



Krebsregistrierung in Baden-Württemberg

**Datenkatalog
mit
Merkmalsausprägungen
für TDS-Anwender**

01.10.2011

V2.1

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
2	Änderungshistorie.....	6
2.1	Änderungen Version 2.1.....	6
2.1.1	Tumordiagnose	6
2.2	Änderungen Version 2.....	6
2.2.1	Stammdaten	6
2.2.2	Tumordiagnose	6
2.2.3	Therapie.....	7
2.2.4	Verlauf.....	7
2.2.5	Abschluss.....	7
2.2.6	Administrative Daten	7
3	Meldungsarten.....	8
3.1	Tumordiagnosemeldung.....	8
3.2	Therapiemeldung	9
3.3	Verlaufsmeldung	9
3.4	Abschlussmeldung	9
4	Rückmeldung klinischer Daten an meldende Einrichtung.....	11
5	Feldübersicht	12
6	Datenkatalog.....	15
6.1	Stammdaten.....	16
6.1.1	Versichertennummer	16
6.1.2	Referenznummer.....	16
6.1.3	Patientenunterrichtung	16
6.1.4	Titel	17
6.1.5	Nachname	17
6.1.6	Namenszusatz.....	18
6.1.7	Vornamen.....	18
6.1.8	Geburtsname.....	19
6.1.9	Frühere(r) Name(n)	19
6.1.10	Geburtsdatum.....	19
6.1.11	Sterbedatum.....	19
6.1.12	Geschlecht	20
6.1.13	Anschrift: Land	20
6.1.14	Anschrift: PLZ.....	20
6.1.15	Anschrift: Wohnort.....	21
6.1.16	Anschrift: Gemeindeschlüssel	21
6.1.17	Anschrift: Straße.....	21
6.1.18	Anschrift: Hausnummer	22
6.1.19	Anschrift: Postfach.....	22
6.1.20	Anschrift: Ohne festen Wohnort.....	22
6.1.21	Staatsangehörigkeit.....	23
6.2	Tumordiagnose	24
6.2.1	TAN.....	24
6.2.2	Meldungskennzeichen.....	24
6.2.3	Referenznummer.....	25
6.2.4	Tumoridentifikator.....	25
6.2.5	Datenquelle der Diagnose	25

6.2.6	Revision der ICD	25
6.2.7	Tumordiagnose ICD	26
6.2.8	Lokalisation ICD-O	27
6.2.9	Seitenlokalisierung	27
6.2.10	Histologie ICD-O	27
6.2.11	Erstdiagnosedatum.....	28
6.2.12	Art der Diagnosesicherung	28
6.2.13	TNM-Version	29
6.2.14	Klinischer TNM	30
6.2.15	Pathologischer TNM.....	31
6.2.16	Grading	31
6.2.17	L-Kategorie, Lymphgefäßinvasion	33
6.2.18	V-Kategorie, Veneninvasion	33
6.2.19	Pn-Kategorie, Perineurale Invasion	33
6.2.20	S-Kategorie, Serumtumormarker	33
6.2.21	Tumordicke nach Breslow in mm.....	34
6.2.22	Weitere Klassifikation(en)	35
6.2.23	Zahl der befallenen Lymphknoten.....	46
6.2.24	Zahl der untersuchten Lymphknoten	46
6.2.25	Rezeptorstatus	46
6.2.26	Metastasen bei Diagnose (Liste)	48
6.2.27	Menopausenstatus	48
6.2.28	Patientenalter bei Diagnosestellung	48
6.2.29	Anlass der Tumordiagnose.....	49
6.2.30	Frühere Tumordiagnosen	49
6.3	Durchgeführte Therapien	50
6.3.1	TAN.....	50
6.3.2	Meldungskennzeichen.....	50
6.3.3	Referenznummer.....	50
6.3.4	Tumoridentifikator.....	51
6.3.5	Datenquelle der Therapie	51
6.3.6	Studienteilnahme.....	51
6.3.7	Therapieart.....	52
6.3.8	Therapiebezeichnung	53
6.3.8.1	Medikamentöse Therapie	53
6.3.8.2	Nuklearmedizinische Therapie.....	53
6.3.8.3	Stammzelltransplantation	53
6.3.8.4	Strahlentherapie	54
6.3.8.5	Sonstige Therapie	54
6.3.9	OPS-Schlüssel (Liste)	54
6.3.10	Therapie-Detail.....	54
6.3.11	Therapiestart	55
6.3.12	Therapieende	55
6.3.13	Therapiebezogene R-Klassifikation (Primärtumor).....	55
6.3.14	Therapiebezogene R-Klassifikation (Fernmetastasen) ..	56
6.3.15	Abbruch.....	57
6.3.16	Multimodale Therapie	57
6.4	Verlauf	58
6.4.1	TAN.....	58
6.4.2	Meldungskennzeichen.....	58
6.4.3	Referenznummer.....	58
6.4.4	Tumoridentifikator.....	58

6.4.5	Untersuchungsdatum	59
6.4.6	Remissionsstatus (Tumorgeschehen)	59
6.4.7	TNM-Version	59
6.4.8	TNM	61
6.4.9	Metastasen mit Lokalisation und Diagnosedatum	62
6.5	Abschluss	63
6.5.1	TAN	63
6.5.2	Meldungskennzeichen	63
6.5.3	Referenznummer	63
6.5.4	Sterbedatum	63
6.5.5	Abschlussgrund	64
6.5.6	Tumorbedingter Tod	64
6.5.7	Tumoridentifikator	64
6.5.8	Letzte Patienteninformation	65
6.6	Administrative Daten	66
6.6.1	Meldedatum	66
6.6.2	Kennung Meldestelle	66
6.6.3	Kennung Klinisches Register	66
6.6.4	Ärztlicher Ansprechpartner	67
6.6.5	Quellsystem	67
7	Sonstiges	68
7.1	Datumsfelder	68
8	Literatur/Quellen	69

1 ***Einleitung***

Dieser Datenkatalog basiert auf dem Dokument „Datenkatalog für die erste Phase der Umsetzung 25.07.06“ [2] und ergänzt die dort festgelegten Merkmale um Ihre genauen Ausprägungen. Er wurde mit verschiedenen Quellen abgeglichen, die in Kapitel 6 aufgeführt sind.

Ziel des Dokumentes ist es, den Datenkatalog so weitgehend zu beschreiben, dass darauf aufbauend eine Schnittstellendefinition für die spätere technische Implementierung erstellt werden kann. Es ist nicht Ziel, eine Kodierungsanleitung zu liefern. Aus diesem Grund wurde auch auf weiterführende Erläuterungen zu den einzelnen Merkmalen und deren Ausprägungen verzichtet.

Weiterhin werden die verschiedenen Meldungsformen und deren Meldezeitpunkte beschrieben, die im Behandlungsverlauf auftreten.

2 Änderungshistorie

2.1 Änderungen Version 2.1

2.1.1 Tumordiagnose

- Tumordiagnose ICD:
 - Ausprägung „D36.1“ entfernt
 - Ausprägungen „D18.02“, „D18.18“, „D19.7“ und „D21.0“ ergänzt
- Weitere Klassifikationen:
 - Gleason-Score: Ausprägungen „7a“ und „7b“ ergänzt
 - Marburger Klassifikation: Ausprägung „EDII“ ergänzt

2.2 Änderungen Version 2

2.2.1 Stammdaten

- Sterbedatum: kein Pflichtfeld mehr
- Ohne festen Wohnort: Ausprägung „unbekannt“ ergänzt

2.2.2 Tumordiagnose

- Datenquelle der Diagnose: Feld ergänzt
- ICD-Revision: Feld ergänzt
- ICD-O-Version: Ausprägung „v4“ ergänzt
- Art der Diagnosesicherung: Feld ergänzt
- Grading: Ausprägungen „hohe Mitoserate“ und „niedrige Mitoserate“ für Gastrointestinale Stroma-Tumoren ergänzt
- Tumordicke nach Breslow in mm: Feld ergänzt
- Weitere Klassifikationen:
 - Feld „Mercury“ ergänzt
 - Feld „Gleason Grading 2“ ergänzt
 - Feld „Holoye“ entfernt
- Rezeptor Östrogen: Ausprägungen „nicht gemessen“ und „fehlende Angabe“ ergänzt
- Rezeptor Progesteron: Ausprägungen „nicht gemessen“ und „fehlende Angabe“ ergänzt
- Rezeptor HER2: Ausprägungen „nicht gemessen“ und „fehlende Angabe“ ergänzt
- Gesamt PSA: Feld ergänzt

- Metastasenlokalisierung: Angabe der Lokalisation auch nach ICD-O möglich

2.2.3 Therapie

- Datenquelle der Therapie: Feld ergänzt
- Studienteilnahme: Feld ergänzt
- Medikamentöse Therapie: Ausprägung „Immuntherapie“ ergänzt
- Sonstige Therapie: Ausprägung „Lichttherapie ergänzt“
- Therapiebezogene R-Klassifikation (Fernmetastase): Feld ergänzt

2.2.4 Verlauf

- Metastasenlokalisierung: Angabe der Lokalisation auch nach ICD-O möglich

2.2.5 Abschluss

- Abschlussgrund: Ausprägung „Wegzug“ entfernt

2.2.6 Administrative Daten

- Quellsystem: Feld ergänzt

3 **Meldungsarten**

Im Behandlungsverlauf treten verschiedene Ereignisse auf, die zu melden sind. Es wird hierbei zwischen einer Tumordiagnosemeldung, einer Therapiemeldung, einer Verlaufsmeldung und einer Abschlussmeldung differenziert.

Laut §4, Abs. 1 LKrebsRG [1] erfolgt die Meldung quartalsweise und somit spätestens drei Monate nach Erhebung der Daten.

Werden Angaben, die im Rahmen einer Meldung an das Krebsregister übermittelt wurden, in der Tumordokumentation korrigiert, dann kann eine erneute Wiederholungsmeldung mit derselben Transaktionsnummer durchgeführt werden. Die Angaben werden im Krebsregister ersetzt.

Jede übermittelte Meldung umfasst die Personenstammdaten sowie die administrativen Daten.

3.1 **Tumordiagnosemeldung**

Die Tumordiagnosemeldung umfasst folgende Elemente des Datenkataloges:

- Stammdaten
- Tumordiagnose
- Administrative Daten

Die Tumordiagnose beinhaltet zum einen wichtige tumoridentifizierende Merkmale, zum anderen weitere Angaben zur Diagnose.

Die tumoridentifizierenden Merkmale sind hierbei für die einrichtungsübergreifende Zuordnung der einzelnen Meldungen notwendig. Aus diesem Grund hat auch jede Einrichtung, die am Behandlungsverlauf beteiligt ist, eine Tumordiagnosemeldung zu generieren. Die im späteren Verlauf übermittelten Therapie-, Verlaufs- und Abschlussmeldungen beziehen sich dann auf diese Tumordiagnosemeldung.

Wurde die Diagnose bei einer anderen Einrichtung gestellt, muss demnach trotzdem eine Tumordiagnosemeldung vorab abgegeben werden. Hier genügt dann allerdings auch die Angabe der Pflichtfelder.

Es besteht die Möglichkeit auch zusätzliche Tumordiagnosemeldungen abzugeben, falls im Behandlungsverlauf weitere diagnostische Maßnahmen durchgeführt wurden.

3.2 *Therapiemeldung*

Meldungen dieser Meldungsart beschreiben die durchgeführten Therapien zu einer Tumorerkrankung eines Patienten.

Die Meldung muss sich hierbei immer auf einen bereits gemeldeten Tumor beziehen. Die Meldung umfasst folgende Elemente des Datenkataloges:

- Stammdaten
- durchgeführten Therapien
- Administrative Daten

In der Regel sollen abgeschlossene Therapien gemeldet werden. Ist das Therapieende nicht absehbar oder handelt es sich um eine Langzeittherapie, soll die begonnene Therapie gemeldet werden.

Rezidivtherapien können ebenfalls gemeldet werden.

Ändern sich Therapiedaten, weil z.B. eine Therapie beendet wurde, dann können die Daten über eine Meldung mit derselben Transaktionsnummer aktualisiert werden.

3.3 *Verlaufsmeldung*

Verlaufsmeldungen beschreiben im Rahmen des Behandlungsverlaufs das Tumorgeschehen bzw. den Remissionsstand zu einem Untersuchungszeitpunkt. Für Fragestellungen im Rahmen einer onkologischen Qualitätssicherung und einer epidemiologischen Auswertung steht hier die Dokumentation des ersten Rezidivs im Vordergrund.

Eine Verlaufsmeldung bezieht sich dabei auf einen Tumor eines Patienten.

Die Meldung umfasst folgende Elemente des Datenkataloges:

- Stammdaten
- Verlauf
- Administrative Daten

3.4 *Abschlussmeldung*

Eine Abschlussmeldung ist nach Abschluss der Behandlung eines Patienten zu erstellen. Die Meldung umfasst folgende Elemente des Datenkatalogs:

- Stammdaten

- Abschluss
- Administrative Daten

Bei folgenden Ereignissen ist eine Abschlussmeldung zu erstellen:

- Patient verstirbt in der meldenden Einrichtung (Sterbefälle, die aufgrund eines Abgleichs mit den Meldebehörden bekannt werden sind nicht zu melden, da das Krebsregister selbst einen Abgleich vornimmt)
- Patient ist nicht mehr auffindbar (lost to follow-up)
- Wegzug (Patient zieht in ein anderes Bundesland oder ins Ausland)

4 Rückmeldung klinischer Daten an meldende Einrichtung

Auf Basis des §6, Abs. 4, Satz 2 LKrebsRG [1] können alle meldenden Einrichtungen die Übermittlung aller vorhandenen klinischen Daten zu Patienten, die bei ihnen behandelt wurden, beantragen.

Es ist vorgesehen, die Übermittlung zweistufig umzusetzen. In der ersten Stufe wird die Übermittlung in Dateiform (XML) realisiert. Es werden dabei folgende Informationen übertragen:

- Referenz-Nr. des Patienten / klinikinterne Patienten-ID
- Alle vorhandenen Tumordiagnosen
- Alle vorhandenen Therapien
- Alle vorhandenen Verläufe
- Alle vorhandenen Abschlüsse

Es werden keine Informationen zum Ursprung der Information (welcher Melder) und auch keine personenidentifizierenden Daten übermittelt.

Demnach werden folgende Felder aus dem Katalog in den aufgeführten Bereichen nicht übertragen:

- Tumordiagnose->Referenz-Nr. anderer Einrichtungen
- Tumordiagnose->Tumorentifikator anderer Einrichtungen (muss verklausuliert werden)
- Durchgeführte Therapien/Verlauf->Referenz-Nr. anderer Einrichtungen
- Durchgeführte Therapien/Verlauf->Tumorentifikator anderer Einrichtungen (muss verklausuliert werden)

5 Feldübersicht

Feldname	Pflichtfeld
Stammdaten	
Versichertennummer	Nein
Referenznummer	Ja
Unterrichtung	Ja
Titel	Nein
Nachname	Ja
Namenszusatz	Nein
Vornamen	Ja
Geburtsname	Nein
Frühere(r) Name(n)	Nein
Geburtsdatum	Ja
Sterbedatum	Nein
Geschlecht	Ja
Land	Ja
PLZ	Ja (PLZ und Wohnort) oder Gemeindeschlüssel
Wohnort	Ja (PLZ und Wohnort) oder Gemeindeschlüssel
Gemeindeschlüssel	Ja oder PLZ und Wohnort
Straße	Ja oder Postfach oder Patient ohne festen Wohnsitz
Hausnummer	Nein
Postfach	Nein
Ohne festen Wohnort	Nein
Staatsangehörigkeit	Ja
Tumordiagnose	
TAN	Ja
Meldungskennzeichen	Ja
Referenznummer	Ja
Tumoridentifikator	Ja
Datenquelle der Diagnose	Nein
Revision der ICD	Ja
Diagnose	Ja
Lokalisation	Nein
Seitenlokalisierung	Ja
ICD-O Version	Ja
Histologie	Ja für TZ und OSP
Erstdiagnosedatum	Ja
Art der Diagnosesicherung	Nein
TNM_Version	Ja, wenn ein TNM angegeben wird
cT-Kategorie	Nein
cN-Kategorie	Nein
cM-Kategorie	Nein
pT-Kategorie	Nein
pN-Kategorie	Nein
pM-Kategorie	Nein
Grading	Nein

L-Kategorie	Nein
V-Kategorie	Nein
Pn-Kategorie	Nein
S-Kategorie	Nein
Tumordicke nach Breslow in mm	Nein
Risikokategorien_C58	Nein
Clark_Level	Nein
Duke	Nein
Enneking	Nein
FIGO	Nein
Gleason_Grading 1	Nein
Gleason_Grading 2	Nein
Gleason_Score	Nein
IGCCCG	Nein
INDIANA	Nein
INSS_Klassifikation	Nein
Kernohan	Nein
Lugano_Klassifikation	Nein
Marburger_Klassifikation	Nein
Robson	Nein
VALG	Nein
WHO_Gehirn	Nein
Ann_Arbor	Nein
Binet	Nein
Durie_Salmon	Nein
FAB_ALL_AML	Nein
Jansen	Nein
Murphy	Nein
Phasen CML	Nein
Philadelphia	Nein
Radazkiewicz	Nein
Rai	Nein
Mercury	Nein
Lymphknoten_befallen	Nein
Lymphknoten_untersucht	Nein
Rezeptor_Östrogen	Nein
Rezeptor_Progesteron	Nein
Rezeptor_HER2	Nein
Gesamt_PSA	Nein
Metastasenlokalisation	Nein
Menopausenstatus	Nein
Diagnoseanlass	Nein
Frühere_Tumordiagnosen	Nein
Durchgeführte Therapien	
TAN	Ja
Meldungskennzeichen	Ja
Referenznummer	Ja
Tumoridentifikator	Ja
Datenquelle der Therapie	Nein
Studienteilnahme	Nein
Therapieart	Ja
Medikamentöse Therapie	Ja, wenn Therapieart=ME
Nuklearmedizinische Therapie	Ja, wenn Therapieart=NU
Stammzelltransplantation	Ja, wenn Therapieart=SZ

Strahlentherapie	Ja, wenn Therapieart=ST
Sonstige Therapie	Ja, wenn Therapieart=SO
OPS-Schlüssel	Ja, wenn Therapieart=OP
Theapie_Detail	Nein
Therapiestart	Ja
Therapieende	Nein
Therapiebezogene R-Klassifikation (Primärtumor)	Nein
Therapiebezogene R-Klassifikation (Fernmetastasen)	Nein
Therapieabbruch	Nein
Multimodale_Therapie	Nein
Verlauf	
TAN	Ja
Meldungskennzeichen	Ja
Referenznummer	Ja
Tumoridentifikator	Ja
Untersuchungsdatum	Ja
Remissionsstatus	Ja
TNM_Version	Ja, wenn ein TNM angegeben wird
T-Kategorie	Nein
N-Kategorie	Nein
M-Kategorie	Nein
Metastasenlokalisierung	Ja, wenn Metastasendiagnosedatum angegeben wird
Metastase Diagnosedatum	Ja, wenn Metastasenlokalisierung angegeben wird
Abschluss	
TAN	Ja
Meldungskennzeichen	Ja
Referenznummer	Ja
Sterbedatum	Ja, wenn Abschlussgrund „T“
Abschlussgrund	Ja
Tod tumorbedingt	Ja, wenn Abschlussgrund „T“
Tumoridentifikator	Nein
Letzte Patienteninformation	Ja, wenn Abschlussgrund „L“
Administrative Daten	
Meldedatum	Ja
Kennung Meldestelle	Ja
Kennung Klinisches Register	Nein
Ärztlicher Ansprechpartner	Ja
Quellsystem	Ja

6 *Datenkatalog*

In diesem Kapitel werden die einzelnen Merkmale des Datenkataloges beschrieben. Zu jedem Merkmal werden folgende Angaben gemacht:

Feldname:	Der Name des Merkmals
Beschreibung:	Eine kurze Beschreibung des Merkmals
Datentyp:	Der Datentyp. Dieser ist entweder Zahl, Text oder Datum.
Feldgröße:	Die Anzahl der speicherbaren Zeichen.
Pflichtfeld:	Angabe, ob dieses Feld gefüllt sein muss oder nicht.
Gültiger Datenbereich:	Der gültige Datenbereich mit Kodierung der einzelnen Merkmalsausprägungen.
Referenzdokumente:	Die wesentlichen Referenzdokumente, die zur Kodierung oder zur Bildung des Merkmals geführt haben. Basis aller Merkmale ist der Datenkatalog der ATO [2]. Deswegen wird auf eine explizite Nennung meist verzichtet.
Kommentar:	Ein weitergehender Kommentar.

6.1 Stammdaten

Die Stammdaten sind mit jeder Meldung zu melden, da sie sich im Behandlungsverlauf ändern können.

6.1.1 Versichertennummer

Feldname:	<u>Versichertennummer</u>
Beschreibung:	Versichertennummer im Rahmen der eGK.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Nein (erst, wenn flächendeckend verfügbar)
Gültiger	1. Stelle: A-Z
Datenbereich:	2. – 9. Stelle: Ziffern 10. Stelle: Prüfziffer
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Bundeseinheitliche Versichertennummer, die im Rahmen der Einführung der eGK vergeben wird. Die Versichertennummer wird rechnerisch aus der Rentenversicherungsnummer gewonnen.

6.1.2 Referenznummer

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	16
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	A-Z, ., -, 0-9
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	[1], [2]
Kommentar:	Im Rahmen des LKrebsRG [1] wird für den Patientenidentifikator der Begriff der „Referenznummer“ verwendet. Die Referenznummer muss je meldender Einrichtung (Melder-ID) eindeutig sein.

6.1.3 Patientenunterrichtung

Feldname:	<u>Unterrichtung</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob der Patient über die Meldung unterrichtet worden ist.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	J = Ja (§4, Abs. 2)
Datenbereich:	N = Nein (§4, Abs. 2, Satz 2)
	P = Nein, Pathologe ohne Patientenkontakt (§4, Abs. 3)
	V = Nein, Verstorben
	M = Nein, Medizinische Kontraindikation

(Patient wurde nicht aufgeklärt, weil sonst eine Verschlimmerung seines Zustands zu befürchten ist.)

Referenzdokumente: [1]

Kommentar: Nach §4, Abs. 2 LKrebsRG muss der Patient über die Abgabe einer Meldung unterrichtet werden. In der Meldung ist anzugeben, ob der Patient von der Meldung unterrichtet worden ist.
Die Unterrichtung hat in der Regel vor der Meldung zu erfolgen. Es können aber auch Meldungen vor der Unterrichtung des Patienten abgegeben werden, weil dieser z.B. noch nicht unterrichtet werden kann oder soll.
In bestimmten Fällen ist eine Unterrichtung des Patienten nicht mehr möglich. Dies ist z.B. der Fall, wenn der Patient zwischenzeitlich verstorben ist. In §4, Abs. 3 ist geregelt, dass Pathologen ohne persönlichen Kontakt zum Patienten auch eine Meldung ohne Unterrichtung abgeben können. Sie haben den Arzt oder Zahnarzt, auf dessen Veranlassung sie tätig wurden allerdings über Meldung zu informieren.

6.1.4 *Titel*

Feldname:	<u>Titel</u>
Beschreibung:	Der akademische Titel des Patienten
Datentyp:	Text
Feldgröße:	20
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	A-Z,Ä,Ö,Ü, ,,-,a-z,ä,ö,ü,ß
Referenzdokumente:	[4], [5]
Kommentar:	Der akademische Titel ist u.a. notwendig zur Bildung der Kontrollnummern.

6.1.5 *Nachname*

Feldname:	<u>Nachname</u>
Beschreibung:	Der Nachname des Patienten
Datentyp:	Text
Feldgröße:	50
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z,Ä,Ö,Ü, ,,-,a-z,ä,ö,ü,ß
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	Ausländische Umlaute sind nicht zugelassen. Deutsche Umlaute werden im Rahmen der Kontrollnummernbildung aufgelöst („ö“-> „oe“).

6.1.6 Namenszusatz

Feldname:	<u>Namenszusatz</u>
Beschreibung:	Namenszusätze
Datentyp:	Text
Feldgröße:	30
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	A-Z,Ä,Ö,Ü, ,,-,a-z,ä,ö,ü,ß
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	Namenszusätze des Patienten, wie „von“ oder „Graf“.

6.1.7 Vornamen

Feldname:	<u>Vornamen</u>
Beschreibung:	Alle bekannten Vornamen des Patienten
Datentyp:	Text
Feldgröße:	50
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	A-Z,Ä,Ö,Ü, ,,-,a-z,ä,ö,ü,ß
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	

6.1.8 *Geburtsname*

Feldname:	<u>Geburtsname</u>
Beschreibung:	Der Geburtsname des Patienten
Datentyp:	Text
Feldgröße:	50
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	A-Z,Ä,Ö,Ü, ,,-,a-z,ä,ö,ü,ß
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	

6.1.9 *Frühere(r) Name(n)*

Feldname:	<u>Frühere Namen</u>
Beschreibung:	Weitere bekannte frühere Namen des Patienten, soweit verschieden von Geburtsname
Datentyp:	Text
Feldgröße:	100
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	A-Z,Ä,Ö,Ü, ,,-,a-z,ä,ö,ü,ß
Referenzdokumente:	[4], [5]
Kommentar:	Aus diesen Angaben werden weitere Kontrollnummern für das Rekord-Linkage gebildet.

6.1.10 *Geburtsdatum*

Feldname:	<u>Geburtsdatum</u>
Beschreibung:	Das Geburtsdatum des Patienten
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 7.1.

6.1.11 *Sterbedatum*

Feldname:	<u>Sterbedatum</u>
Beschreibung:	Das Sterbedatum des Patienten
Datentyp:	Datum jjjj-mm
Feldgröße:	7
Pflichtfeld:	Nein

Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 7.1.

6.1.12 *Geschlecht*

Feldname:	<u>Geschlecht</u>
Beschreibung:	
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	M = Männlich W = Weiblich S = Sonstige X = Unbekannt
Referenzdokumente:	[3], [5], [6], [8]
Kommentar:	

6.1.13 *Anschrift: Land*

Feldname:	<u>Land</u>
Beschreibung:	Teil der Anschrift des Patienten zum Zeitpunkt der Meldung
Datentyp:	Text
Feldgröße:	4
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	Aktuelle Länder als KFZ-Nationalitätszeichen Beispiel „D“ für „Deutschland“, „F“ für Frankreich
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Es wird vorgeschlagen, die KFZ-Nationalitätszeichen-Liste zu verwenden, die im Rahmen der Einführung der eGK vorgesehen ist. Diese umfasst auch künstliche Nationalitätszeichen für Länder ohne KFZ-Nationalitätszeichen (z.B. China).

6.1.14 *Anschrift: PLZ*

Feldname:	<u>PLZ</u>
Beschreibung:	Die Postleitzahl der Anschrift
Datentyp:	Text
Feldgröße:	8
Pflichtfeld:	Ja (PLZ und Wohnort) oder Gemeindeschlüssel
Gültiger Datenbereich:	0-9, , -, A-Z Angabe ohne Länderkennzeichen
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	Übliche Postleitzahlformate sind 4stellige oder 5stellige Zahlen.

Einige Ausnahmen:

- Großbritannien und Nordirland: bis zu 8 Stellen, Buchstaben und Zahlen
- Portugal: 7stellig Zahl mit Bindestrich
- Rumänien: 6stellige Zahl

6.1.15 **Anschrift: Wohnort**

Feldname:	<u>Wohnort</u>
Beschreibung:	Der Wohnort des Patienten zum Zeitpunkt der Meldung
Datentyp:	Text
Feldgröße:	50
Pflichtfeld:	Ja (PLZ und Wohnort) oder Gemeindeschlüssel
Gültiger Datenbereich:	A-Z,Ä,Ö,Ü, ,,,-,a-z,ä,ö,ü,ß
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	

6.1.16 **Anschrift: Gemeindeschlüssel**

Feldname:	<u>Gemeindeschlüssel</u>
Beschreibung:	Der amtliche Gemeindeschlüssel des Wohnortes
Datentyp:	Text
Feldgröße:	8 Stellen
Pflichtfeld:	Ja oder PLZ und Wohnort
Gültiger Datenbereich:	Ziffer 1 und 2: Bundesland Ziffern 3-5: Landkreis bzw. kreisfreie Stadt Ziffern 6-8: Gemeinde innerhalb der Landkreise
	Beispiel: 08111000 = Stuttgart
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Angabe nur für Anschriften in Deutschland. Alternativ zum Gemeindeschlüssel kann auch nur PLZ und Wohnort angegeben werden. Daraus kann der Gemeindeschlüssel automatisiert gebildet werden.

6.1.17 **Anschrift: Straße**

Feldname:	<u>Straße</u>
Beschreibung:	Teil der Anschrift des Patienten zum Zeitpunkt der Meldung
Datentyp:	Text
Feldgröße:	60
Pflichtfeld:	Ja oder Postfach oder Patient ohne festen Wohnsitz
Gültiger Datenbereich:	0-9,A-Z,Ä,Ö,Ü, ,,,-
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	

6.1.18 *Anschrift: Hausnummer*

Feldname:	<u>Hausnummer</u>
Beschreibung:	Die Hausnummer der Adresse inkl. Postfix. Teil der Anschrift des Patienten zum Zeitpunkt der Meldung
Datentyp:	Text
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	0-9, /, -, a-z,
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	Auch zu berücksichtigen: <ul style="list-style-type: none">• Hausnummer 16-19• Hausnummer 90/a• Ausländische Hausnummern Angabe ist kein Pflichtfeld, da auch Adressen ohne Hausnummer in Baden-Württemberg existieren.

6.1.19 *Anschrift: Postfach*

Feldname:	<u>Postfach</u>
Beschreibung:	Die Angabe des Postfachs
Datentyp:	Text
Feldgröße:	50
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Angabe der Postfachkennung ohne das Wort ‚Postfach‘
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.1.20 *Anschrift: Ohne festen Wohnort*

Feldname:	<u>Ohne festen Wohnort</u>
Beschreibung:	Wenn der Patient obdachlos ist, dann kann dies mit diesem Merkmal angegeben werden.
Datentyp:	Zahl
Feldgröße:	1 Stelle
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	J = Patient hat keinen festen Wohnsitz Unbekannt = Es ist nicht bekannt, ob der Patient einen festen oder nicht festen Wohnsitz hat
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Hat der Patient keinen festen Wohnsitz, dann kann oft keine Straße und auch keine Hausnummer angegeben werden. Die Angabe eines Wohnortes+PLZ bzw. Gemeindegemeinschaftsschlüssel (Hauptaufenthaltort) ist dennoch wichtig.

6.1.21 Staatsangehörigkeit

Feldname:	<u>Staatsangehörigkeit</u>
Beschreibung:	Die Staatsangehörigkeit des Patienten
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	D = Deutsch
Datenbereich:	N = nicht deutsch
	X = Unbekannt
Referenzdokumente:	[1]
Kommentar:	

6.2 Tumordiagnose

Eine Tumordiagnose bezieht sich auf einen Tumor eines Patienten.

6.2.1 TAN

Feldname:	<u>TAN</u>
Beschreibung:	6-stellige Melder-ID ergänzt um fortlaufende 7-stellige Zahl
Datentyp:	Text
Feldgröße:	13
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	0-9
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.2.2 Meldungskennzeichen

Feldname:	<u>Meldungskennzeichen</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob es sich bei der Meldung um eine neue Meldung, eine Korrekturmeldung oder eine Aktualisierungsmeldung handelt. Zudem kann ein Kennzeichen gesetzt werden, das angibt, dass sich eine Tumordiagnose gewandelt hat.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	N = Neu
Datenbereich:	A = Aktualisierung K = Korrektur W = Wandlung der Diagnose
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Bei "Korrektur falscher Angaben": Es wird eine bereits gemeldete TAN akzeptiert und die Angaben in der Ursprungsmeldung ersetzt. Bei Wandlung der Diagnose kann vermerkt werden, dass sich die Tumorerkrankung verändert hat (z.B. Astrozytom Grad II zu Glioblastom Grad V). Bei Aktualisierung der Daten wurden zusätzliche Angaben erhoben, die im Register ergänzt werden. Vorgehen bei Tumorwandlung: <ul style="list-style-type: none">• Tumorwandlung innerhalb von 4 Wochen: Meldung soll korrigiert werden (gleiche TAN, gleiche Ref.Nr., gleicher Tumoridentifikator, Meldungskennzeichen „K“)• Tumorwandlung nach mehr als 4 Wochen: es soll eine neue Diagnosemeldung übermittelt werden (neue TAN, gleiche Ref.Nr, gleicher Tumoridentifikator, Meldungskennzeichen „W“)

6.2.3 Referenznummer

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	16
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	A-Z, ., -, 0-9
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.2.4 Tumoridentifikator

Feldname:	<u>Tumoridentifikator</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Tumoridentifikator
Datentyp:	Text
Feldgröße:	20
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Der Tumoridentifikator ist normalerweise eine fortlaufende Nummer.

6.2.5 Datenquelle der Diagnose

Feldname:	Datenquelle Diagnose
Beschreibung:	Kennzeichen für extern gestellte Diagnosen
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	I = Intern
Datenbereich:	E = Extern F = Fehlende Angabe
Referenzdokumente:	
Kommentar:	„Intern“ sollte immer vorbelegt sein.

6.2.6 Revision der ICD

Feldname:	<u>ICD-Revision</u>
Beschreibung:	Die Revision der ICD
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	9 = ICD-9
Datenbereich:	10 = ICD-10 11 = ICD-11
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.2.7 Tumordiagnose ICD

Feldname:	Diagnose
Beschreibung:	Die Tumordiagnose nach der ICD-10
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3-6
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	<p>C00.0 – C96.9: Alle bösartigen primären und sekundären Neubildungen (nicht C77-C79)</p> <p>D00.0 - D09.9: In-situ-Neubildungen</p> <p>D32.0 – D33.9: Gutartige Hirntumoren</p> <p>D35.2 - D35.4: Hypophyse, Ductus craniopharyngealis, Epiphyse (Glandula pinealis)</p> <p>D37.0 – D48.9: Neubildungen unsicheren Charakters, also des GI oral bis anal, der Thoraxorgane, der weibl. und männl. Genital- und Harnorgane, des ZNS peripher und zentral incl. Meningen, der endokrinen Organe, des lymphatischen und Knochenmarkssystems, des Bindegewebes, Mamma und der n. n. bez. Lokalisationen.</p> <p>D18.02: Hämangiom, sofern im ZNS lokalisiert (ICD-O-3 C70, C71, C72, C75.1-3)</p> <p>D18.18: Lymphangiom, sofern im ZNS lokalisiert (ICD-O-3 C70, C71, C72, C75.1-3)</p> <p>D19.7: Gutartige Neubildungen des mesothelialen Gewebes, sofern im ZNS lokalisiert (ICD-O-3 C70, C71, C72, C75.1-3)</p> <p>D21.0: Gutartige Neubildungen des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe, sofern im ZNS lokalisiert (ICD-O-3 C70, C71, C72, C75.1-3)</p>
Referenzdokumente:	[1], [5], [7]
Kommentar:	<p>Pflichtenheft der ATO zur Krebsregistrierung [7]: „Die Erfassung gutartiger Hirntumore wird von der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) empfohlen, aber nur in einigen Bundesländern durchgeführt, z. B. Rheinland-Pfalz, nicht jedoch in Bayern. Für die Erfassung spricht die Tatsache, dass der offizielle ICD-Thesaurus einen "Hirntumor" automatisch als Neubildung unsicheren Charakters einstuft.“</p> <p>Das LKrebsRG [1] spricht in §1, Abs. 1 von „Krebserkrankungen [...] einschließlich ihrer Frühstadien“</p>

6.2.8 Lokalisation ICD-O

Feldname:	<u>Lokalisation</u>
Beschreibung:	Topographie-Code nach ICD-O
Datentyp:	Text
Feldgröße:	5
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	C00.0 – C80.9
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	

6.2.9 Seitenlokalisierung

Feldname:	<u>Seitenlokalisierung</u>
Beschreibung:	Die Seitenlokalisierung des Tumor.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	R = Rechts L = Links B = Beidseits M = Mittellinie/median T = Trifft nicht zu X = Unbekannt
Referenzdokumente:	[3], [5], [6], [8]
Kommentar:	

6.2.10 Histologie ICD-O

Feldname:	<u>ICD-O Version</u>
Beschreibung:	Die Auflage der ICD-O
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	1D = ICD-O-1 DA (3. Auflage) 2D = ICD-O-2 DA (5. Auflage) 2 = ICD-O-2 3 = ICD-O-3 v4 = vorläufige ICD-O4
Referenzdokumente:	Datenkataloge anderer Krebsregister, DIMDI
Kommentar:	Es muss die jeweils aktuellste Version der ICD-O verwendet werden. Derzeit wird die Version 3 der ICD-O für neue Meldungen verwendet. Alte Versionen sind hierbei für historische Daten gedacht (z.B. altes Krebsregister). Die vorläufige ICD-O4 gilt derzeit nur für den Morphologiekode 9898/1.

Feldname:	<u>Histologie</u>
------------------	--------------------------

Beschreibung:	Der Morphologie-Code nach ICD-O inkl. Dignität
Datentyp:	Text
Feldgröße:	6
Pflichtfeld:	Tumorzentren und Onkologische Schwerpunkte: ja Kliniken: nein
Gültiger Datenbereich:	Format: mmmm/d mit mmmm: _____ 8000-9989 d: _____ 0 = gutartig (wegen gutartiger Hirntumoren/Frühform) 1 = Unsicher, unbekannt 2 = In situ 3 = Bösartige Neubildung (CUP als /3 mit C80) 9 = unsicher
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	Dignität 6 (Metastase) wird nicht benötigt, da Tumordiagnosen zu Metastasen nicht gemeldet werden.

6.2.11 *Erstdiagnosedatum*

Feldname:	<u>Erstdiagnosedatum</u>
Beschreibung:	Monat und Jahr der Ersttumordiagnose
Datentyp:	Datum jjjj-mm
Feldgröße:	7 Stellen
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Die Angabe des Diagnosetags ist im LKrebsRG nicht vorgesehen. Das Erstdiagnosedatum soll das Datum der gesicherten Diagnose (histologisch oder klinisch) angeben. Ein geschätzter oder berechneter Monat kann durch das Attribut „Schaetzung“ gekennzeichnet werden. Siehe hierzu auch Kapitel 7.1

6.2.12 *Art der Diagnosesicherung*

Feldname:	<u>Art der Diagnosesicherung</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob die Diagnose histologisch gesichert wurde
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	7 = Histologisch 5 = Zytologisch H = Hämatologisch B = Biopsie

T = Todesbescheinigung
A = Autopsie
L = Laborchemisch
2 = Klinisch
8 = Sonstiges
N = Nicht entscheidbar
9 = Keine Angaben

Referenzdokumente:

Kommentar:

6.2.13 TNM-Version

Feldname:	TNM Version
Beschreibung:	Die Auflage der TNM-Klassifikation
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Ja, wenn ein TNM angegeben wird
Gültiger	4 = 4. Auflage
Datenbereich:	41 = 4. Auflage, 1. Revision
	42 = 4. Auflage, 2. Revision
	5 = 5. Auflage
	51 = 5. Auflage, 1. Revision
	6 = 6. Auflage
	7 = 7. Auflage

Referenzdokumente:

Kommentar: Es muss die jeweils aktuellste Version der TNM-Klassifikation verwendet werden. Seit dem 01.01.2010 gilt die 7. Auflage der TNM-Klassifikation. Alte Versionen sind hierbei für historische Daten gedacht (z.B. altes Krebsregister).

6.2.14 *Klinischer TNM*

Feldname: **cT-Kategorie**

Beschreibung: Klinische T-Kategorie

Datentyp: Text

Feldgröße: 12

Pflichtfeld: Nein

Gültiger

Datenbereich:

Referenzdokumente:

Kommentar:

Feldname: **cN-Kategorie**

Beschreibung: Klinische N-Kategorie

Datentyp: Text

Feldgröße: 9

Pflichtfeld: Nein

Gültiger

Datenbereich:

Referenzdokumente:

Kommentar:

Feldname: **cM-Kategorie**

Beschreibung: Klinische M-Kategorie

Datentyp: Text

Feldgröße: 9

Pflichtfeld: Nein

Gültiger

Datenbereich:

Referenzdokumente:

Kommentar:

6.2.15 Pathologischer TNM

Feldname:	<u>pT-Kategorie</u>
Beschreibung:	Pathologische T-Kategorie
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>pN-Kategorie</u>
Beschreibung:	Pathologische N-Kategorie
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>pM-Kategorie</u>
Beschreibung:	Pathologische M-Kategorie
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.2.16 Grading

Feldname:	<u>Grading</u>
Beschreibung:	Das histopathologische Grading
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	X = Nicht bestimmbar 0 = Grading nicht vorgesehen Sonderfall: Melanom der Konjunktiva. G0 = Primär erworbene Melanose 1 = Gut differenziert (G1)

2 = mäßig differenziert (G2)
3 = schlecht differenziert (G3)
4 = undifferenziert (G4)
L = Low grade
M = Intermediate
H = High grade
G = Grenzfall bzw. Borderline – nur bei Ovar

Bei GIST (Morphologiecodes 8936/0, 8936/1, 8936/3):
HM = hohe Mitoserate
NM = niedrige Mitoserate

Referenzdokumente: [3], [5], [6], [8], TNM 7

Kommentar: Das histopathologische Grading ist für die verschiedenen Tumoren nicht einheitlich. Im Allgemeinen gilt die oben angeführte Differenzierung. Es gibt jedoch einige wichtige Ausnahmen, bei denen die Auswahl der Notation eingeschränkt ist oder eine andere Bedeutung hat. Beispiele siehe TNM 7 oder [3]. Bei folgenden Tumoren ist ein histopathologisches Grading nicht vorgesehen: Schilddrüse, Pleuramesotheliom, Melanom der Haut, Trophoblastumore der Schwangerschaft, Retinoblastom, germinale Hodentumore.

6.2.17 L-Kategorie, Lymphgefäßinvasion

Feldname:	<u>L-Kategorie</u>
Beschreibung:	L-Kategorie, Lymphgefäßinvasion
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	X = kann nicht beurteilt werden
Datenbereich:	0 = keine Lymphgefäßinvasion 1 = Lymphgefäßinvasion
Referenzdokumente:	[10]
Kommentar:	

6.2.18 V-Kategorie, Veneninvasion

Feldname:	<u>V-Kategorie</u>
Beschreibung:	V-Kategorie, Veneninvasion
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	X = kann nicht beurteilt werden
Datenbereich:	0 = keine 1 = mikroskopisch 2 = makroskopisch
Referenzdokumente:	[10]
Kommentar:	

6.2.19 Pn-Kategorie, Perineurale Invasion

Feldname:	<u>Pn-Kategorie</u>
Beschreibung:	Pn-Kategorie, Perineurale Invasion
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	X = kann nicht beurteilt werden
Datenbereich:	0 = keine 1 = Perineurale Invasion
Referenzdokumente:	[10]
Kommentar:	

6.2.20 S-Kategorie, Serumentumormarker

Feldname:	<u>S-Kategorie</u>
Beschreibung:	S-Kategorie, Serumentumormarker bei germinalen Hodentumoren
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein

Gültiger Datenbereich:	X	= Werte der Serumentumormarker nicht verfügbar oder entspr. Untersuchung nicht vorgenommen
	0	= innerhalb normaler Grenzen
	1,2,3	= Wenigstens einer der Serumentumormarker erhöht
Referenzdokumente:	[10]	
Kommentar:		

6.2.21 *Tumordicke nach Breslow in mm*

Feldname:	<u>Tumordicke nach Breslow in mm</u>
Beschreibung:	Bei malignen Melanomen
Datentyp:	Zahl
Feldgröße:	5
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	0-9, , Format: _.,_ (Bsp: 15,35)
Referenzdokumente:	Ersterhebungsbogen der DGG (Zentralregister Malignes Melanom, Version 17.10.2001)
Kommentar:	

6.2.22 Weitere Klassifikation(en)

Feldname:	<u>Risikokategorien C58</u>
Beschreibung:	Bei trophoblastären Schwangerschaftstumoren (C58)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	N = Niedrig H = Hoch
Referenzdokumente:	TNM 7
Kommentar:	

Feldname:	<u>Clark Level</u>
Beschreibung:	Bei malignen Melanomen
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	I, II, III, IV, V 1, 2, 3, 4, 5
Referenzdokumente:	Clark W. H. Jr., L. From, E. A. Bernardino et al.: The Histogenesis and Biologic Behavior of Primary Human Malignant Melanomas of the Skin. Cancer Research (1969) 29: S. 705-727
Kommentar:	

Feldname:	<u>Duke</u>
Beschreibung:	Bei kolorektalen Karzinomen
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	A, B, B1, B2, C, C1, C2, D
Referenzdokumente:	Dukes CE. The classification of cancer of the rectum. J Pathol Bacteriol 1932;35:323-32.
Kommentar:	

Feldname:	<u>Enneking</u>
Beschreibung:	Bei Weichteilsarkomen
Datentyp:	Text
Feldgröße:	4
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	IA, IB, IIA, IIB, IIIA, IIIB 1A, 1B, 2A, 2B, 3A, 3B
Referenzdokumente:	Enneking WF, Spanier SS, Goodman MA (1980) A system for the surgical staging of musculoskeletal sarcoma. Clin Orthop 153:106–120

Kommentar:

Feldname:	<u>FIGO</u>
Beschreibung:	Für gynäkologische Tumoren (Vulva, Vagina, Cervix uteri, Corpus uteri, Ovar, Tuba uterina und trophoblastäre Schwangerschaftstumoren)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	4
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	0, I, IA, IA1, IA2, IB, IB1, IB2, IC, II, IIA, IIA1, IIA2 IIB, IIC, III, IIIA, IIIB, IIIC,IIIC1,IIIC2 IV, IVA, IVB 1, 1A, 1A1, 1A2, 1B, 1B1, 1B2, 1C, 2, 2A, 2A1, 2A2, 2B, 2C, 3, 3A, 3B, 3C, 3C1, 3C2, 4, 4A, 4B

Referenzdokumente: [12]

Kommentar: Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique für Gynäkologische Tumoren. Die FIGO-Stadien basieren auf chirurgischem Staging. Die Beziehung zwischen den TNM-Stadien (klinische und / oder pathologische Klassifikation) und der Stadiengruppierung nach FIGO ist in der TNM 7. Aufl. für jede gynäkologische Tumorart spezifisch aufgeführt. Laut TNM 7 ist in der FIGO-Klassifikation das Stadium 0 (TIS) nicht mehr vorgesehen.

Feldname: Gleason Grading 1

Beschreibung: Für Prostata

Datentyp: Zahl

Feldgröße: 1

Pflichtfeld: Nein

Gültiger Datenbereich: 1, 2, 3, 4, 5

Referenzdokumente: Gleason DF, Mellinger GT. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. J Urol 1974; 111: 58–64.

Kommentar: Hierbei handelt es sich um das primäre (vorherrschende) Wachstumsmuster; dient als erster Summand zur Berechnung des Gleason-Scores.

Feldname: Gleason Grading 2

Beschreibung: Für Prostata

Datentyp: Zahl

Feldgröße: 1

Pflichtfeld: Nein

Gültiger Datenbereich: 1, 2, 3, 4, 5

Referenzdokumente: Gleason DF, Mellinger GT. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. J Urol 1974; 111: 58–64.

Kommentar: Hierbei handelt es sich um das sekundäre (zweithäufigste) Wachstumsmuster; dient als zweiter Summand zur Berechnung des Gleason-Scores.

Feldname: Gleason Score

Beschreibung: Für Prostata

Datentyp: Text

Feldgröße: 2

Pflichtfeld: Nein

Gültiger Datenbereich: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 7a, 7b, 8, 9, 10

Referenzdokumente: Gleason DF, Mellinger GT. Prediction of prognosis for prostatic adenocarcinoma by combined histological grading and clinical staging. J Urol 1974; 111: 58–64.

Makarov DV, Trock BJ, Humphreys EB, Mangold LA, Walsh PC, Epstein JI, Partin AW. Updated nomogram to predict pathologic stage of prostate cancer given prostate-specific antigen level, clinical stage, and biopsy Gleason score (Partin tables) based on cases from 2000 to 2005. Urology. 2007 Jun; 69(6):1095-101

Partin AW, Mangold LA, Lamm DM, Walsh PC, Epstein JI, Pearson JD. Contemporary update of prostate cancer staging nomograms (Partin Tables) for the new millennium. Urology. 2001 Dec; 58(6):843-8.

Kommentar:

Feldname: IGCCCG

Beschreibung: Prognosestadien der Hodentumoren der International Germ Cell Cancer Collaborative Group

Datentyp: Text

Feldgröße: 1

Pflichtfeld: Nein

Gültiger Datenbereich: G (gut)

I (intermediär)

S (schlecht)

Referenzdokumente: [12]

Kommentar:

Feldname: INDIANA

Beschreibung:	Für metastasierte Hodentumoren
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	M oder Mi (minimal) O oder Mo (moderate) A oder Ad (advanced)
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>INSS Klassifikation</u>
Beschreibung:	Für Neuroblastom
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	1, 2a, 2b, 3, 4, 4S I, IIa, IIb, III, IV, IVS
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>Kernohan</u>
Beschreibung:	Für Astrozytom
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	1, 2, 3, 4 I, II, III, IV
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>Lugano Klassifikation</u>
------------------	-------------------------------------

Beschreibung:	Für Hodentumoren
Datentyp:	Text
Feldgröße:	4
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	I, IA, IB, IC, II, IIA, IIB, IIC, IID, III, IIIA, IIIB, IIIC, IIID 1, 1A, 1B, 1C, 2, 2A, 2B, 2C, 2D, 3, 3A, 3B, 3C, 3D
Referenzdokumente:	Cavalli F, Monfardini G, and Pizzocaro G: Report on the international workshop on staging and treatment of testicular cancer. Eur J Cancer 16: 1367–1372, 1980 (LUGANO-Klassifizierung der Hodentumoren).

Kommentar:

Feldname:	<u>Marburger Klassifikation</u>
Beschreibung:	Für kleinzellige Bronchial-Ca
Datentyp:	Text
Feldgröße:	5
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	VLD (very limited disease) LD (limited disease) EDI (extensive disease I) EDII (extensive disease II) EDIIA (extensive disease IIa) EDIIB (extensive disease IIa)
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>NWTS</u>
Beschreibung:	Wilms-Tumor, Nephroblastom
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	I, II, III, IV, V 1, 2, 3, 4, 5
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>Robson</u>
Beschreibung:	Für Nierentumoren
Datentyp:	Text
Feldgröße:	4
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	I, II, IIIa, IIIb, IIIc, IVa, IVb
Datenbereich:	1, 2, 3a, 3b, 3c, 4a, 4b
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>VALG</u>
Beschreibung:	Für kleinzellige Bronchialkarzinome
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	LD (limited disease)
Datenbereich:	ED (extensive disease)
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>WHO Gehirn</u>
Beschreibung:	Für Gehirntumoren
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	I, II, III, IV
Datenbereich:	1, 2, 3, 4
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>Ann Arbor</u>
Beschreibung:	Für Hodgkin und Non-Hogkin-Lymphom
Datentyp:	Text
Feldgröße:	6
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	I, IE, IA, IAE, IB, IBE II, IIE, IIA, IIAE, IIB, IIBE III, III1, III2, IIIE, IIIA, IIIAE, III1A, III2A, IIIB, IIIBE III1B, III2B, IIIS, IIIAS, IIIBS, IIIES, IIIAES, IIIBES IV, IVA, IVB
Referenzdokumente:	Rosenberg SA. Validity of the Ann Arbor staging classification for the non-Hodgkins' lymphomas. Cancer Treat Rev 61 1023-27 (1977)

Kommentar:

Feldname:	<u>Binet</u>
Beschreibung:	Für lymphatische Leukämien
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	A, AI, AII, B, C
Referenzdokumente:	Binet JL, Auquier A, Dighiero G et al. A new prognostic classification of chronic lymphocytic leukemia derived from a multivariate survival analysis. Cancer 1981; 48: 198-206.

Kommentar:

Feldname:	<u>Durie Salmon</u>
Beschreibung:	Für Multiple Myelome
Datentyp:	Text
Feldgröße:	4
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	I, IA, IB, II, IIA, IIB, III, IIIA, IIIB 1, 1A, 1B, 2, 2A, 2B, 3, 3A, 3B
Referenzdokumente:	Durie BGM, Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment and survival. Cancer 36:842-54 (1975).

Kommentar:

Feldname:	<u>FAB ALL AML</u>
Beschreibung:	Französisch-Amerikanisch-Britisches System für Leukämien
Datentyp:	Text
Feldgröße:	6
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	L1, L2, L3, M0, M1, M2, M2Baso, M3, M3v, M4, M4Baso, M4Eo, M5, M5a, M5b, M6, M7
Referenzdokumente:	Bennett JM, Catovsky D, Daniel MT, Flandrin G, Galton DA, Gralnick HR, Sultan C. Proposals for the classification of the acute leukaemias. French-American-British (FAB) cooperative group. Br J Haematol. 1976 Aug; 33(4):451-8.

Kommentar:

Feldname:	<u>Jansen</u>
Beschreibung:	Für Haarzellleukämien
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Vor Milzentfernung: I, II, III, 1, 2, 3 Nach Milzentfernung: A, B, C
Referenzdokumente:	Jansen J, Hermans J. Clinical staging system for hairy cell leukemia. Blood. 1982 Sep;60(3):571-7.

Kommentar:

Feldname:	<u>Murphy</u>
Beschreibung:	Für kindliches und jugendliches NHL
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	I, II, III, IV 1, 2, 3, 4
Referenzdokumente:	[12]

Kommentar:

Feldname:	<u>Phasen CML</u>
------------------	--------------------------

Beschreibung:	Für chronisch myeloische Leukämien
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	C (chronische Phase) AT (Akzelerierte Phase/Transformation) B (Blastenschub)
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>Philadelphia</u>
Beschreibung:	Philadelphia-Chromosom für chronisch myeloische Leukämien und Akute Lymphatische Leukämien
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	P (positiv) N (negativ)
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	

Feldname:	<u>Radaskiewicz</u>
Beschreibung:	Für gastrointestinale Lymphome
Datentyp:	Text
Feldgröße:	4
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	EI, EI1, EI2, EII, EII1, EII2, EIII, EIV
Referenzdokumente:	Radaskiewicz T, Dragosics B, Bauer P. Gastrointestinal malignant lymphomas of the mucosa-associated tissue: Factors relevant to prognosis. Gastroenterology 1992,102: 1628-1638
Kommentar:	

Feldname:	<u>Rai</u>
Beschreibung:	Für Chronisch-Lymphatische Leukämien
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	0, I, II, III, IV
Datenbereich:	1, 2, 3, 4
Referenzdokumente:	Rai KR, Sawitsky A, Cronkite EP, et al.: Clinical staging of chronic lymphocytic leukemia. Blood 46 (2): 219-34, 1975.
Kommentar:	

Feldname:	<u>Mercury</u>
Beschreibung:	Für maligne Tumoren im mittleren und unteren Rektumdrittel
Datentyp:	Zahl
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	1,2,3
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	[12]
Kommentar:	Die MERCURY Klassifikation ist eine Qualitätseinteilung einer bestimmten Operation bei malignen Tumoren im mittleren und unteren Rektumdrittel, nämlich der totalen mesorektalen Exzision (TME), einem standardisierten radikalen Operationsverfahren.

6.2.23 Zahl der befallenen Lymphknoten

Feldname:	<u>Lymphknoten befallen</u>
Beschreibung:	Zahl der befallenen Lymphknoten
Datentyp:	Zahl
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	0 bis 99
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Die Angabe „99“ steht auch für mehr als 99 befallene Lymphknoten.

6.2.24 Zahl der untersuchten Lymphknoten

Feldname:	<u>Lymphknoten untersucht</u>
Beschreibung:	Zahl der untersuchten Lymphknoten
Datentyp:	Zahl
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	0 bis 99
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Die Angabe „99“ steht auch für mehr als 99 untersuchte Lymphknoten.

6.2.25 Rezeptorstatus

Feldname:	<u>Rezeptor Östrogen</u>
Beschreibung:	Östrogenrezeptor
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	0 = Negativ
Datenbereich:	1 = Positiv G = Grenzwertig 8 = nicht gemessen 9= fehlende Angabe
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname: Rezeptor Progesteron

Beschreibung: Progesteronrezeptor

Datentyp: Text

Feldgröße: 1

Pflichtfeld: Nein

Gültiger 0= Negativ

Datenbereich: 1= Positiv

G= Grenzwertig

8 = nicht gemessen

9 = fehlende Angabe

Referenzdokumente:

Kommentar:

Feldname: Rezeptor HER2

Beschreibung: HER 2

Datentyp: Text

Feldgröße: 1

Pflichtfeld: Nein

Gültiger 0 = Negativ (auch -)

Datenbereich: 1 = Negativ (auch + oder 1+)

2 = Schwach positiv (auch ++ oder 2+)

3 = Stark positiv (auch +++ oder 3+)

8 = nicht gemessen

9 = fehlende Angabe

Referenzdokumente:

Kommentar:

Feldname: Gesamt PSA

Beschreibung: Prostataspezifisches Antigen (gesamt) im Serum bei Prostatakarzinomen in ng/ml

Datentyp: Text

Feldgröße: 5

Pflichtfeld: Nein

Gültiger 0-9, ,

Datenbereich: Format: __, __ (Bsp. 3,5)

Referenzdokumente:

Kommentar: Die Angabe „99,99“ gilt auch für höhere Werte.

6.2.26 *Metastasen bei Diagnose (Liste)*

Liste von Metastasen bei Diagnose, die auch leer sein kann mit den Feldern:

Feldname:	<u>Metastasenlokalisierung</u>
Beschreibung:	Lokalisation der Metastase (nach ICD-O-3)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	5
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	PUL (C34) = Lunge OSS (C40,41) = Knochen HEP (C22) = Leber BRA (C71) = Hirn LYM (C77) = Lymphknoten MAR (C42.1) = Knochenmark PLE (C38.4) = Pleura PER (C48.1,2) = Peritoneum ADR (C74) = Nebennieren SKI (C44) = Haut OTH (C00.0-C80.9) = Andere Organe GEN = Generalisierte Metastasierung
Referenzdokumente:	TNM 7
Kommentar:	Mehrere Metastasen können angegeben werden.

6.2.27 *Menopausenstatus*

Feldname:	<u>Menopausenstatus</u>
Beschreibung:	Der Menopausenstatus
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	0 = prämenopausal 1 = perimenopausal 2 = postmenopausal
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Betrifft nur Mamma-Ca bei Geschlecht „weiblich“, „sonstige“ oder „unbekannt“.

6.2.28 *Patientenalter bei Diagnosestellung*

Kann berechnet werden.

6.2.29 Anlass der Tumordiagnose

Feldname:	<u>Diagnoseanlass</u>
Beschreibung:	Der Anlass der Diagnosestellung
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	E = Eigenuntersuchung F = Früherkennungsmaßnahme/Vorsorge M = Screening T = Tumorsymptomatik N = Nachsorge S = Sonstiges X = Unbekannt
Referenzdokumente:	[1], [6]
Kommentar:	Im ATO-Datenkatalog nicht vorgesehen, allerdings im LKrebsRG [1] gefordert.

6.2.30 Frühere Tumordiagnosen

Feldname:	<u>Frühere Tumordiagnosen</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob bekannt ist, dass der Patient bereits früher eine Tumorerkrankung hatte.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	J = Ja N = Nein X = Unbekannt
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Im ATO-Datenkatalog nicht vorgesehen, allerdings im LKrebsRG [1] gefordert.

6.3 *Durchgeführte Therapien*

Es kann eine begonnene (bei längerfristigen Therapien) oder abgeschlossene Therapie gemeldet werden.

Wird eine multimodale Therapie durchgeführt, dann kann jeder Schritt getrennt dokumentiert werden. Zur Kennzeichnung zusammengehöriger Therapien kann das Feld „Multimodale Therapie“ genutzt werden.

Eine Therapie bezieht sich immer auf einen bestimmten Tumor eines Patienten.

6.3.1 *TAN*

Feldname:	<u>TAN</u>
Beschreibung:	6-stellige Melder-ID ergänzt um 7-stellige fortlaufende Zahl
Datentyp:	Text
Feldgröße:	13
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	0-9
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.3.2 *Meldungskennzeichen*

Feldname:	<u>Meldungskennzeichen</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob es sich bei der Meldung um eine neue Meldung, eine Korrekturmeldung oder eine Aktualisierungsmeldung handelt.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	N = Neu
Datenbereich:	A = Aktualisierung K = Korrektur
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Bei "Korrektur falscher Angaben": Es wird eine bereits gemeldete TAN akzeptiert und die Angaben in der Ursprungsmeldung ersetzt. Bei Aktualisierung der Daten wurden zusätzliche Angaben erhoben, die im Register ergänzt werden.

6.3.3 *Referenznummer*

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
------------------	------------------------------

Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	16
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	A-Z, .,-,0-9
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.3.4 *Tumoridentifikator*

Feldname:	<u>Tumoridentifikator</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Tumoridentifikator
Datentyp:	Text
Feldgröße:	20
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Der Tumoridentifikator ist normalerweise eine fortlaufende Nummer.

6.3.5 *Datenquelle der Therapie*

Feldname:	Datenquelle Therapie
Beschreibung:	Kennzeichen für extern durchgeführte Therapien
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	I = Intern
Datenbereich:	E = Extern F = Fehlende Angabe
Referenzdokumente:	
Kommentar:	„Intern“ sollte voreingestellt sein.

6.3.6 *Studienteilnahme*

Feldname:	Studienteilnahme
Beschreibung:	Kennzeichnet, ob ein Patient an einer Studie teilnimmt
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	J = Patient nimmt an Studie teil
Datenbereich:	N = keine Studienteilnahme X = unbekannt
Referenzdokumente:	

Kommentar: Durch Setzen dieses Kennzeichens kann bei Auswertungen berücksichtigt werden, ob ein Patient aufgrund der Teilnahme an einer Studie nicht leitliniengerecht behandelt wird. „N“ sollte voreingestellt sein. „J“ sollte nur dann angegeben werden, wenn es sich um Therapiestudien handelt, nicht bei Versorgungsstudien.

6.3.7 Therapieart

Feldname:	<u>Therapieart</u>
Beschreibung:	Art der durchgeführten Therapie
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	ME = Medikamentöse Therapie NU = Nuklearmedizinische Therapie OP = operative Therapie ST = Strahlentherapie SZ = Stammzelltransplantation WS = aktive Beobachtung (Wait-and-see) SO = Sonstige Therapie
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.3.8 Therapiebezeichnung

6.3.8.1 Medikamentöse Therapie

Feldname:	<u>Medikamentöse Therapie</u>
Beschreibung:	Falls eine medikamentöse Therapie als Therapieart gewählt wurde, muss hiermit die genaue Therapiebezeichnung angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja, wenn Therapieart „ME“
Gültiger Datenbereich:	C = Chemotherapie H = (Anti-)Hormontherapie I = Immuntherapie S = Sonstige med. Therapie
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.3.8.2 Nuklearmedizinische Therapie

Feldname:	<u>Nuklearmedizinische Therapie</u>
Beschreibung:	Falls eine nuklearmedizinische Therapie als Therapieart gewählt wurde, muss hiermit die genaue Therapiebezeichnung angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja, wenn Therapieart „NU“
Gültiger Datenbereich:	J = Radiojodtherapie O = offene Radionuklide S = Sonstige
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.3.8.3 Stammzelltransplantation

Feldname:	<u>Stammzelltransplantation</u>
Beschreibung:	Falls eine Stammzelltransplantation als Therapieart gewählt wurde, muss hiermit die genaue Therapiebezeichnung angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja, wenn Therapieart „SZ“
Gültiger Datenbereich:	L = autolog G = allogene S = Sonstige
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.3.8.4 Strahlentherapie

Feldname:	<u>Strahlentherapie</u>
Beschreibung:	Falls eine Strahlentherapie als Therapieart gewählt wurde, muss hiermit die genaue Therapiebezeichnung angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja, wenn Therapieart „ST“
Gültiger Datenbereich:	B = Brachytherapie T = Teletherapie S = Sonstige
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.3.8.5 Sonstige Therapie

Feldname:	<u>Sonstige Therapie</u>
Beschreibung:	Falls eine sonstige Therapie als Therapieart gewählt wurde, muss hiermit die genaue Therapiebezeichnung angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Ja, wenn Therapieart „SO“
Gültiger Datenbereich:	HY = Hyperthermie LT = Lichttherapie S = Sonstige
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.3.9 OPS-Schlüssel (Liste)

Feldname:	<u>OPS-Schlüssel</u>
Beschreibung:	OPS -Schlüssel für durchgeführte Therapie
Datentyp:	Text
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja, bei operativer Therapie, bei anderen Therapieformen optional
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	OPS-Version kann anhand des Datums des Therapiestarts ermittelt werden. Es können mehrere OPS-Schlüssel angegeben werden. Es sollen nur Prozeduren gemeldet werden, die einen direkten Bezug zur Tumorerkrankung haben.

6.3.10 Therapie-Detail

Feldname:	<u>Therapie Detail</u>
------------------	-------------------------------

Beschreibung:	Freies Textfeld für weitere Angaben zur durchgeführten Therapie.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	255
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Text
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Zu Therapie-Details soll eine Liste von verfügbaren Schlüsselwörtern gepflegt werden, die regelmäßig aktualisiert wird.

6.3.11 *Therapiestart*

Feldname:	<u>Therapiestart</u>
Beschreibung:	Therapiestart bzw. OP-Datum.
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	Vollständiges Datum
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 7.1.

6.3.12 *Therapieende*

Feldname:	<u>Therapieende</u>
Beschreibung:	
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Vollständiges Datum
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 7.1.

6.3.13 *Therapiebezogene R-Klassifikation (Primärtumor)*

Feldname:	<u>R bezogen auf den Primärtumor</u>
Beschreibung:	Residualtumor-(R-)Klassifikation (Primärtumor)
Datentyp:	Text

Feldgröße:	6
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	X = Nicht bestimmbar 0 = Kein Residualtumor 0a = Tumormarker im Normalbereich (postth.) 0b = Tumormarker erhöht (postth.) 1 = Mikroskop. Residualtumor an Schnittträgern 1(is) = mikroskopischer in-situ Residualtumor 1(cy+) = zytologisch positiver Befund 2a = Lokaler makroskopischer Residualtumor**
Referenzdokumente:	1. Wittekind C, Compton C, Quirke P, Nagtegaal I, Merkel S, Hermanek P, Sobin LH. A Uniform Residual Tumor (R) Classification. Integration of the R Classification and the Circumferential Margin Status. Cancer 2009 Aug 1; 115 (15):3483-8 2. Sinn HP, Hermanek P, Wagner G, Wittekind C. Organspezifische Tumordokumentation, 3. Auflage. Empfehlungen zu Dokumentationsinhalten für Studien, Internetfassung („OTD-3-Internet“), Kompletter Datensatz, Ver. 1.20, generated on: 29. Dezember 2007 (abgerufen 01.02.2011)
Kommentar:	* Definition Primärtumor: Beurteilung biochemischer Tumorindikatoren und / oder des Vorhandenseins / Nicht-Vorhandenseins von Residualtumor am Ursprungsort des Primärtumors nach Therapie („lokale Radikalität“). ** Schließt regionären makroskopischen LK-Befall ein.

6.3.14 Therapiebezogene R-Klassifikation (Fernmetastasen)

Feldname:	<u>R bezogen auf die Fernmetastasen</u>
Beschreibung:	Residualtumor-(R-)Klassifikation (Fernmetastasen)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	X = Nicht bestimmbar 0 = Kein Residualtumor 0a = Tumormarker im Normalbereich (postth.) 0b = Tumormarker erhöht (postth.) 1 = Mikroskop. Residualtumor an Schnittträgern** 2b = Metastatischer makroskos. Residualtumor***
Referenzdokumente:	1. Wittekind C, Compton C, Quirke P, Nagtegaal I, Merkel S, Hermanek P, Sobin LH. A Uniform Residual Tumor (R) Classification. Integration of the R Classification and the Circumferential Margin Status. Cancer 2009 Aug 1; 115 (15):3483-8 2. Sinn HP, Hermanek P, Wagner G, Wittekind C. Organspezifische Tumordokumentation, 3. Auflage. Empfehlungen zu Dokumentationsinhalten für Studien, Internetfassung („OTD-3-Internet“), Kompletter Datensatz, Ver. 1.20, generated on: 29. Dezember 2007 (abgerufen 01.02.2011)

Kommentar:	* Definition Fernmetastasen: Beurteilung biochemischer Tumorindikatoren und /oder des Vorhandenseins / Nicht Vorhandenseins von Fernmetastasen nach Therapie. ** der operierten Fernmetastase *** = makroskopische Fernmetastasen.
-------------------	--

6.3.15 *Abbruch*

Feldname:	<u>Therapie Abbruch</u>
Beschreibung:	Wurde die Therapie abgebrochen, dann kann dies hier angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	A = Abbruch
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	

6.3.16 *Multimodale Therapie*

Feldname:	<u>Multimodale Therapie</u>
Beschreibung:	Kennzeichnet die Therapie als Teil einer multimodalen Therapie.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	A-Z
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	

6.4 *Verlauf*

Ein Verlauf bezieht sich auf einen bestimmten Tumor eines bestimmten Patienten.

6.4.1 *TAN*

Feldname:	<u>TAN</u>
Beschreibung:	6-stellige Melder-ID ergänzt um 7-stellige fortlaufende Zahl
Datentyp:	Text
Feldgröße:	13
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	0-9
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.4.2 *Meldungskennzeichen*

Feldname:	<u>Meldungskennzeichen</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob es sich bei der Meldung um eine neue Meldung oder um eine Korrekturmeldung handelt.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	N = Neu
Datenbereich:	A = Aktualisierung K = Korrektur
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.4.3 *Referenznummer*

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	16
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	A-Z, ., -, 0-9
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.4.4 *Tumoridentifikator*

Feldname:	<u>Tumoridentifikator</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Tumoridentifikator
Datentyp:	Text

Feldgröße:	20
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Der Tumoridentifikator ist normalerweise eine fortlaufende Nummer.

6.4.5 *Untersuchungsdatum*

Feldname:	<u>Untersuchungsdatum</u>
Beschreibung:	Datum der Untersuchung bzw. Nachsorge
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	Vollständiges Datum
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 7.1.

6.4.6 *Remissionsstatus (Tumorgeschehen)*

Feldname:	<u>Remissionsstatus</u>
Beschreibung:	Gesamtbeurteilung des Tumorgeschehens
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	CR = Vollremission CRr = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten PR = Teilremission MR = klinische Besserung SD = Keine Änderung (NC) PD = Progression DG = Divergentes Geschehen X = Beurteilung unmöglich E = Entfällt (Behandlung im Rahmen eines Multimodalen Konzepts noch nicht Abgeschlossen)
Referenzdokumente:	[11], [12]
Kommentar:	Der Remissionsstatus sollte nach einer Dauer von mindestens vier Wochen nach Therapieende beurteilt werden.

6.4.7 *TNM-Version*

Feldname:	<u>TNM Version</u>
Beschreibung:	Die Auflage der TNM-Klassifikation

Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Ja, wenn ein TNM angegeben wird
Gültiger	4 = 4. Auflage
Datenbereich:	41 = 4. Auflage, 1. Revision
	42 = 4. Auflage, 2. Revision
	5 = 5. Auflage
	51 = 5. Auflage, 1. Revision
	6 = 6. Auflage
	7 = 7. Auflage
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Es muss die jeweils aktuellste Version der TNM-Klassifikation verwendet werden. Seit dem 01.01.2010 gilt die 7. Auflage der TNM-Klassifikation. Alte Versionen sind hierbei für historische Daten gedacht.

6.4.8 *TNM*

Es kann ein cTNM, pTNM, aTNM oder auch rTNM angegeben werden.

Feldname:	<u>T-Kategorie</u>
Beschreibung:	T-Kategorie
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>N-Kategorie</u>
Beschreibung:	N-Kategorie
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>M-Kategorie</u>
Beschreibung:	M-Kategorie
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.4.9 **Metastasen mit Lokalisation und Diagnosedatum**

Liste von Metastasen, die auch leer sein kann mit den Feldern:

Feldname:	<u>Metastasenlokalisation</u>
Beschreibung:	Lokalisation der Metastase
Datentyp:	Text
Feldgröße:	5
Pflichtfeld:	Ja, wenn Metastasendiagnosedatum angegeben wird.
Gültiger Datenbereich:	PUL (C34) = Lunge OSS (C40,41) = Knochen HEP (C22) = Leber BRA (C71) = Hirn LYM (C71) = Lymphknoten MAR (C42.1) = Knochenmark PLE (CC38.4) = Pleura PER (C48.1,2) = Peritoneum ADR (C74) = Nebennieren SKI (C44) = Haut OTH (C00.0-C80.9) = Andere Organe GEN = Generalisierte Metastasierung
Referenzdokumente:	TNM 7
Kommentar:	

Feldname:	<u>Metastase Diagnosedatum</u>
Beschreibung:	Datum der Diagnose
Datentyp:	Datum jjjj-mm
Feldgröße:	7 Stellen
Pflichtfeld:	Ja, wenn Metastasenlokalisation angegeben wird.
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 7.1.

6.5 Abschluss

Ein Abschluss bezieht sich auf einen Patienten und optional einen Tumor des Patienten.

6.5.1 TAN

Feldname:	<u>TAN</u>
Beschreibung:	6-stellige Melder-ID ergänzt um 7-stellige fortlaufende Zahl
Datentyp:	Text
Feldgröße:	13
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	0-9
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.5.2 Meldungskennzeichen

Feldname:	<u>Meldungskennzeichen</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob es sich bei der Meldung um eine neue Meldung oder eine Korrekturmeldung handelt.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	N = Neu
Datenbereich:	A = Aktualisierung K = Korrektur
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.5.3 Referenznummer

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	16
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	A-Z, ., -, 0-9
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.5.4 Sterbedatum

Feldname:	<u>Sterbedatum</u>
------------------	---------------------------

Beschreibung:	Datum des Versterbens des Patienten
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja, wenn Abschlussgrund „T“
Gültiger	Vollständiges Datum
Datenbereich:	
Referenzdokumente:	[1], [3], [8]
Kommentar:	An die Klinische Landesregisterstelle und das Epidemiologische Register werden nur Monat und Jahr des Todes weitergegeben. Das Abschlussdatum ergibt sich aus dem Meldedatum in den administrativen Daten. Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat können durch das Attribut „schaetzung“ gekennzeichnet werden. Siehe hierzu auch Kapitel 7.1

6.5.5 Abschlussgrund

Feldname:	<u>Abschlussgrund</u>
Beschreibung:	
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger	T = Patient verstorben (Tod)
Datenbereich:	L = Patient nicht mehr auffindbar (Lost to follow-up)
Referenzdokumente:	[3], [8]
Kommentar:	

6.5.6 Tumorbedingter Tod

Feldname:	<u>Tod tumorbedingt</u>
Beschreibung:	
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja, wenn Abschlussgrund = "T"
Gültiger	J = Ja
Datenbereich:	N = Nein X = unbekannt
Referenzdokumente:	[3], [8]
Kommentar:	

6.5.7 Tumoridentifikator

Feldname:	<u>Tumoridentifikator</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Tumoridentifikator
Datentyp:	Text
Feldgröße:	20
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger	
Datenbereich:	

Referenzdokumente:

Kommentar: Optionale Angabe, falls tumorbedingter Tod

6.5.8 *Letzte Patienteninformation*

Feldname: Letzte Patienteninformation

Beschreibung: Datum der letzten Patienteninformation

Datentyp: Datum jjjj-mm-tt

Feldgröße: 10

Pflichtfeld: Ja, bei Abschlussgrund „L“

Gültiger Vollständiges Datum

Datenbereich:

Referenzdokumente:

Kommentar: Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 7.1.

6.6 Administrative Daten

6.6.1 Meldedatum

Feldname:	<u>Meldedatum</u>
Beschreibung:	Datum der Erstellung der Meldung
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	Vollständiges Datum
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.6.2 Kennung Meldestelle

Feldname:	<u>Meldestelle</u>
Beschreibung:	Identifikation der meldenden Stelle
Datentyp:	Text
Feldgröße:	6 Stellen
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Zentral vom Landeskrebsregister vergebene Identifikation für eine meldende Stelle. Die meldende Stelle kann ein Arzt, eine Abteilung oder eine ganze Klinik/Praxis sein.

6.6.3 Kennung Klinisches Register

Feldname:	<u>Klinisches Register</u>
Beschreibung:	Identifikation des klinischen Registers, welches die Meldung gegebenenfalls weiterverarbeitet hat und übermittelt.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	6 Stellen
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Diese Angabe wird zentral vom Landeskrebsregister vergeben und ist nicht nötig, falls die Meldung direkt erfolgt. Die Bildung erfolgt analog zur Meldestellenkennung.

6.6.4 *Ärztlicher Ansprechpartner*

Feldname:	<u>Ärztlicher Ansprechpartner</u>
Beschreibung:	Ärztlicher Ansprechpartner für Rückfragen
Datentyp:	Text
Feldgröße:	100
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z,Ä,Ö,Ü, ,, -,a-z,ä,ö,ü,ß
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

6.6.5 *Quellsystem*

Feldname:	<u>Quellsystem</u>
Beschreibung:	Angabe des Softwarenamens und Version des Programms, in dem die Daten erfasst wurden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	50
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z,Ä,Ö,Ü, ,, -,a-z,ä,ö,ü,ß. 0-9
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Hier ist anzugeben mit welchem Programm die Meldungen erstellt wurden (TDS, KIS, QS-Software). Wichtig ist die Angabe der aktuellen Versionsnummer. Diese Angaben dienen zur Verifizierung möglicher Unterschiede in den Meldungsinhalten. Für Einrichtungen, die das Quellsystem nicht im Datensatz melden können, steht die Stammdatenverwaltung im Melderportal zur Verfügung.

7 Sonstiges

7.1 Datumsfelder

In Datumsfeldern können zum einen Angaben fehlen, zum anderen fehlende Angaben durch geschätzte Angaben ergänzt worden sein.

Es gelten folgende Regeln:

- Fehlt der Tag des Monats und kann er auch nicht geschätzt werden, dann soll die Angabe durch den 15. des Monats ersetzt werden.
- Fehlt Tag und Monat des Datums und kann dieser auch nicht geschätzt werden, dann soll der 01.07. des Jahres verwendet werden.
- Ein geschätzter oder künstlich berechneter Tag bzw. Monat soll gekennzeichnet werden (in der Schnittstelle durch das Attribut „schaetzung“).

8 *Literatur/Quellen*

- [1] Gesetz über die Krebsregistrierung in Baden-Württemberg (Landeskrebsregistergesetz – LKrebsRG), 07. März 2006
- [2] Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte, Onkologische Arbeitskreise in Baden-Württemberg (ATO): Datenkatalog für erste Phase der Umsetzung des Landeskrebsregistergesetzes (LKrebsRG), Stand vom 25.07.2006
- [3] Basisdokumentation für Tumorkranke, Prinzipien und Verschlüsselungsanweisungen für Klinik und Praxis. 5. revidierte Auflage. Hrsg. von J. Dudeck, G.Wagner, E.Grundmann, P. Hermanek. Germaning/München: W. Zuckerschwerdt Verlag GmbH, 1999: 3-88603-678-2
- [4] Holger Hinrichs: Abschlußbericht des Projektes „Bundesweite Einführung eines einheitlichen Record Linkage-Verfahrens in den Krebsregistern der Bundesländer nach dem KRG“. Oldenburg: OFFIS, Juli 1997 – Juni 1999
- [5] GEKID: EDV-Lieferdatensatz, 02. August 2007
- [6] GEKID: Handbuch zur epidemiologischen Krebsregistrierung in Deutschland, 2001
- [7] ATO: Pflichtenheft Landeskrebsregistrierung, 26.09.2005
- [8] H.P. Sinn, P. Hermanek, G. Wagner, Ch. Wittekind: Organspezifische Tumordokumentation. 3. Auflage. ADT, Deutsche Krebsgesellschaft, generiert 2. März 2003
- [9] Spezielle Klassifikationen, CREDOS 2
- [10] Ch. Wittekind, H.-J. Meyer: TNM, Klassifikation maligner Tumoren, 7. Auflage, WILEY-VCH Verlag 2010.
- [11] Padhani AR, Ollivier L. The RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) criteria: implications for diagnostic radiologists. Br J Radiol 74: 983-986, 2001
- [12] K.-H. Adzersen, N. Becker: Handbuch Tumordokumentation. Allgemeiner Teil A. Version 2. (erhältlich bei NCT Heidelberg)
- [13] Wagner G., Hermanek P. et al. Organspezifische Tumordokumentation. 3. Auflage, Internetfassung, OTD-3-Internet.