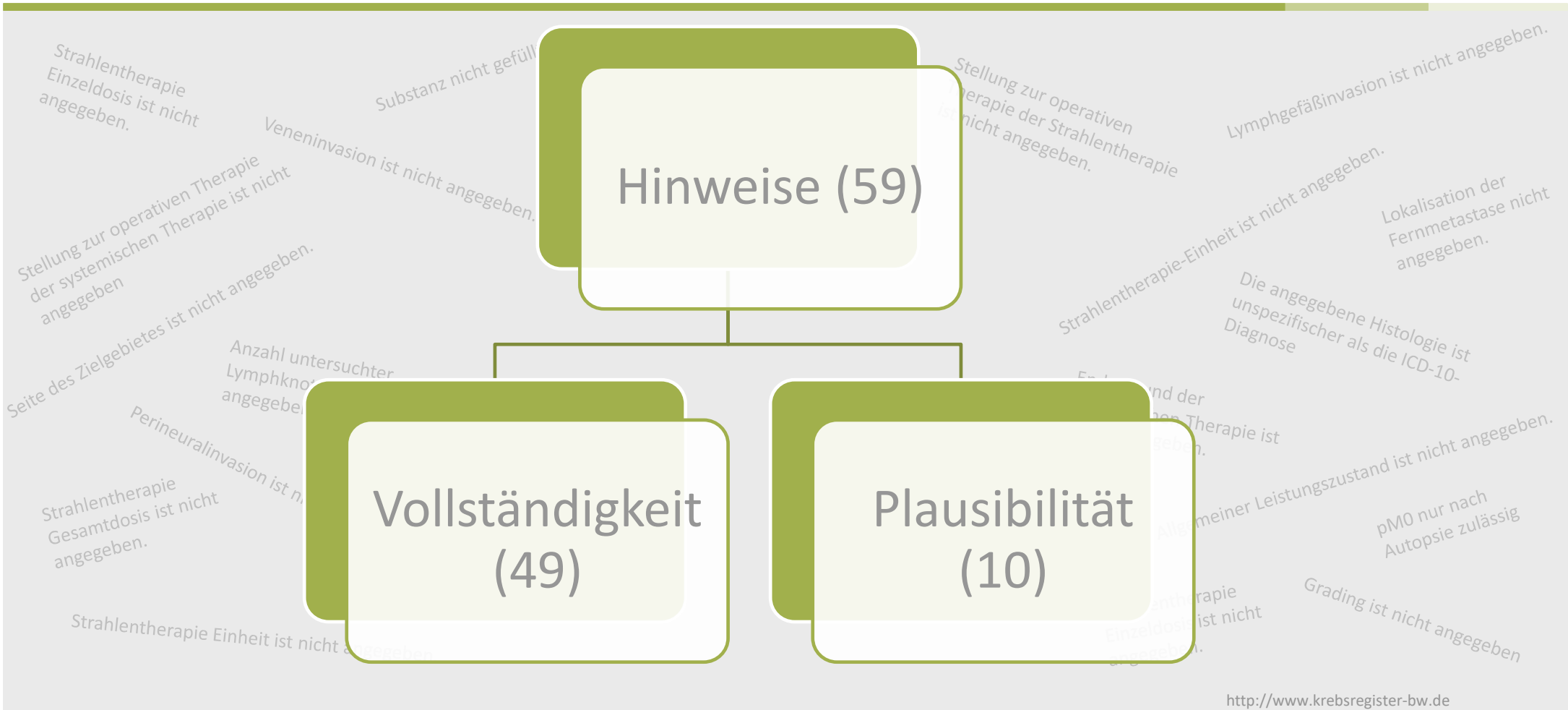
Histologie

Datum:	08.02.2022
Version:	2. Revision 2019
Histologie ICD-O:	8140/3, Adenokarzinom o.n.A.
Grading:	trifft nicht zu (T)

2. Revision 2019
C18.7, Colon sigmoideum
histologisch (7)
1 (ECOG)

08.02.2022
2. Revision 2019
8140/3, Adenokarzinom o.n.A.
mäßig differenziert (2)

Plausibilitätsverletzungen: Hinweise



Plausibilitätsverletzungen: Hinweise - Die häufigsten angesprungenen Hinweis-Plausis 2018 - 2021

Hinweis

Anzahl untersuchter Lymphknoten ist nicht angegeben

allgemeiner Leistungszustand ist nicht angegeben

OP-Komplikation ist nicht angegeben

Stellung zur operativen Therapie der systemischen Therapie ist nicht angeben

histologische Diagnosesicherung und keine Histologie angegeben

Plausibilitätsverletzungen: Hinweise - Anzahl untersuchter Lymphknoten ist nicht angegeben

- sehr häufig nicht angegeben
- Datenkatalog ADT/GeKiD 2.0.0 sowie oBDS 3.0.0
- Ziel: Wie viele Lymphknoten (einschließlich Sentinel) wurden untersucht.
- gültiger Datenbereich: 0 - 99
- Die Angabe 99 steht auch für mehr als 99 untersuchte Lymphknoten

Plausibilitätsverletzungen: Hinweise - allgemeiner Leistungszustand ist nicht angegeben

- recht häufig nicht angegeben
- Datenkatalog ADT/GeKiD 2.0.0 sowie oBDS 3.0.0
- Ziel: Beurteilung des allgemeinen Leistungszustandes nach ECOG oder Karnofsky in %

Ausprägung	Beschreibung
0	Normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung (90 - 100 % nach Karnofsky)
1	Einschränkung bei körperlicher Anstrengung, aber gehfähig; leichte körperliche Arbeit bzw. Arbeit im Sitzen (z. B. leichte Hausarbeit oder Büroarbeit) möglich (70 - 80 % nach Karnofsky)
2	Gehfähig, Selbstversorgung möglich, aber nicht arbeitsfähig; kann mehr als 50 % der Wachzeit aufstehen (50 - 60 % nach Karnofsky)
3	Nur begrenzte Selbstversorgung möglich; ist 50 % oder mehr der Wachzeit an Bett oder Stuhl gebunden (30 - 40 % nach Karnofsky)
4	Völlig pflegebedürftig, keinerlei Selbstversorgung möglich; völlig an Bett oder Stuhl gebunden (10 - 20 % nach Karnofsky)
U	unbekannt

- Alternativ bei Karnofsky Angabe in % (in 10er-Schritten) einschließlich %-Zeichen, Beispiel 10% <http://www.krebsregister-bw.de>

Plausibilitätsverletzungen: Hinweise - OP-Komplikation ist nicht angegeben

- häufig nicht angegeben
- Datenkatalog ADT/GeKiD 2.0.0 sowie oBDS 3.0.0
- Ziel: Ob eine oder keine Komplikation aufgetreten ist, bzw. wenn eine aufgetreten ist, welche.

Ausprägung	Beschreibung
N	Nein
U	Unbekannt

- Wenn ja, dann Liste der aufgetretenen Komplikationen nach Komplikationsschlüssel
- Referenzdokument: OP-Komplikationen, s. Homepage | Downloads

Code	Beschreibung
AEE	Anastomoseninsuffizienz einer Enterostomie
DPS	Darmpassagestörungen (z. B. protrahierte Atonie, Subileus, Ileus)
WSS	Wundheilungsstörung, subkutane
PMN	Pneumonie

Plausibilitätsverletzungen: Hinweise - Stellung zur operativen Therapie der systemischen Therapie ist nicht angegeben

- sehr oft nicht angegeben
- Datenkatalog ADT/GeKiD 2.0.0 sowie oBDS 3.0.0
- Ziel: In welchem Bezug steht die systemische Therapie zu einer operativen Therapie.

Ausprägung	Beschreibung
O	ohne Bezug zu einer operativen Therapie
A	adjuvant
N	neoadjuvant
I	intraoperativ
S	sonstiges

Plausibilitätsverletzungen: Hinweise - histologische Diagnosesicherung und keine Histologie angegeben

- histologische Diagnosesicherung ist oft angegeben, jedoch fehlt die Histologie
- Datenkatalog ADT/GeKiD 2.0.0 sowie oBDS 3.0.0
- Ziel: Gibt an, welche Histologie der Tumor aufweist
- gültiger Datenbereich Histologie: alphanumerisch nach ICD-O-Morphologie (aktuelle Version)
- Feldgröße: 6, z. B. 8140/3
- Mehrfachangaben sind möglich

Weitere Hinweise Kontakt und Hilfe

 Krebsregister.BW

Status der letzten Übermittlung:
Abgeschlossen (verarbeitet)

539 Minuten

Martin Mustermann
Melder-ID: 400222
Meldende Einrichtung: Praxis Mustermann

ÜbersichtMeldungenNachrichtenDatenrückmeldungAuswertung**Hilfe**

Meldungspaket hochladen

Meldungsrelevante Tumorfälle können Sie mit Hilfe Ihrer Abrechnungsdatei in das Melderportal hochladen. Das System verarbeitet diese Datei und erzeugt anhand der einzelnen Diagnose einen Tumorfall, der an das Krebsregister nach ihrer Überprüfung übermittelt werden können..

Abrechnungsdatei durchsuchen

Tumorhistorie aufrufen

Bitte geben Sie die Patientenidentifikationsnummer aus Ihrem System als PatientID des Patienten ein, zu dem Sie eine neue Meldung erfassen bzw. eine Meldung suchen möchten.

Patientennummer eingeben

bearbeiten

Meine Meldungen



Neu erkannte Tumorfälle

Hier finden Sie alle aus Ihrer Abrechnungsdatei erkannten Tumorfälle, die noch zu bearbeiten sind. Das System unterstützt Sie dabei, in dem die Personendaten und die Abrechnungsdiagnose bereits automatisch übernommen wurden.



Unvollständige Meldungen

Es sind nicht alle Pflichtangaben erhalten. Eine Übermittlung an das Landeskrebsregister ist nicht möglich.



Meldungen übermitteln

Die vollständig erfassten Meldungen, die den Status 'Gültig' haben, können an das Landeskrebsregister übermittelt werden.



Gesperrte Meldungen

Meldungen, die von Ihrer Seite zurückgehalten werden.

Mein Postfach



Neue Nachrichten



Korrekturanforderungen

Meldungen, die vom Register als zu korrigierende Meldungen markiert wurden.



Neue bereitgestellte Dateien

Dateien, die vom Register zum Download bereitgestellt wurden.

Weitere Hinweise Kontakt und Hilfe



 Krebsregister.BW

Status der letzten Übermittlung:
Abgeschlossen (verarbeitet)

536 Minuten

 **Martin Mustermann**
Melder-ID: 400222
Meldende Einrichtung: Praxis Mustermann

ÜbersichtMeldungenNachrichtenDatenrückmeldungAuswertungHilfe

zurückHilfe >

Hotline des Krebsregisters Baden-Württemberg

Wir sind von
Montag - Donnerstag: 9:00 - 16:00 Uhr
und am Freitag: 9:00 - 13:00 Uhr
unter den folgenden Kontaktdaten zu erreichen:
Krebsregister Baden-Württemberg

Vertrauensstelle (VS) bei der Deutschen Rentenversicherung Baden-Württemberg
Telefon: 0721/825 79000
Fax: 0721/825 99 79099
E-Mail: vs@drv-bw.de
Gartenstraße 105
76135 Karlsruhe

Klinische Landesregisterstelle (KLR) des Krebsregisters Baden-Württemberg bei der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V.
Telefon: 0711/25777 70
Fax: 0711/25777 79
E-Mail: info@klr-krbw.de
Birkenwaldstraße 149
70191 Stuttgart

Epidemiologisches Krebsregister (EKR) am Deutschen Krebsforschungszentrum
Telefon: 06221/42 4220
Fax: -
E-Mail: ekr-bw@dkfz.de
Im Neuenheimer Feld 581
69120 Heidelberg

/// Melderportal

Das innovative Online-Melderportal bietet einfache, digitale Datenerfassung mit modernsten Verschlüsselungsverfahren für maximale Datensicherheit sowie Behandlungsdaten-Rückmeldung.



/// Melder-anschreiben

/// Newsletter!

Zum Erhalt des Melderanschreibens ist eine Registrierung erforderlich. Sie erhalten dann künftig alles Wissenswerte zur Meldepflicht in Ihr Postfach.



/// Aktuelles

11.02.2021

Schulungstermine 2021 - Wir freuen uns, in diesem Jahr wieder Schulungen anbieten zu können.

→ [Lesen Sie mehr](#)

04.02.2021

Zum Weltkrebstag am 4. Februar weist das Krebsregister Baden-Württemberg auf die zentrale Rolle von Krebsregisterdaten für die Gesundheitsforschung...

→ [Lesen Sie mehr](#)

→ [Alle Meldungen anzeigen](#)

Gibt es noch Fragen?

www.krebsregister-bw.de