



Dokumentation des Urothelkarzinoms und seiner meldepflichtigen Vorstufen

17.10.2024

Krebsregister Baden-Württemberg



Epidemiologie und ENCR-Empfehlung

Zentrum für Krebsregister-Daten –ZFKD am RKI

<https://www.krebsdaten.de>

Das ZfKD

Krebsarten

Datenbankabfrage

Methoden

Publikationen

Forschungsdaten

Startseite Zentrum für Krebsregisterdaten > Das ZfKD

Das ZfKD

Aufgaben

Gesetzliche Grundlagen

Beirat

Wissenschaftlicher Ausschuss

Public Key

Kontakt

Das ZfKD

Das Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) am Robert Koch-Institut in Berlin führt Daten der Landeskrebsregister auf Bundesebene zusammen.



Wesentliches Ziel ist es, der wissenschaftlichen Forschung zuverlässige Daten zu Krebserkrankungen in Deutschland zur Verfügung zu stellen und der interessierten Öffentlichkeit das Krebsgeschehen in Deutschland zu beschreiben. Dr. Klaus Kraywinkel leitet das Zentrum für Krebsregisterdaten.

Das Team am ZfKD prüft die Datensätze der Länder auf ihre Vollständigkeit und ihre Zuverlässigkeit und wertet sie länderübergreifend aus. Die Ergebnisse werden regelmäßig in verschiedenen Formaten publiziert.

Weitere Informationen

» Flyer des Zentrums für Krebsregisterdaten (PDF, 863 KB, Datei ist nicht barrierefrei)

Stand: 31.08.2021

 Seite drucken

ZENTRUM FÜR KREBSREGISTERDATEN

ROBERT KOCH INSTITUT



Das ZfKD

Krebsarten

Datenbankabfrage

Methoden

Publikationen

Forschungsdaten

Startseite Zentrum für Krebsregisterdaten > Publikationen > Krebs in Deutschland

Publikationen

» Krebs in Deutschland

» Frühere Ausgaben

Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland

Prävalenz in Deutschland

Fachpublikationen

Wissenschaftliche Poster

Kurzbeiträge

Krebs in Deutschland für 2019/2020



In 2020 sind geschätzt etwa 231.400 Frauen und 261.800 Männer in Deutschland mit einer Krebserkrankung diagnostiziert worden. Dies sind etwa 6 Prozent weniger als im Jahr zuvor. Dieser für Krebserkrankungen ungewöhnliche Rückgang zeichnete sich bereits in der deutschen Krankenhausstatistik ab. Er findet sich ähnlich, zum Teil auch noch deutlicher, in den meisten internationalen Krebsregistern.

Die Gründe sind wahrscheinlich vielfältig: Sie reichen unter anderem von in der COVID-19-Pandemie vorübergehend eingeschränkten Angeboten und verminderter Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bis zu verzögerter Abklärung von Krankheitssymptomen. Noch lässt sich nicht beurteilen, ob diese Entwicklungen zu einer Beeinträchtigung der Behandlungschancen der betroffenen Menschen geführt haben: Die Sterblichkeit an Krebs ist in Deutschland bei rund 228.000 krebsbedingten Todesfälle in 2021 weiter rückläufig.

Die genannten Zahlen stammen aus der neuen Ausgabe von „Krebs in Deutschland“. Der Bericht wird alle zwei Jahre als gemeinsame Publikation der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (GEKID) und dem Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) im Robert Koch-Institut herausgegeben. Die 14. Ausgabe beruht auf Registerdaten bis zum Jahr 2020 und der amtlichen Todesursachenstatistik bis 2021.

Im Bericht werden die wichtigsten epidemiologischen Maßzahlen für 30 unterschiedliche Krebsarten und für Krebserkrankungen insgesamt dargestellt. Enthalten sind Angaben zur Erkrankungshäufigkeit und Sterblichkeit sowie Darstellungen zur Verteilung der Tumorstadien und zu Überlebenseussichten. Ergänzt wird dies durch kurze Texte zu den wesentlichen Risikofaktoren.

Download "Krebs in Deutschland für 2019/2020"

» Krebs in Deutschland für 2019/2020 (PDF, 14 MB)

Suchbegriff eingeben

Datenbankabfrage



Hier haben Sie die Möglichkeit, eigene Abfragen zu aktuellen Neuerkrankungs- und Sterberaten zu starten.

Krebs in Deutschland (KiD) – Harnblase

(https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html)

Tabelle 3.25.1
Übersicht über die wichtigsten epidemiologischen Maßzahlen für Deutschland, ICD-10 C67

Inzidenz	2019		2020			
	Frauen	Männer	Frauen	Männer		
Neuerkrankungen ⁵	4.930 (7.790)	13.690 (24.410)	4.630 (7.540)	12.500 (23.270)		
rohe Neuerkrankungsrate ^{1, 5}	11,7 (18,5)	33,4 (59,5)	11,0 (17,9)	30,5 (56,7)		
standardisierte Neuerkrankungsrate ^{1, 2, 5}	5,6 (9,3)	19,6 (35,4)	5,2 (8,9)	17,6 (33,2)		
mittleres Erkrankungsalter ^{3, 5}	77 (75)	75 (74)	77 (76)	75 (74)		
Mortalität	2019		2020		2021	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Sterbefälle	1.814	3.824	1.935	3.942	1.852	3.891
rohe Sterberate ¹	4,3	9,3	4,6	9,6	4,4	9,5
standardisierte Sterberate ^{1, 2}	1,6	5,0	1,7	4,9	1,7	4,8
mittleres Sterbealter ³	82	80	83	81	82	81
Prävalenz und Überlebensraten	5 Jahre		10 Jahre		25 Jahre	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Prävalenz	12.200	40.300	19.100	63.800	30.400	97.500
absolute Überlebensrate (2019 – 2020) ⁴	37 (31 – 48)	45 (42 – 54)	27 (23 – 32)	29 (26 – 38)		
relative Überlebensrate (2019 – 2020) ⁴	46 (38 – 58)	58 (53 – 67)	43 (35 – 50)	50 (44 – 62)		

¹ je 100.000 Personen ² altersstandardisiert nach alter Europabevölkerung ³ Median ⁴ in Prozent (niedrigster und höchster Wert der einbezogenen Bundesländer)
⁵ Werte in Klammern: inkl. in situ-Tumoren und Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens (D09.0, D41.4)

Kernaussagen Epidemiologie kurz gefasst:

Inzidenz 2020:

Invasiv: 17.100 Personen

Nicht invasiv: 13.680 Personen (hohes Rezidiv und Progressionsrisiko)

Vorwiegend Urothelkarzinome, nicht selten gleichzeitig an verschiedenen Stellen des Harntrakts

Inzidenz-Vergleich Männer und Frauen:
♂: seit Ende der 1990er Jahre rückläufig
♀: konstant, deutlich niedrigeres Niveau

Relative 5J-Überlebensrate bei Männern mit 58 % höher, korrespondiert mit günstigerer Verteilung der Tumorstadien

Risikofaktoren (laut KiD 2019/20-ZfKD)

- Aktives und passives Rauchen
- Exposition chemische Arbeitsstoffe (rückläufig)
- Chemotherapie und Strahlentherapie
- Andere Arzneimittel (z.B. Antidiabetikum Pioglitazon)
- Luftverschmutzung
- Arsen oder Chlor im Trinkwasser
- Aristolochiasäure (Osterluzei)
- Chronisch entzündliche Schädigung
- Familiäre Häufungen durch genetisch bedingte Empfindlichkeit gegenüber Karzinogenen

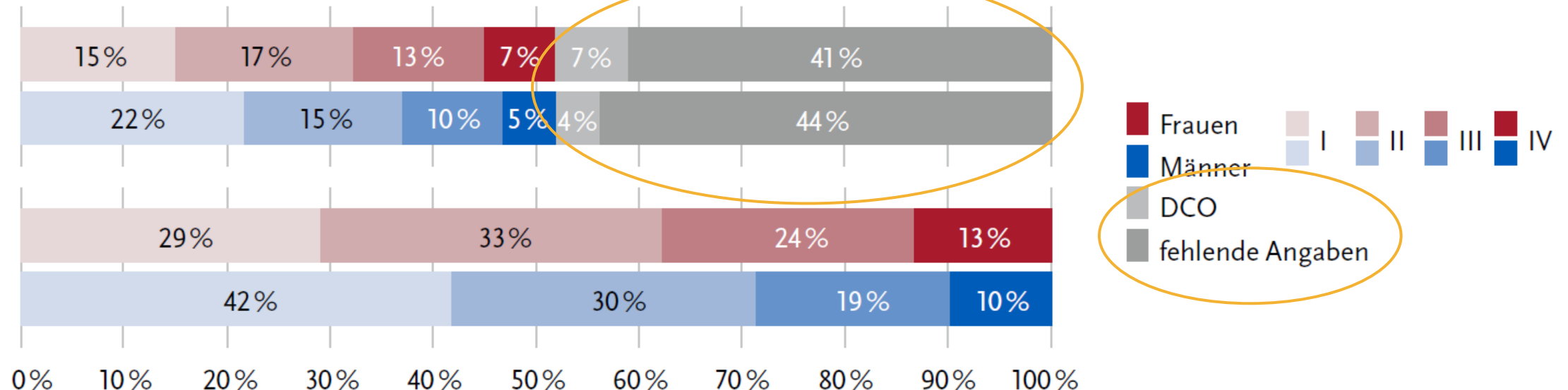
Datenqualität – Bsp. fehlende Werte (KiD-ZfKD)

(https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/krebs_in_deutschland_node.html)

Abbildung 3.25.3

Verteilung der UICC-Stadien bei Erstdiagnose nach Geschlecht, ICD-10 C67, Deutschland 2019 – 2020

(oben: inkl. fehlender Angaben und DCO-Fälle; unten: nur gültige Werte)

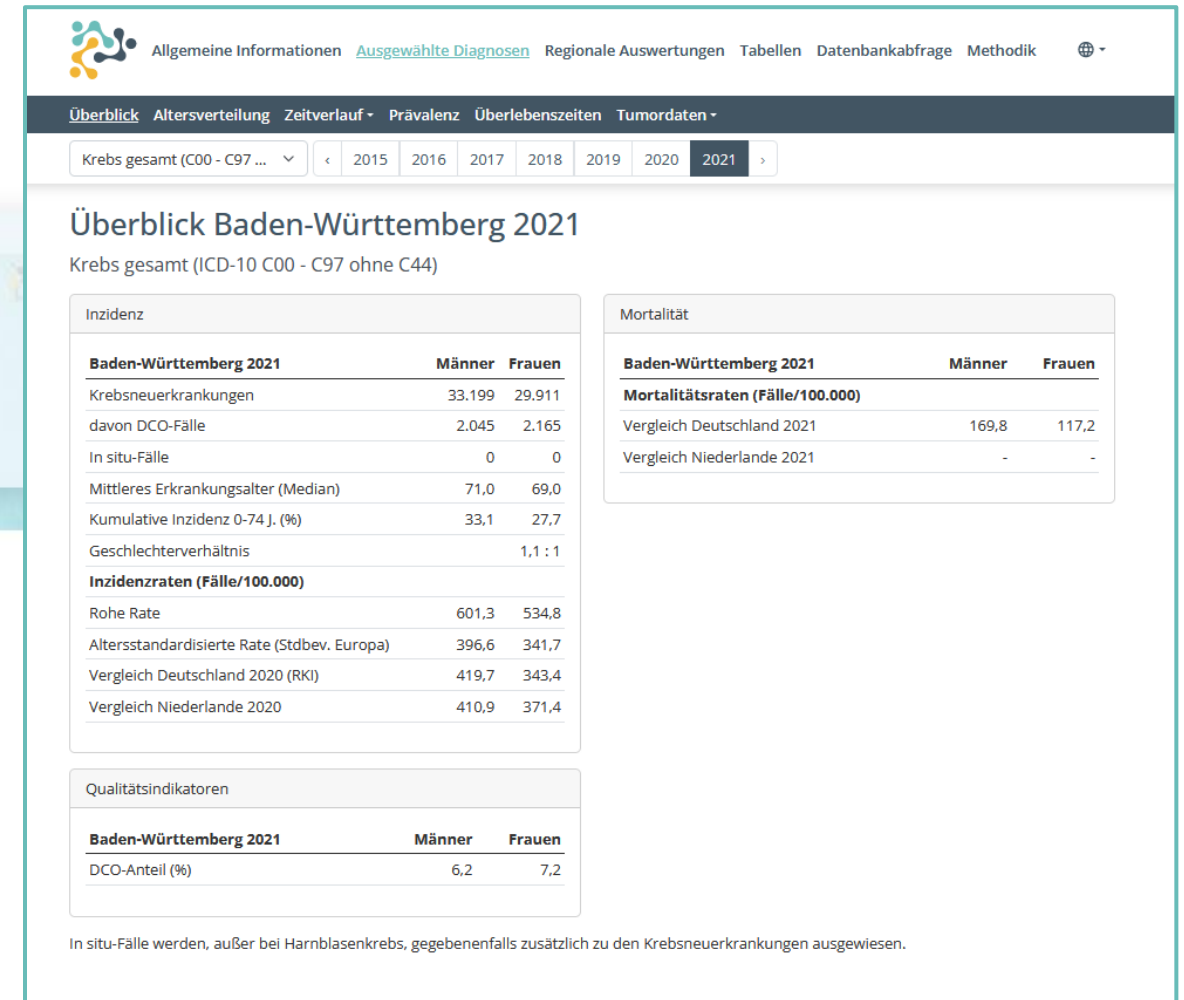


Epidemiologie – Überblick BW

<https://www.krebsregister-bw.de/krebs-in-bw/aktuelle-zahlen/>



Tumoren des Urothels



Allgemeine Informationen Ausgewählte Diagnosen Regionale Auswertungen Tabellen Datenbankabfrage Methodik

Überblick Altersverteilung Zeitverlauf Prävalenz Überlebenszeiten Tumordaten

Krebs gesamt (C00 - C97 ... < 2015 2016 2017 2018 2019 2020 **2021** >

Überblick Baden-Württemberg 2021

Krebs gesamt (ICD-10 C00 - C97 ohne C44)

Inzidenz		
Baden-Württemberg 2021	Männer	Frauen
Krebsneuerkrankungen	33.199	29.911
davon DCO-Fälle	2.045	2.165
In situ-Fälle	0	0
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	71,0	69,0
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	33,1	27,7
Geschlechterverhältnis	1,1 : 1	
Inzidenzraten (Fälle/100.000)		
Rohe Rate	601,3	534,8
Altersstandardisierte Rate (Stdbev. Europa)	396,6	341,7
Vergleich Deutschland 2020 (RKI)	419,7	343,4
Vergleich Niederlande 2020	410,9	371,4

Mortalität		
Baden-Württemberg 2021	Männer	Frauen
Mortalitätsraten (Fälle/100.000)		
Vergleich Deutschland 2021	169,8	117,2
Vergleich Niederlande 2021	-	-

Qualitätsindikatoren		
Baden-Württemberg 2021	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	6,2	7,2

In situ-Fälle werden, außer bei Harnblasenkrebs, gegebenenfalls zusätzlich zu den Krebsneuerkrankungen ausgewiesen.

17.10.2024

Überblick Harnblase



Allgemeine Informationen [Ausgewählte Diagnosen](#) Regionale Auswertungen Tabellen Datenbankabfrage Methodik 

Überblick Altersverteilung Zeitverlauf Prävalenz Überlebenszeiten Tumordaten

Harnblase (C67, D09.0, D4) < 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 >

Überblick Baden-Württemberg 2021

Harnblase (ICD-10 C67, D09.0, D41.4)

Inzidenz

Baden-Württemberg 2021	Männer	Frauen
Krebsneuerkrankungen	1.552	491
davon DCO-Fälle	52	37
In situ-Fälle	0	0
Fälle unsich. Verhaltens	0	0
Mittleres Erkrankungsalter (Median)	75,0	78,0
Kumulative Inzidenz 0-74 J. (%)	1,3	0,3
Geschlechterverhältnis	3,2 : 1	
Inzidenzraten (Fälle/100.000)		
Rohe Rate	28,1	8,8
Altersstandardisierte Rate (Stdbev. Europa)	16,9	4,3
Vergleich Deutschland 2020 (RKI)	-	-
Vergleich Niederlande 2020	38,2	10,5

Mortalität

Baden-Württemberg 2021	Männer	Frauen
Mortalitätsraten (Fälle/100.000)		
Vergleich Deutschland 2021	-	-
Vergleich Niederlande 2021	5,7	2,0

Qualitätsindikatoren

Baden-Württemberg 2021	Männer	Frauen
DCO-Anteil (%)	3,4	7,5

In situ-Fälle werden, außer bei Harnblasenkrebs, gegebenenfalls zusätzlich zu den Krebsneuerkrankungen ausgewiesen.

Krebs in BW – Berichte und Publikationen (bisher ohne Daten zu Tumoren des Urothels)

<https://www.krebsregister-bw.de/krebs-in-bw/berichte-publikationen/>

Krebs in Baden-Württemberg 2016-2019

Im Mittelpunkt dieses Berichts steht die Datenqualität. Nichtsdestotrotz soll hier zunächst eine Zusammenfassung über das Krebsgeschehen für die Diagnosejahre 2016-2019 in Baden-Württemberg gegeben werden:

- Im Zeitraum 2016-2019 sind im Mittel 61.728 Erstdiagnosen pro Jahr (p.a.) zu „Krebs gesamt“ (ICD-10 C00-C97 ohne C44) gemeldet worden (einschließlich 3.364 Fälle, für die Informationen nur aus einer Sterbeurkunde bekannt waren [DCO –Fälle]).
Dabei entfallen 48 % auf Frauen und 52 % auf Männer.
- Die häufigsten Krebsneuerkrankungen in den Diagnosejahren 2016-2019 bei Männern:
 - Prostatakrebs (8.629 Fälle p.a., 27 % aller Neuerkrankungen bei Männern)
 - Darmkrebs (4.028 Fälle p.a., 12 % aller Neuerkrankungen bei Männern)
 - Lungenkrebs (3.600 Fälle p.a., 11 % aller Neuerkrankungen bei Männern).
- Die häufigsten Krebsneuerkrankungen in den Diagnosejahren 2016-2019 bei Frauen:
 - Brustkrebs (9.947 Fälle p.a., 34 % aller Neuerkrankungen bei Frauen)
 - Darmkrebs (3.231 Fälle p.a., 11 % aller Neuerkrankungen bei Frauen)
 - Lungenkrebs (2.232 Fälle p.a., 8 % aller Neuerkrankungen bei Frauen).

→ gesamter Bericht



Richtlinien für Diagnostik, Behandlung und Dokumentation

Leitlinien für Diagnostik und Behandlung



onkopedia leitlinien

Blasenkarzinom (Urothelkarzinom)

ICD-10: C67.-

Stand: März 2019

<https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/urothelkarzinom-harnblasenkarzinom/@@guideline/html/index.html>

Leitlinienprogramm
Onkologie

**Wird überarbeitet,
Konsultationsphase Ende August 2024
beendet**

**S3-Leitlinie Früherkennung,
Diagnose, Therapie und
Nachsorge des
Harnblasenkarzinoms**

Langversion 2.01 – September 2019
AWMF-Registernummer: 032/0380L

<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/harnblasenkarzinom>

European Network of Cancer Registries - <https://encr.eu/ENCR-Recommendations>



European Network
of Cancer Registries

Home | The ENCR | Activities | News & Events | Publications | Training | Tools | About us | Links

ENCR Recommendations

Marked differences in practice exist between cancer registries, for example, with respect to data sources, definitions and processing methods.

Standard dataset

Basis of Diagnosis

Cancer cases in migrant population

Recording and Reporting of Urothelial Tumours

Incidence Date

The Toronto Childhood Cancer Stage Guidelines The ENCR Steering Committee endorses and encourages the active use of the published Toronto Childhood Cancer Stage Guidelines by Cancer Registries. [Read more.](#)

Common data quality checks for European cancer registries

Haematological cancers

Data protection EURO COURSE-ENCR

Multiple Primaries

Bladder Tumours (replaced by Recommendation Urothelial tumours, 2022)

Tumours of the Brain and Central Nervous System

Non-Melanoma Skin Cancers

Method of Detection in Relation to Screening

Confidentiality in Cancer registration

Condensed TNM for Coding the Extent of Disease

Structured Registry Review

To make cancer registry data comparable, which is one of the main aims of the Network, it is important that common rules and definitions are used.

Published 2023 EN ES FR
Previous version 2005
Published 2022 EN ES FR RO DE
Previous version 1999
Published 2022 EN FR ES
Published 2022 EN ES FR RO
Published 2022 EN ES FR DE RO
Previous versions 1995, 1997
Published 2016 EN ES
Published 2023, updated 08/2024 EN (JRC Technical report)
Previous publication 2018
Published 2014 EN Position paper
Published 2012 EN Position paper
Previous version 2011
Published 2004 EN
Previous versions 1995, 2000
Published 1995 EN FR DE ES
Published 1998 EN
Published 2000 EN
Published 2001 EN
Published 2002 EN FR
Published 2002 EN FR
EN



ENCR Recommendations

2022

Recording and Reporting of Urothelial Tumours of the Urinary Tract

Contents

Introduction 2

Entering into force 2

Recommendations for recording urothelial tumours..... 2

Principles..... 2

Rules..... 3

Recommendations for reporting urothelial tumours 10

Annex 1: Examples on inclusion criteria for recording 11

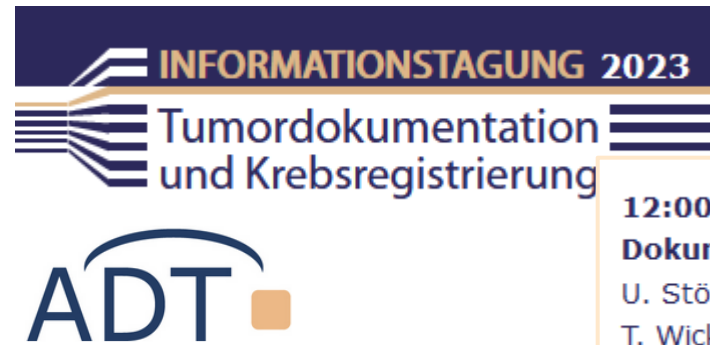
Annex 2: Comments 17

Annex 3: References 19

Annex 4: Working group members..... 20

ADT-Informationstagung September 2023-

Dokumentation von urothelialen Tumoren (Vortrag)



<https://tagung.adt-netzwerk.de/Programm/>

12:00 Uhr

Dokumentation von urothelialen Tumoren (Vortrag)

U. Stötzer | Klinisch-epidemiologisches Krebsregister Brandenburg-Berlin gGmbH

T. Wicker | Hamburgisches Krebsregister



Plattform §65c und ihre Arbeitsgruppen



<https://plattform65c.de/>

Aktuelles ▾ Wer sind wir? ▾ Qualitätskonferenzen ▾ Schnittstelle ▾ Manual PLUS Downloads Impressum ▾

Plattform § 65c

... für eine einheitliche und flächendeckende klinische Krebsregistrierung in Deutschland

Die Plattform § 65c ist ein Expertengremium, welches einen **dauerhaften fachlichen Austausch** der klinischen Krebsregister nach § 65c SGB V gewährleistet. Sie wurde **2015** mit Zustimmung der **Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG)** von der **Ad hoc AG zur Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und -registergesetzes** eingesetzt und ist als „Sonstiges Gremium“ der **Gesundheitsministerkonferenz** ausgewiesen.

Mitglieder der Plattform sind jeweils eine Vertreterin und ein Vertreter der von den Ländern benannten Krebsregister gemäß § 65c SGB V.



Folgende Arbeitsgruppen und Netzwerke sind aktiv:

Arbeitsgruppe	Sprecher/in stellvertretenden Sprecher/in
AG Berichtsformate	Gabriele Roberts (MV) Dunya Bentama (NI) Katja Klein-Budde (NI)
AG Bildung Best-of-Datensatz	Dr. Cynthia Erb (HH)
AG Einheitliches Antragsformular	Dr. Maren Pflüger (BB/BE) Dr. Kerstin Weitmann (MV)
AG Klassifikationen	Dr. Sabine Luttmann (HB) Dr. Alice Nennecke (HH)
AG Kommunikation	Eva Töke (NI) Ute Rather (HH) V. Reinhard (HE)
AG Leitlinien Qualitätsindikatoren	Dr. Philipp Morakis (BW)
AG OPS und Entitäten	Carolin Luh (HE) Thorsten Wicker (HH)
AG PM4Onco	Lea Pflugradt (P65c)
AG Recht	Dr. Isabell Richter (BB/BE) Laura Jentsch (NI) Melanie Habermehl (BW)
AG Registerübergreifender Datenaustausch (RÜD)	Dr. Bernd Hollecsek (SL)
AG Schulungen	Dr. Frank Schauder (BB/BE) Kira Susann Scheel (NI)
AG Spät- und Langzeitfolgen	Dr. Cécile Ronckers (DKKR) Dr. Volker Arndt (DKFZ)
AG Strukturierte Pathologie	Dr. Frank Schauder (BB/BE) Alisha Weikert (NI)
AG Zusammenarbeit mit dem Deutschen Kinderkrebsregister (DKKR)	Dr. Cecile Ronckers (DKKR) Kirsi Manz (MV)

Netzwerk	Sprecher/in stellvertretenden Sprecher/in
Doku-Netzwerk	Dr. Uta Stötzer (BB/BE) Thorsten Wicker (HH) Carolin Luh (HE)
IT-Netzwerk	Thomas Franke (NI) Dr. Sebastian Bartholomäus (NW)
Netzwerk Abrechnung	Nadine Frieze (HH) Birgit Kindt (BB/BE)

Umsetzungs- und Dokumentationsleitfaden der Plattform §65c

<https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/Dokumentat/overview>



<https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/UMK/overview>





Besonderheiten der Dokumentation

Agenda



Meldeanlass Diagnose



Meldeanlass Therapie



Meldeanlass Verlauf



Weitere Hinweise

Meldeanlass Diagnose

Meldeanlass Diagnose

Was ist zu melden?

- (1) „Ärzte sind verpflichtet, die Angaben zu übermitteln, soweit diese im Rahmen ihrer ärztlichen Tätigkeit neu anfallen.“ (LKrebsRG §4)

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) und die Diagnosesicherung in **eigener Leistung** erbracht wird.
- Verdachtsdiagnosen sind nicht zu melden.

Umgang mit Zystoskopien im niedergelassenen Bereich ohne histologische Sicherung

ENCR Recommendations (Rules for classifications): no microscopic Confirmation → do not record.



Eine Zystoskopie ist **nicht ausreichend** für eine Diagnosesicherung.

Keine Meldung an das Krebsregister! Für Verdachtsdiagnosen besteht keine Meldepflicht.

Erstdiagnosedatum

Welches Datum ist das Diagnosedatum?

- Das (Erst-)Diagnosedatum ist der Tag, an dem die Tumordiagnose sicher gestellt werden kann. (AJCC Cancer Staging Manual 8th ed., S. 12)
- Der Diagnosezeitpunkt soll nicht später sein als der Zeitpunkt des Therapiebeginns oder der Entscheidung, nicht zu therapieren
- oder dem Todeszeitpunkt (außer bei autoptischer Feststellung)

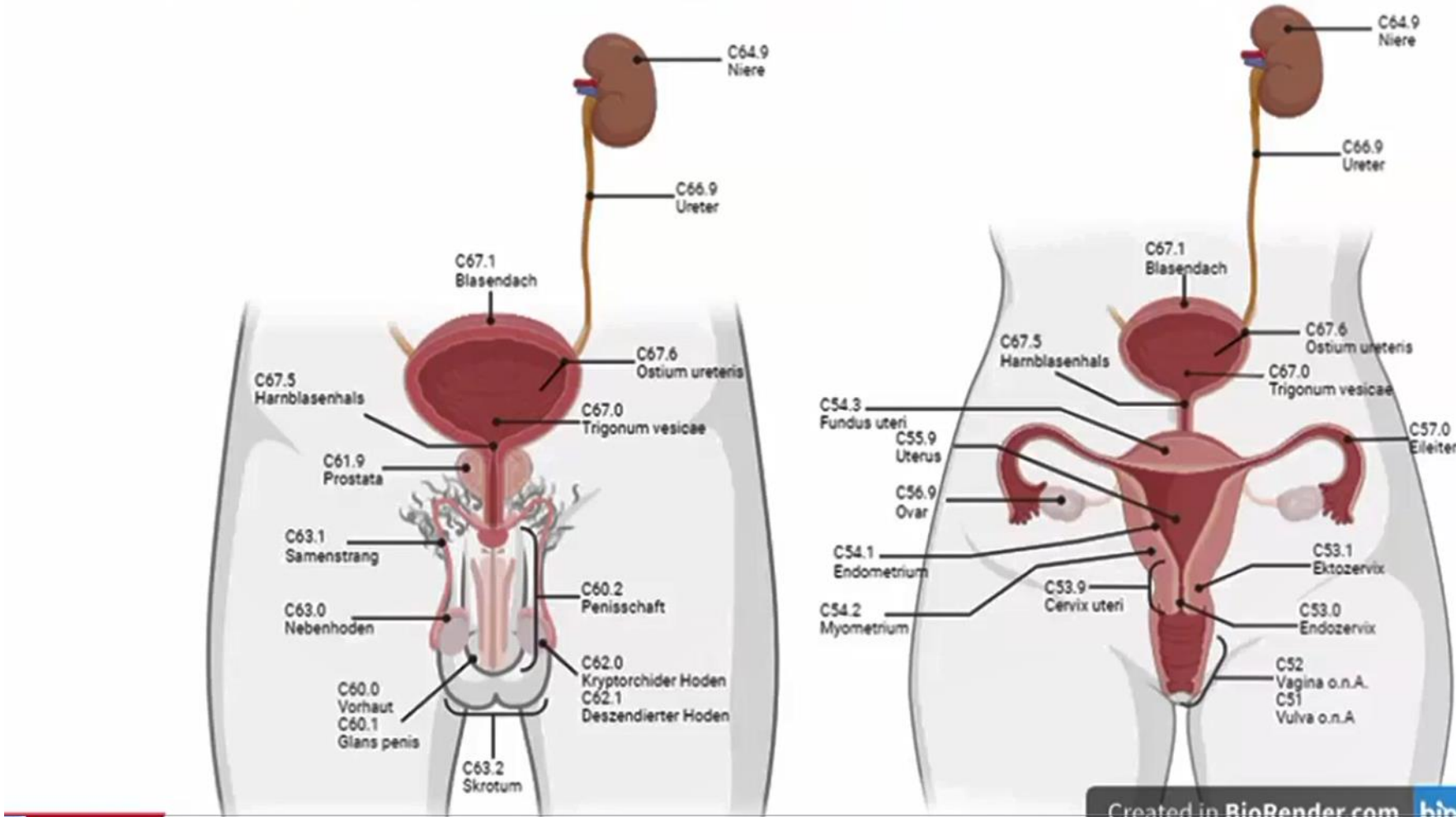
Welche Daten soll eine Diagnosemeldung enthalten? (Nachtrag zur Schulung)

Alle verfügbaren therapieentscheidenden Informationen nach oBDS i.R. der Diagnosestellung innerhalb des Erstdiagnosezeitraum

Hinweis: ED-Zeitraum laut ENCR-Empfehlung bei Urothel-Ca bis zu 4 Monate, da in den meisten Fällen Nachresektionen erforderlich sind

Mindestangaben (vergütungsrelevant)	Weitere erwartbare Angaben sofern vorliegend
Diagnose	
Lokalisation	Lokalisation von Fernmetastasen mit Datum
Seitenangabe	
Therapieentscheidende Histologie (meist aus Resektat)	Weitere Histologien aus vorhergehenden Biopsien oder Primärresektionen, in-situ-Anteile
Grading, LK untersucht/befallen	Genetische Marker
Therapieentscheidendes Staging mit Datum: mind. cTNM-Stadium (stadiengruppierbar nach UICC) , pTNM	Weitere Klassifikationen (z.B. Grading (WHO1973) oder EORTC (Rezidiv) und EORTC (Progress))

Anatomie –welche Organe sind vom Urothel ausgekleidet ?



Wie lautet die Dokumentationsregel für die Kodierung der Topografie für Urothelkarzinom in der prostatichen Harnröhre?

ICD-O: C68.0 Urethra, TNM-Klassifikation für die Harnröhre (Tis(pu) – T4)

- **Ausnahme:** Sehr selten kann ein Urothelkarzinom primär von der Prostata ausgehen.*
Nur dann gilt:
ICD-O: C61.9 Prostata, TNM-Klassifikation für die Harnröhre

*Ein primäres Urothelkarzinom der Prostata ist eine Ausschlussdiagnose, die nur gestellt werden darf, wenn ausgeschlossen wurde, dass es sich um ein metastasiertes Urothelkarzinom aus einem anderen Bereich des Harntraktes handelt.

Quelle: TNM 8, Nachdruck 2020, S. 264

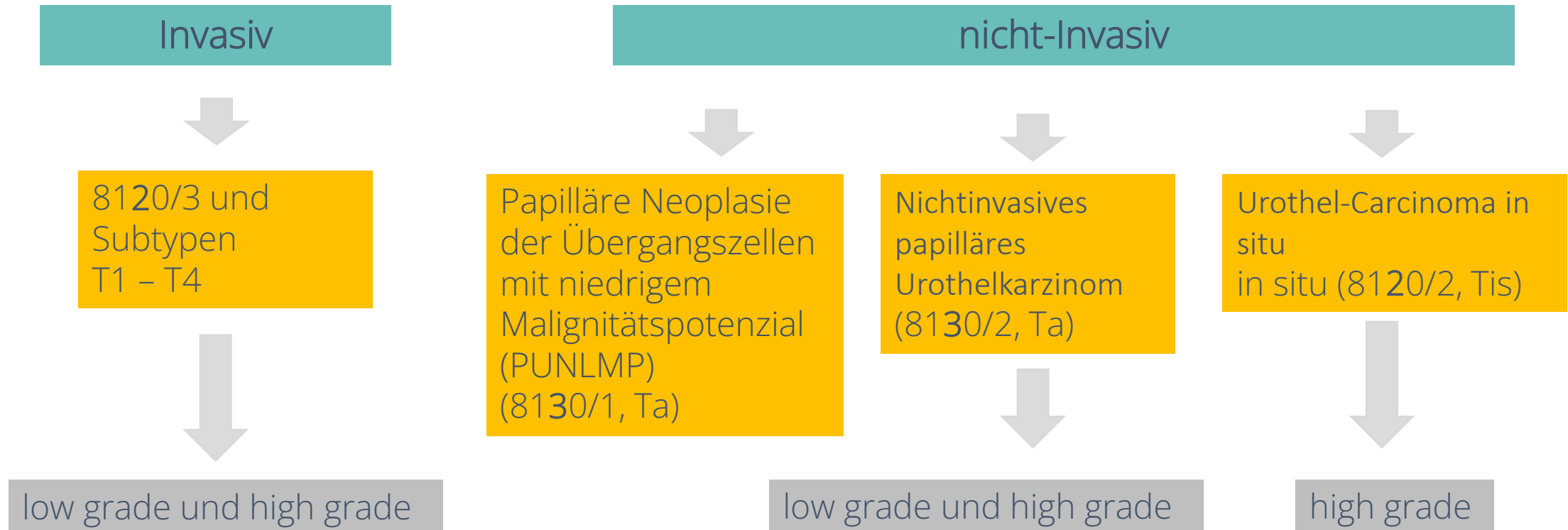
Meldepflichtige C-Diagnosen

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O3	Beschreibung
C65.9	C65.9	Nierenbecken, Pelvis renalis, Nierenkelche, Ureterabgang
C66.9	C66.9	Ureter
C67.0	C67.0	Trigonum vesicae
C67.1	C67.1	Blasendach
C67.2	C67.2	Laterale Harnblasenwand
C67.3	C67.3	Vordere Harnblasenwand
C67.4	C67.4	Hintere Harnblasenwand
C67.5	C67.5	Harnblasenhals Harnröhrenöffnung
C67.6	C67.6	Ostium ureteris
C67.7	C67.7	Urachus
C67.8	C67.8	Harnblase mehrere Teilbereiche überlappend
C67.9	C67.9	Harnblase o.n.A
C68.0	C68.0	Urethra
C68.8	C68.8	Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C68.9	C68.9	Harnorgan, nicht näher bezeichnet

Meldepflichtige D-Diagnosen

Diagnose ICD-10	Lokalisation ICD-O3	Beschreibung
D09.1	C65.9	Nierenbecken, Pelvis renalis, Nierenkelche, Ureterabgang
D09.1	C66.9	Ureter
D09.0	C67.0	Trigonum vesicae
	C67.1	Blasendach
	C67.2	Laterale Harnblasenwand
	C67.3	Vordere Harnblasenwand
	C67.4	Hintere Harnblasenwand
	C67.5	Harnblasenhals Harnröhrenöffnung
	C67.6	Ostium ureteris
	C67.7	Urachus
	C67.8	Harnblase mehrere Teilbereiche überlappend
	C67.9	Harnblase o.n.A
D09.1	C68.0	Urethra
	C68.8	Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
	C68.9	Harnorgan, nicht näher bezeichnet
D41.4	C67*	Nur: Papilläre Neoplasie der Übergangszellen mit niedrigem Malignitätspotenzial (PUNLMP)

Grundsätzliche Unterscheidung



Häufigste Histologien

Histologie	Bezeichnung (ICD-O 3 Rev. 2)	Dignität
8120/3 und Subtypen	Urothelkarzinom	/3 (maligner/bösartiger Primärtumor)
8120/2	Urothel-Carcinoma in situ	/2
8130/2	Nichtinvasives papilläres Urothelkarzinom	
8130/1	Papilläre Neoplasie des Urothels mit niedrigem Malignitätspotential(PUNLMP)	/1 (Unsicher, ob benigne oder maligne Borderline-Malignität)

Grading

- Grading bei invasiven Urothelkarzinomen

Gültige Angaben für die Morphologie
8120/3:

Seit WHO 2004
High Grade (H)
Low Grade (L)

Die Ausprägung Intermediate M
nicht verwenden!

- Die deutsche Leitlinie empfiehlt darüber hinaus auch zusätzlich das dreistufige Gradingssystem (G1,G2,G3) nach der WHO-Klassifikation von 1973.
- Falls vorhanden, geben Sie dies bitte im Datenfeld „**Hämatoonkologische und sonstige Klassifikationen**“ mit der Klassifikation „Grading (WHO 1973)“ an (*Manual der Krebsregistrierung, 2018, S. 47*).,
- Achtung: im Erfassungsmodul bisher nicht auswählbar

Grading

- Grading bei nicht-invasiven Urothelkarzinomen

Gültige Angaben für das **in-situ** Karzinom:
Morphologie 8120/2:

Seit WHO 2004
High Grade (H)

Gültige Angaben für das nicht-invasive
papilläre Karzinom: Morphologie 8130/2:

Seit WHO 2004
High Grade (H)
Low Grade (L)

Die Ausprägung Intermediate M
nicht verwenden!

- Die deutsche Leitlinie empfiehlt darüber hinaus auch zusätzlich das dreistufige Gradingssystem (G1,G2,G3) nach der WHO-Klassifikation von 1973.
- Falls vorhanden, geben Sie dies bitte im Datenfeld „**Hämatoonkologische und sonstige Klassifikationen**“ mit der Klassifikation „Grading (WHO 1973)“ an (*Manual der Krebsregistrierung, 2018, S. 47*).,
- Achtung: im Erfassungsmodul bisher nicht auswählbar

Progression nach ENCR-Empfehlung

<https://www.encr.eu/ENCR-Recommendations>

seit WHO 2004: Low (L)

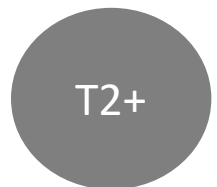
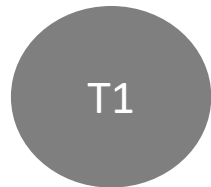
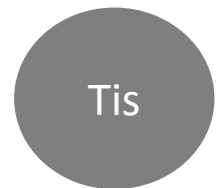
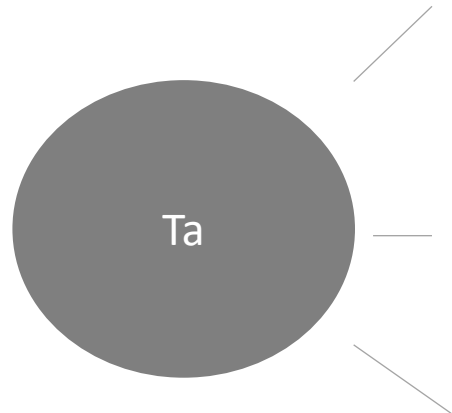
seit WHO 2004: High (H)

*Non-invasive, low grade (TaG1) → Non-invasive, high grade (TaG3) → In situ (Tis) →
→ Invasive, superficial (T1) → Muscle-invasive (T2+)*

Zusammenfassung gültiger Gradingangaben

Tumortyp	Histologie/ Dignität	Grading
Papilläre Neoplasie des Urothels mit niedrigem Malignitätspotential(PUNLMP), trifft nicht zu	8130/1	T
Nichtinvasives papilläres Urothelkarzinom, low-grade	8130/2	L
Nichtinvasives papilläres Urothelkarzinom, high-grade		H
Nichtinvasives papilläres Urothelkarzinom, Grading unbekannt		U
Urothel-Carcinoma in situ, high-grade	8120/2	H
Urothelkarzinom, low-grade	8120/3	L
Urothelkarzinom, high-grade	8120/3 und Subtypen	H
Urothelkarzinom, Grading unbekannt	8120/3	U

TNM



PUNLMP (Ta)	D41.4	8130/1
Nicht invasiv, <u>low grade</u> (Ta)	D09	8130/2
Nicht-invasive, high grade (Ta)	D09	8130/2
in situ (<u>Tis</u>)	D09	8120/2
Invasive, <u>superficial</u> (T1)	C67*, C68.0, C68.9, C68.8	8120/3
Muscle invasiv (T2+)	C67*, C68.0, C68.9, C68.8	8120/3

TNM – am Beispiel der Harnblase

Bild siehe Link:

<https://patients.uroweb.org/condition/bladder-cancer>

TNM - Häufiger Fehler

- Tis/Ta Angabe passt nicht zur Diagnose

Fehlerhafte Kombination

Diagnose: C67.9

Histologie: 8120/3

TNM T: pTa oder pTis

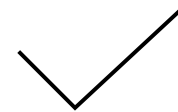


Korrekte Kombination

Diagnose: C67.9

Histologie: 8120/3

TNM T > T1



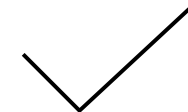
oder

Korrekte Kombination

Diagnose: D09

Histologie: 8120/2

TNM T: Tis



Dokumentationshinweise

Seitenlokalisation

Seitenlokalisation	Lokalisation ICD-O3	Beschreibung
L,R	C65.9	Nierenbecken, Pelvis renalis, Nierenkelche, Ureterabgang
L,R	C66.9	Ureter
T	C67.0	Trigonum vesicae
	C67.1	Blasendach
	C67.2	Laterale Harnblasenwand
	C67.3	Vordere Harnblasenwand
	C67.4	Hintere Harnblasenwand
	C67.5	Harnblasenhals Harnröhrenöffnung
	C67.6	Ostium ureteris
	C67.7	Urachus
	C67.8	Harnblase mehrere Teilbereiche überlappend
	C67.9	Harnblase o.n.A
T	C68.0	Urethra
	C68.8	Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
	C68.9	Harnorgan, nicht näher bezeichnet

Seitenangaben nicht zwingend erforderlich, können aber angegeben werden!

Beidseitige Tumoren

- Tumore in verschiedenen Seiten (auch bei gleichzeitigem Auftreten)

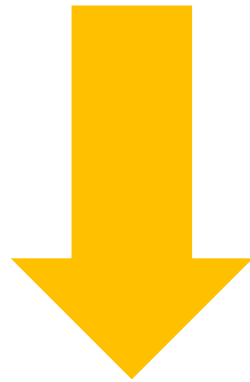
(C65-C66)



Jeder Tumor wird
gesondert gemeldet

Synchrone Tumore der gleichen Seite

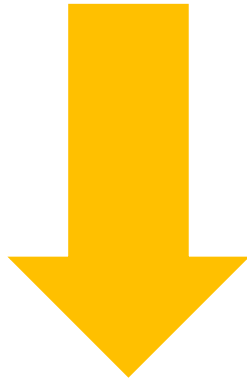
- Treten innerhalb des Erstdiagnosezeitraums auf der gleichen Seite und an derselben Lokalisation mehrere Tumoren auf



Der aggressivere Tumor wird erfasst

Synchrone Tumore an verschiedenen Lokalisationen des Harntrakts

- Auftreten von verschiedenen Tumorherden an verschiedenen Lokalisationen des Harntrakts (C65-C68) im Erstdiagnosezeitraum



Jede Lokalisation kodieren

Synchrone Tumore der Harnblase

- Nur die Manifestation mit der schlechtesten Prognose wird nach TNM klassifiziert und nach ICD verschlüsselt.
Die Multiplizität wird durch einen Zusatz bei der T-Kategorie abgebildet, z.B. T1(m), T1(4,is).*

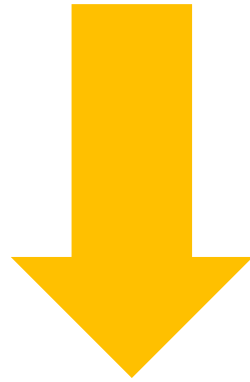


Spezifische Lokalisation
kodieren, z.B. C67.4

*Der Zusatz is verweist auf ein assoziiertes Carcinoma in situ

Synchrone Tumore der Harnblase

- Wenn der aggressivste Teil des Tumors **mehr** als einen Herd betrifft.

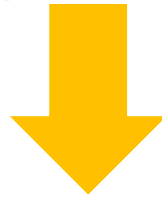


Lokalisation kann mit C67.8
verschlüsselt werden

Synchrone, unterschiedliche, nicht-invasive Herde in der Harnblase

- beispielsweise bei zeitgleichem Vorliegen eines papillären und zweier in situ-Herde

Abbildung über den TNM:



- Nur die in situ-Herde können als Tis (2) (TNM8, S.259 → Verwendung (m) für alle T-Kategorien möglich) multiple angegeben werden.
- Der papilläre Herd (Ta) kann in der T-Kategorie nicht mit abgebildet werden. **Entgegen früherer Empfehlungen (2017) des KRBW braucht dafür keine gesonderte Diagnosemeldung angelegt werden.**



KRBW-Homepage – FAQ – Diagnosemeldung (Nachtrag zur Schulung)

Wie ist ein erneutes Auftreten von Tumoren im selben Organ zu melden?

1.) Wann ist ein erneutes Tumorereignis an derselben Lokalisation als neue Erkrankung/ neue Diagnose zu melden?

a) Nur wenn laut ärztlicher Beurteilung eindeutig ein zweiter, andersartiger Tumor an derselben Lokalisation vorliegt als bei der ersten Erkrankung, ist dieser Zweittumor als neue Erkrankung mit einer Diagnosemeldung und eigenem Diagnosedatum zu dokumentieren. Den früheren, ersten Tumor geben Sie bitte mit seinem Diagnosejahr im Feld „Frühere Tumorerkrankungen“ an.

b) Auch wenn nach vorangegangener In situ-Neubildung (ICD-10 D00-D09) oder nach einer Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens (ICD-10 D37-D48) an derselben Stelle erstmals eine bösartige Neubildung (ICD-10 C00-C97) auftritt, ist diese als neue Erkrankung mit einer Diagnosemeldung und eigenem Diagnosedatum zu übermitteln.

Weitere Klassifikationen

- Risikoklassifikation nach EORTC-Kriterien
- Risikogruppen des nicht-muskelinvasiven Harnblasenkarzinoms
- Falls vorhanden, geben Sie die Risikogruppe bitte im Datenfeld „Hämatookologische und sonstige Klassifikationen“ an.

ICD-10 Diagnose	Klassifikation	Ausprägung
C67*(T1), D09.0	EORTC (<i>Rezidiv</i>)	Low, Intermediate, High
C67*(T1), D09.0	EORTC (<i>Progression</i>)	Low risk, Intermediate risk, High risk

Berechnung und Einteilung anhand:

- Anzahl Tumoren
- Tumorgroße
- Vorhergehende Rezidiv-Frequenz
- pT-Stadium
- Grading
- begleitendes Carcinoma in situ

Berechnung Risiko Klassifikation nach EORTC (Nachtrag zur Schulung)

Rezidivrisiko-Score bei nicht-muskelinvasiven Blasenkarzinom

Probability of recurrence and progression of non-muscle-invasive bladder cancer according to the EORTC risk classification scoring system (7)

Recurrence score	Probability of recurrence (point score)	Probability of progression (point score)	Recurrence score	Probability of recurrence at 1 year in % (95% CI)	Probability of recurrence at 5 years in % (95% CI)	Risk
Number of tumors						
1	0	0	0	15 [10; 19]	31 [24; 37]	Low
2-7	3	3	1-4	24 [21; 26]	46 [42; 49]	Intermediate
≥ 8	6	3	5-9	38 [35; 41]	62 [58; 65]	Intermediate
Tumor size			10-17	61 [55; 67]	78 [73; 84]	High
< 3 cm	0	0	Progression score		Probability of progression at 1 year in % (95% CI)	Risk
≥ 3 cm	3	3	0	0.2 [0; 0.7]	0.8 [0; 1.7]	Low
Prior recurrence			2-6	1.0 [0.4; 1.6]	6 [5; 8]	Intermediate
Primary tumor	0	0	7-13	5 [4; 7]	17 [14; 20]	High
≤ 1 Recurrence/year	2	2	14-23	17 [10; 24]	45 [35; 55]	High
> 1 Recurrence/year	4	2				
pT Category						
Ta	0	0				
T1	1	4				
Concomitant CIS						
No	0	0				
Yes	1	6				
Grade						
G1	0	0				
G2	1	0				
G3	2	5				
Total	0-17	0-23				

De Wit M et al, Dt. Ärztebl 2021, nach:
Sylvester RJ et al (EORTC), Eur Urol
2006;49:466-465

Grading nach WHO 1973
(Zusatzangabe zur Einteilung L und H
seit WHO 2004,
sollte in Pathobefunden angegeben sein)

Tumoren des Urothels

Meldeanlass Therapie

Meldeanlass Therapie

Meldepflicht:

- nur tumorspezifische Therapien
- nur selbst erbrachte Therapieleistungen über die Meldungsarten OP, Strahlen- oder Systemische Therapie!
- Therapieplanung: Übermittlung nur über Meldungsart „Tumorkonferenz“

Wann ist eine Therapie zu melden?

- OP: OP-Datum
- Systemische Therapie und Strahlentherapie: Behandlungsbeginn und -ende stellen jeweils einen Meldeanlass dar
- Eintägige Therapie-Maßnahmen: nur eine Meldung, Datum Beginn und Ende identisch, Meldeanlass „Behandlungsende“
- Therapiezyklen innerhalb eines Therapieprotokolls sind zu einer Meldung zusammenzufassen.
- Wechsel einer Substanz innerhalb einer systemischen Therapie: siehe Folie „Substanzwechsel bei Chemotherapie-Regimen“
- Multimodale Therapien: Übermittlung jeder Therapieform separat (OP, Systemische Therapie, Strahlentherapie)

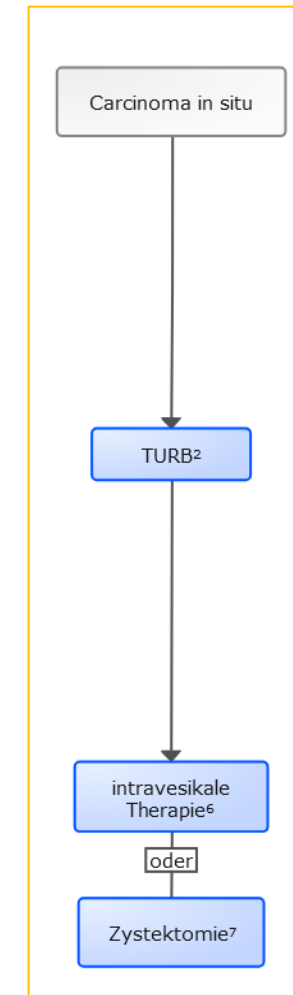
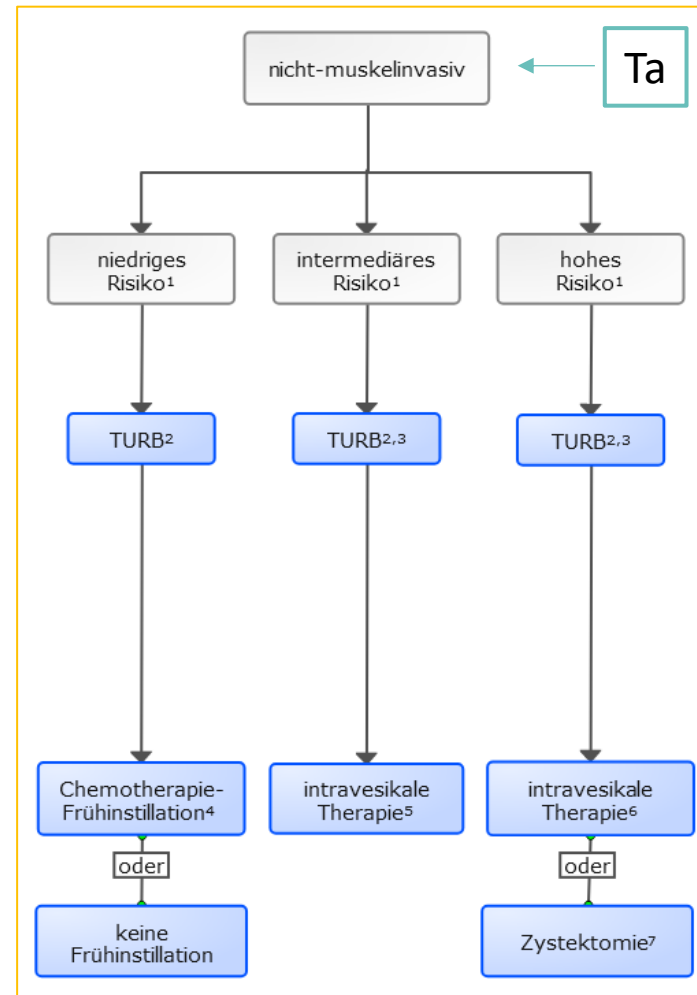
Therapiealgorithmus nicht muskelinvasives Harnblasen-Ca

Risikoklassifizierung nach EORTC
EORTC-Rezidiv-Risiko:
Low, Intermediate, High



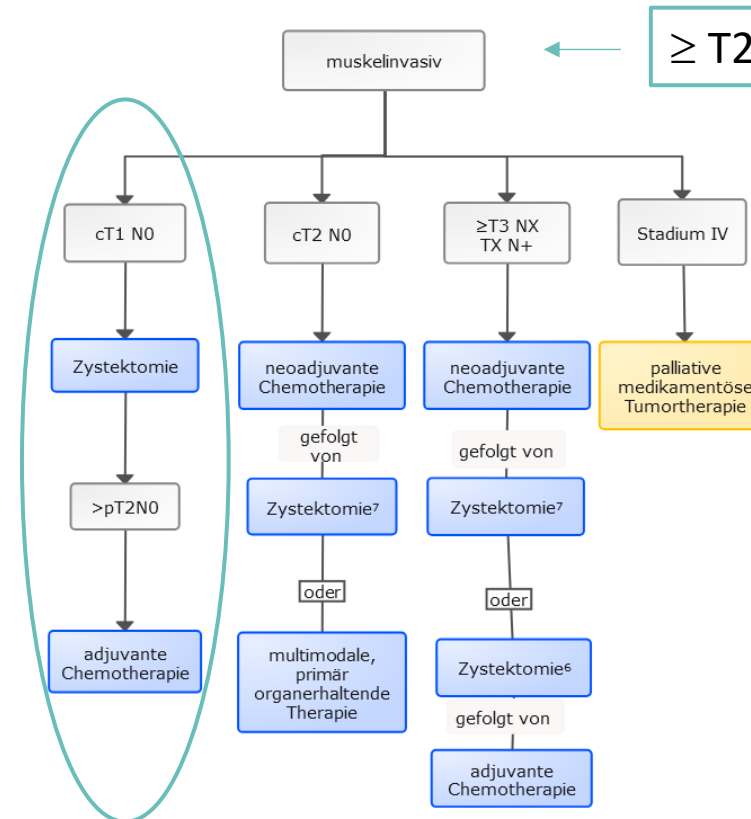
Quelle:

<https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/urothelkarzinom-harnblasenkarzinom>



Therapiealgorithmus Harnblasen-Ca T1 und muskelinvasiv ($\geq T2$)

Bei Risiko für muskelinvasives Wachstum



Mehr zu Diagnostik und Behandlung



Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie und
Tumorimmunologie | CBF

https://www.onkopedia.com/de/wissensdatenbank/wissensdatenbank/urothelkarzinom/maschmeyer_urothel-ca_cbf10-2023.pdf



Transurethrale Resektion der Harnblase (TUR)

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung nach oBDS (beispielhaft)
Intention	K = kurativ / P = palliativ
OP-Datum	Exaktes Datum
OPS	5-573.*
OPS-Version	Zum OP-Datum passende Version
Histologie	Histologiebefund aus dem TUR-Präparat
TNM	cT/pT-Angabe möglich, je nach Beurteilung des R-Status
OP-Komplikation	Z.B. NAB oder RNB (Nachblutung)
Residualstatus lokale Beurteilung	z.B. R0 (je nach Befund)
Residualstatus Gesamtbeurteilung	z.B. R0 (je nach Befund)

OPS-Codes, mit
erwartbarem
Residualstatus siehe
Umsetzungsleitfaden
P65c-Plattform

TUR-Nachresektion beim nicht-muskelinvasiven Blasentumor - Empfehlung laut S3-Leitlinie

<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/harnblasenkarzinom>

6.15.	Evidenzbasierte Empfehlung
Empfehlungsgrad A	Ist keine Zystektomie geplant, soll eine Nachresektion bei Patienten mit nicht-muskelinvasivem Urothelkarzinom der Harnblase mit folgender Konstellation durchgeführt werden: • bei Tumoren, bei denen die primäre TUR inkomplett war • wenn in der initialen TUR kein Muskel im histopathologischen Präparat nachweisbar war, außer pTa Low Grade • bei pT1-Tumoren • bei allen high-grade Tumoren, mit Ausnahme der Patienten mit primärem Carcinoma in situ (pTis)

TUR – Nachresektion

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung nach oBDS (beispielhaft)
Intention	K = kurativ (nicht R = Revision, die zur Behebung einer Komplikation dient)
OP Datum	Exaktes Datum
OPS	5-573.*
OPS-Version	Zum OP-Datum passende Version
Histologie	Histologiebefund aus dem TUR-Präparat
TNM	cT/pT-Angabe, je nach Beurteilung des Residualstatus
OP Komplikation	Z.B. NAB oder RNB (Nachblutung)
Residualstatus lokale Beurteilung	z.B. R0 (je nach Befund)
Residualstatus Gesamtbeurteilung	z.B. R0 (je nach Befund)

Abschließendes
Staging
in der
Diagnosemeldung
übermitteln

Diagnosemeldung:

Ergebnisse aus primärer TUR und Nachresektion im Erstdiagnosezeitraum zusammenfassen

Meldungsart	Datum	Beispiel 1 Morphologie-Code/T-Kategorie	Beispiel 2 Morphologie-Code/T-Kategorie
1. OP (TUR)	20.06.2024	8120/2 / cTis	8120/2 und 8120/3, cT1(is)
2. OP (TUR Nachresektion)	05.08.2024	8130/2 / pTa	8130/2 / pTa
Diagnose	20.06.2024	Beide Histos können übermittelt werden, die therapieentscheidende Histo mit Datum 20.06.2024 therapieentscheidende T-Kategorie: pTis	Beide Histos können übermittelt werden, die therapieentscheidende Histo mit Datum 20.06.2024 therapieentscheidende T-Kategorie: pT1 (is)

Abschließendes diagnostisches Staging,
d.h. die für die weitere Behandlung
therapieentscheidende Angabe
in der Diagnosemeldung übermitteln,
keine Verlaufsmeldung!

Frage:

In der TUR-B Nachresektion findet sich kein Hinweis mehr für einen Tumor, sollen Angaben zur Histologie erfasst werden, und wenn ja, wie?

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung
Residualstatus lokale Beurteilung	R0
Residualstatus Gesamtbeurteilung	R0
Histologie-Code	Keine Angabe, da kein Nachweis von Tumorgewebe
Tumorzuordnung (technisch):	Maßgebliche Angaben zum Primärtumor (ICD-10, Lokalisation, Seitenangabe, Histologie, Tumoridentifikator)

Postoperative intravesikale Frühinstillation als systemische Therapiemeldung

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung nach oBDS (beispielhaft)
Meldeanlass (nur technisch)	Behandlungsende
Intention	K = kurativ
Stellung zu operativer Therapie	A = Adjuvant
Art der systemischen Therapie	CH
Protokoll	optional
Substanz	z. B. Epirubicin, Mitomycin C, Doxorubicin, Thiotepa, Pirarubicin
ATC-Code	Optional , zur jeweiligen Substanz passend
Beginn	Beginn-Datum
Ende	Ende-Datum (da eintägig, identisch zum Beginndatum)
Ende Grund	E = reguläres Ende

Transurethrale Instillation - auch als (zusätzliche) OP-Meldung möglich

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung nach oBDS (beispielhaft)
Intention	K = kurativ / P = palliativ
OP-Datum	Exaktes Datum
OPS	8-541.4
OPS-Version	Zum OP-Datum passende Version
Histologie	Keine Angabe möglich
TNM	Keine Angabe möglich
OP-Komplikation	NAB
Residualstatus lokale Beurteilung	Keine Angabe möglich
Residualstatus Gesamtbeurteilung	Keine Angabe möglich

Adjuvante intravesikale Instillationsbehandlung

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung nach oBDS (beispielhaft)
Meldeanlass (nur technisch)	Behandlungsende
Intention	K = kurativ
Stellung zu operativer Therapie	A = Adjuvant
Art der systemischen Therapie	CH oder IM
Protokoll	Instillation Harnblase
Substanz	CH: z. B. Epirubicin, Mitomycin C, Doxorubicin, Thiotepa, Pirarubicin IM: Bacille-Calmette-Guerin (BCG)
ATC-Code	Optional , zur jeweiligen Substanz passend
Beginn	Beginn-Datum
Ende	Ende-Datum (da eintägig, identisch zum Beginndatum)
Ende Grund	E = reguläres Ende

Für jede Instillation eine eigene TM (SY bzw. OP) anlegen, da Zahl und Rhythmus abhängig vom Rückfallrisiko

Zystektomie bei muskelinvasiven Harnblasen-Ca

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung nach oBDS (beispielhaft)
Intention	K = kurativ
OP Datum	Exaktes Datum
OPS	5-576.*
OPS-Version	Zum OP-Datum passende Version
Histologie	8120/3
TNM	cT/pT-Angabe, je nach Beurteilung des R-Status
OP Komplikation	LYE (Lymphozele) oder PLB (Platzbauch)
Residualstatus lokale Beurteilung	R0 (je nach Befund)
Residualstatus Gesamtbeurteilung	R0 (je nach Befund)

Nephro-Ureterektomie bei Urothel-Ca des Ureters

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung nach oBDS (beispielhaft)
Intention	K = kurativ
OP Datum	Exaktes Datum
OPS	5-554.b (Nephrektomie, mit Ureterektomie)
OPS	<u>5-575 ff.</u> (Die Resektion einer Blasenwandmanschette ist gesondert zu kodieren)
OPS-Version	Zum OP-Datum passende Version
Histologie	8120/3
TNM	cT/pT-Angabe, je nach Beurteilung des R-Status
OP Komplikation	LYE (Lymphozele) oder PLB (Platzbauch)
Residualstatus lokale Beurteilung	R0 (je nach Befund)
Residualstatus Gesamtbeurteilung	R0 (je nach Befund)

(Neo)adjuvante Chemotherapie bei lokalisiertem muskelinvasiven Harnblasen-Ca

Feldbezeichnung oBDS	oBDS-Ausprägung (beispielhaft) neoadjuvant	oBDS-Ausprägung (beispielhaft) adjuvant
Intention	K = kurativ	K = kurativ
Stellung zu operativer Therapie	N = Neoadjuvant	A= Adjuvant
Art der systemischen Therapie	CH	CH
Protokoll	MVAC	Cis-Gem
Substanz	Methotrexat	Cisplatin
	Vinblastin	Gemcitabin
	Doxorubicin	
	Cisplatin	
ATC-Code	Optional , zur jeweiligen Substanz passend	
Beginn	Beginn-Datum	Beginn-Datum
Ende	Ende-Datum	Ende-Datum
Ende Grund	E = reguläres Ende	E = reguläres Ende

Multimodale Therapien

- Bei multimodalen Therapien ist jede Therapieform ([Operation](#), Systemische Therapie, [Strahlentherapie](#)) separat zu übermitteln (siehe Dokumentationsbeispiele "[Multimodale Therapie](#)").
- Beispiel: Radiochemotherapie (organerhaltend oder nach OP)

Radiochemotherapie organerhaltend multimodal → 2 Meldungen

Systemische Therapie

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung (beispielhaft)
Intention	K = kurativ
Stellung zu OP	A = adjuvant / O = ohne Bezug
Protokoll	obsolet
Substanz	Cisplatin
Therapiebeginn	10.10.2023
Therapieende	14.10.2023

Strahlentherapie

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung (beispielhaft)
Intention	K= kurativ
Stellung zu OP	A = adjuvant / O = ohne Bezug
Weitere Felder	→ Nächste Folie
.....	
Therapiebeginn	11.10.2023
Therapieende	05.12.2023

Strahlentherapie im Rahmen einer Radiochemotherapie (Fortsetzung)

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung (beispielhaft)
Intention	K = kurativ
Stellung OP	Ohne Bezug zu einer operativen Therapie
Zielgebiet	5.3 (Harnblase)
Zielgebiet Version	2021 (letzte gültige Version vor Behandlungsdatum)
Seite	mittig
Applikationsart	percutan
Einzeldosis	2 Gy
Gesamtdosis	60 Gy
Strahlenart	Photonen
Boost	SEQ
Therapiebeginn	11.10.2023
Therapieende	05.12.2023

Instillation Harnblase oder Nierenbecken

→ 1 Meldung optional über OP oder TM SY

Systemische Therapie

OP: TUR B

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung (beispielhaft)
Intention	K = kurativ
Stellung zu OP	I = Intraoperativ
Protokoll	Instillation Harnblase/Nierenbecken
Substanz	Mitomycin
Therapiebeginn	10.10.2023
Therapieende	10.10.2023

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung (beispielhaft)
Intention	K= kurativ
OP-Datum	Exaktes Datum
OPS	8-541.4 (Harnblase) 8-541.5 (Nierenbecken)
Residualstatus	RX

Hypertherme Instillation Mitomycin/BCG: HIVEC

→ 1 Meldung optional über OP oder TM SY

Systemische Therapie

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung (beispielhaft)
Intention	K = kurativ
Stellung zu OP	I = Intraoperativ
Protokoll	HIVEC
Substanz	Cisplatin
Therapiebeginn	10.10.2023
Therapieende	10.10.2023

OP: TUR B

Feldbezeichnung oBDS	Ausprägung (beispielhaft)
Intention	K= kurativ
OP-Datum	Exaktes Datum
OPS	8-603 (Interstitielle und intrakavitäre Hyperthermie im Rahmen einer onkologischen Therapie)
Residualstatus	RX

Substanzwechsel bei Chemotherapie-Regimen

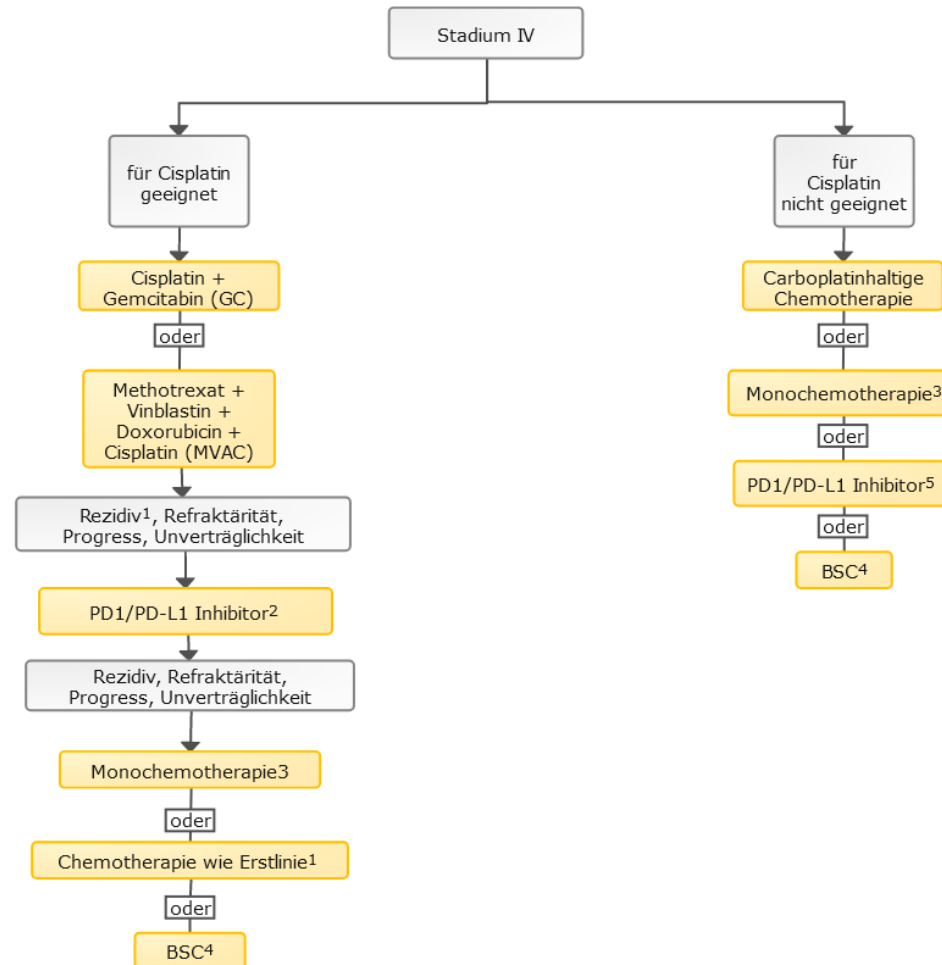
- Vorgehen laut Dokumentationsleitfaden der P65c-Plattform (Seiten im Aufbau!):
<https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/Dokumentat/pages/75399290/Systemische+Therapie>
- W = reguläres Ende mit **Substanzwechsel**
Therapien, bei denen das Therapieregime bis zum Ende grundsätzlich erhalten geblieben ist.
Substanzwechsel von Substanzen **derselben Wirkstoffgruppe**, z.B. Platinderivate (z. B. Cisplatin und Carboplatin) oder Anthrazykline (z. B. Doxorubicin und Epirubicin).
Substanzen der gleichen Wirkstoffgruppe sind in den ersten 5 Stellen des ATC-Kodes identisch.

Hinweis: Empfehlung bei Verwendung eines Protokolls:
Ursprünglichen Protokollnamen auch in der Endemeldung dokumentieren
gewechselte Substanz als zusätzliche Substanz in der Endemeldung dokumentieren
- Bei Substanzwechseln **außerhalb von Wirkstoffgruppen** eine neue Therapiemeldung anlegen!

Substanzwechsel i.R. einer (neo)adjuvante Chemotherapie - Beispiel

Feldbezeichnung oBDS	oBDS-Ausprägung (beispielhaft) neoadjuvant	oBDS-Ausprägung (beispielhaft) adjuvant
Intention	K = kurativ	K = kurativ
Stellung zu operativer Therapie	N = (Neo)adjuvant	A= (Neo)adjuvant
Art der systemischen Therapie	CH	CH
Protokoll	Gem-Cis	Gem-Cis
Substanz	Gemcitabin	Gemcitabin
		Cisplatin
	Cisplatin	Carboplatin
ATC-Code	Optional, zur jeweiligen Substanz passend	
Beginn	Beginn-Datum	Beginn-Datum
Ende		Ende-Datum
Ende Grund		W = reguläres Ende mit Substanzwechsel

Medikamentöse Tumorthherapie des metastasierten Harnblasenkarzinoms



Meldeanlass Verlauf

Meldeanlass Verlauf

Wann ist ein Verlauf zu melden?

- Nach jeder **Nachsorgeuntersuchung**, auch nach Fortbestehen einer Vollremission.
- Verlaufsmeldungen mit gleich lautender Information sind einmal pro Quartal zu melden.
- Auch **während der Therapiephasen** soll ein veränderter Remissionsstatus (Tumorgeschehen) gemeldet werden.
- **nicht** innerhalb des Erstdiagnosezeitraums

Verlaufsmeldung Vollremission

Feldbezeichnung OBDs	Ausprägung (beispielhaft)
Meldeanlass	Statusmeldung
Eigene Leistung	ja
Untersuchungsdatum	06.09.2023
Gesamtbeurteilung Tumor	Vollremission
Tumorstatus Primärtumor	Kein Tumor Nachweisbar
Tumorstatus Lymphknoten	Kein Lymphknotenbefall nachweisbar
Tumorstatus Fernmetastasen	Keine Fernmetastasen nachweisbar
Allgemeiner Leistungszustand	0 (ECOG)

V = Vollremission
(complete remission,
CR): Keine
Tumorzeichen
nachweisbar, Dauer
mind. 4 Wochen

Bei fortbestehender Vollremission weiterhin V und nicht K = keine Änderung (no change, NC) = stable disease übermitteln!

Verlaufsmeldung Progression

Feldbezeichnung OBDs	Ausprägung (beispielhaft)
Meldeanlass	Statusänderung
Eigene Leistung	Ja
Untersuchungsdatum	05.09.24
Gesamtbeurteilung Tumor	Progression
Tumorstatus Primärtumor	Progress Tumorreste (Residualtumor)
Tumorstatus Lymphknoten	Kein Lymphknotenbefall nachweisbar
Tumorstatus Fernmetastasen	Progress Fernmetastasen
Allgemeiner Leistungszustand	1 (ECOG)

P = Progression:
Fortschreiten der Erkrankung (Zunahme der Tumorgröße, neuer Lymphknotenbefall oder Fernmetastasierung).

Verlaufsmeldung Lokalrezidiv

Feldbezeichnung OBDs	Ausprägung (beispielhaft)
Meldeanlass	Statusänderung
Eigene Leistung	Ja
Untersuchungsdatum	06.09.2024
Gesamtbeurteilung Tumor	Y- Rezidiv
Tumorstatus Primärtumor	R- Lokalrezidiv
Tumorstatus Lymphknoten	K- kein Lymphknotenbefall nachweisbar
Tumorstatus Fernmetastasen	R- neu aufgetretene Fernmetastasen bzw. Metastasenrezidiv
Allgemeiner Leistungszustand	0 (ECOG)

rTNM-Angabe nur bei Angaben zu Rezidiv in den Statusangaben, z.B. rT2 N0 M1

Frage zum Verlauf

- Dokumentation von Verläufen: Angenommen, ein Fall war erscheinungsfrei und jetzt sind neue Lungenmetastasen aufgetreten. Lokal-regionär weiterhin erscheinungsfrei. Muss dann im Verlauf in der Gesamtbeurteilung „Rezidiv“ und bei den Fernmetastasen „neu aufgetreten – Rezidiv“ eingetragen werden?



Gesamtbeurteilung:
Rezidiv

Fernmetastasen: Rezidiv

Auszug aus dem Dokumentationsleitfaden

(<https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/Dokumentat/overview>)

Y = Rezidiv: Rezidiv, jedes Wiederauftreten der Erkrankung bei vorheriger kompletter klinischer Tumorfreiheit (biochemisches Rezidiv, Lokalrezidiv und/oder Metastasierung)(3).

Beurteilung der Situation im Bereich der Fernmetastasen.

R = neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv: Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv gilt jetzt nur noch für Situationen in denen die Metastasen aus bestehender Metastasenfreiheit (primär oder nach Therapie – unabhängig von der Lokalisation der Metastase) diagnostiziert wurden.

T = Fernmetastasen Residuen: Unbekannt, ob Progress oder No Change.

P = Fernmetastasen Progress: Für jeglichen Progress von Metastasen (neue Herde gleicher Lokalisation, neue Lokalisation), wenn zuvor keine Metastasenfreiheit bestand.

N = Fernmetastasen No Change: Bestehende Metastasen haben sich nicht verändert.

F = fraglicher Befund: Der vorliegende Befund kann nicht beurteilt werden.

U = unbekannt: Wegen fehlender Befunde ist keine Beurteilung möglich.

X = fehlende Angabe: Diese Ausprägung ist möglichst nicht zu verwenden, auch nicht als Platzhalter oder Füllwert.

Verlaufsmeldung Rezidiv nach Zystektomie am Absetzungsrand (Ureter/Urethra) - keine DM!

Feldbezeichnung OBDs	Ausprägung (beispielhaft)
Meldeanlass	Statusänderung
Eigene Leistung	Ja
Untersuchungsdatum	06.09.2024
Gesamtbeurteilung Tumor	Y- Rezidiv
Tumorstatus Primärtumor	R- Lokalrezidiv
Tumorstatus Lymphknoten	K- kein Lymphknotenbefall nachweisbar
Tumorstatus Fernmetastasen	R- neu aufgetretene Fernmetastasen bzw. Metastasenrezidiv
Allgemeiner Leistungszustand	0 (ECOG)

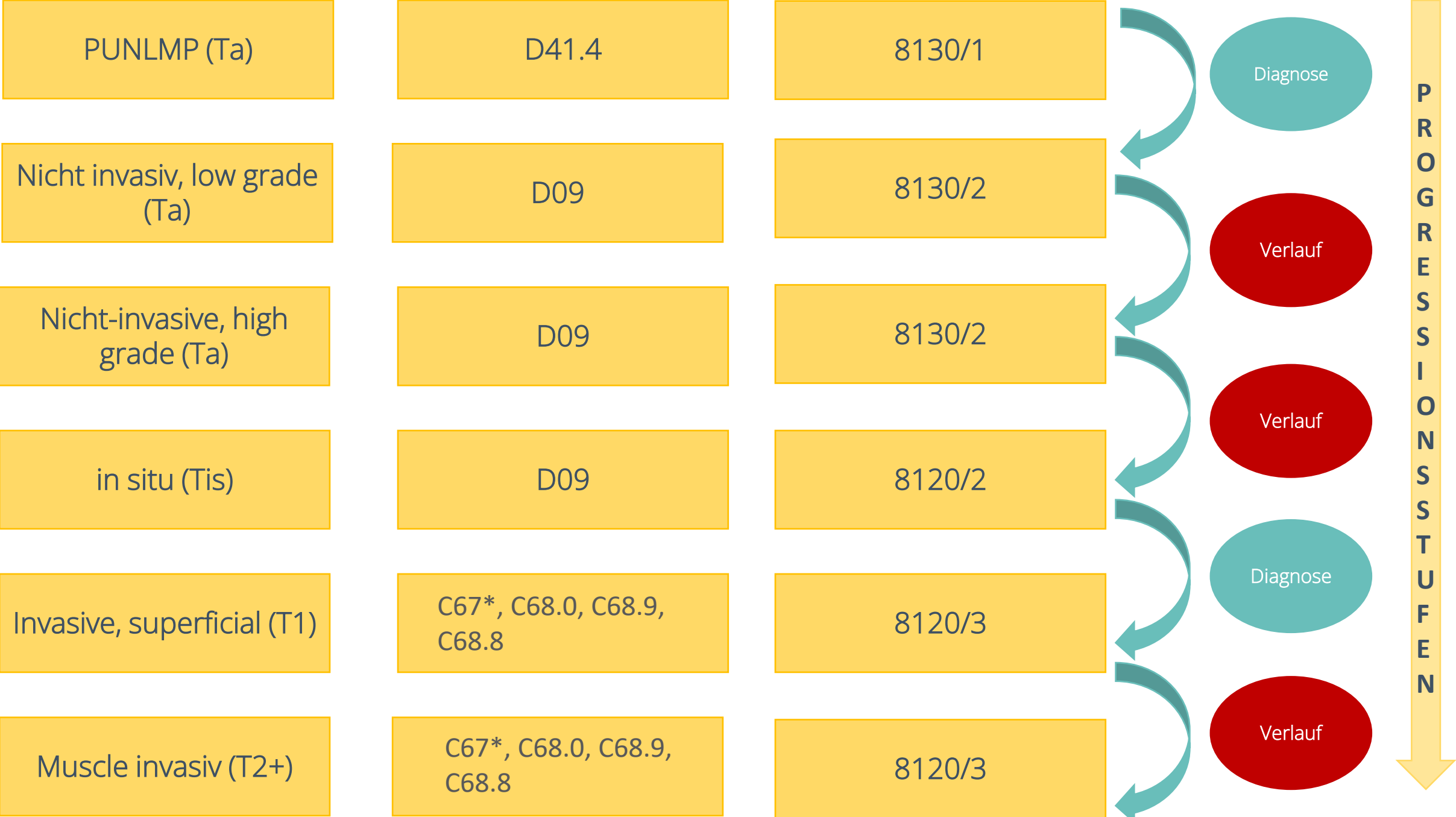
Y = Rezidiv
jedes Wiederauftreten
der Erkrankung bei
vorheriger kompletter
klinischer Tumorfreiheit
bzw. Vollremission

Frage zum Verlauf

- Wenn bereits ein invasiver Blasen tumor dokumentiert wurde und im Verlauf tauch ein pTa oder ein PTis auf haben wir diese im Verlauf des invasiven Blasen tumors gemeldet. Ist das korrekt, können wir diese Vorgehensweise weiterhin so handhaben?



rpTis oder rpTa im Verlauf werden in einer Verlaufsmeldung übermittelt



TUK peritherapeutisch – welche Ausprägung soll im OBDs ausgewählt werden?

- Peritherapeutisch: im Lauf der Behandlung, zwischenzeitliche Bewertung und Neueinschätzung des weiteren Vorgehens

→ TUK können als „posttherapeutisch“ gekennzeichnet und gemeldet werden

wichtige Links

- <https://www.krebsregister-bw.de/krebs-in-bw/aktuelle-zahlen/>
- <https://www.onkopedia.com/de/onkopedia/guidelines/blasenkarzinom-urothelkarzinom>
- **Leitlinie:** <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/harnblasenkarzinom>
- <https://tagung.adt-netzwerk.de/Programm/>
- <https://plattform65c.de>
- <https://encr.eu/ENCR-Recommendations>
- **Dokumentationsleitfaden:** <https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/Dokumentat/overview>
- **Umsetzungsleitfaden:** <https://plattform65c.atlassian.net/wiki/spaces/UMK/overview>
- **KRBW-Flyer Urologie:** https://www.krebsregister-bw.de/app/uploads/2023/10/Flyer_Urologie.pdf