



## Dokumentation des Kolorektalen Karzinoms

### Inhaltsverzeichnis:

1. Zweck .....	2
2. Geltungsbereich .....	2
3. Allgemeines zur Dokumentation .....	2
4. Gesetzesgrundlage für Krebsregister (Meldepflicht).....	2
5. Diagnosedaten .....	3
6. Operative Therapie .....	7
8. Systemische Therapie .....	11
9. Verlaufsdaten (gilt ggf. nur für GTDS) .....	12
10. Verlauf der Nachsorge (Follow up) .....	14
11. Dokumentation von Rezidiven und/oder Metastasen.....	15
12. Abschluss .....	16
13. Zusätzliche Parameter (im Rahmen von Zentren): .....	18
14. Extras/Besonderheiten .....	19
15. Dokumente und Literatur .....	20
16. Glossar .....	20
17. Autoren der überarbeiteten Verfahrensanweisung .....	21
Abbildung 1: Ereignis Diagnose.....	3
Abbildung 2: Ereignis Operation .....	8
Abbildung 3: Ereignis Strahlentherapie .....	10
Abbildung 4: Ereignis Systemische Therapie.....	11
Abbildung 5: Ereignis Verlauf.....	12
Abbildung 6: Ereignis Follow up .....	14
Abbildung 7: Ereignis Abschluss.....	16
Abbildung 8: Zusätzliche Parameter für Zentren.....	18



## 1. Zweck

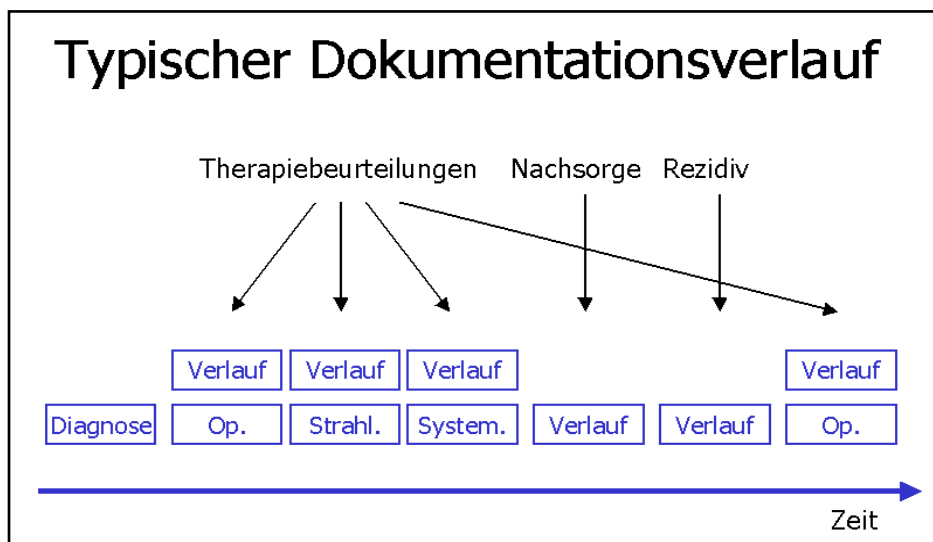
Ziel ist die Vereinheitlichung der Dokumentation vom kolorektalem Karzinom (CRC) in den klinischen Krebsregistern des Tumorzentrums Land Berlin, um eine gemeinsame Datenauswertung mit dem Ziel der Qualitätssicherung zu ermöglichen.

## 2. Geltungsbereich

Diese beschriebene Vorgehensweise gilt für alle lokalen Register und Darmzentren Berlins.

## 3. Allgemeines zur Dokumentation

Der Onkologische ADT-Basisdatensatz ist der allgemeine Standard für die Dokumentation aller Entitäten (Stand 12.02.2014). Allgemeine Übersicht Dokumentation einer vollständigen Tumorhistorie:



Quelle: Udo Altmann für GTDS (der „Verlauf“ ist nicht in jeder Dokumentationssoftware jedem Ereignis zuzuordnen)

## 4. Gesetzesgrundlage für Krebsregister (Meldepflicht)

Neben den Patientenstammdaten sind verpflichtende Angaben nach Krebsregistergesetzgebung an das Epidemiologische Krebsregister zu melden (<http://www.berlin.de/gkr/grundlagen/#gesetz>), auf die in der SOP nicht weiter hingewiesen wird. Die zu meldenden Felder sind regulärer Bestandteil der Tumordokumentation.



## 5. Diagnosedaten

Am Beginn jeglicher Dokumentation einer Tumorerkrankung stehen die Diagnosedaten, in denen die wesentlichen Daten zum Ausgangspunkt der Tumorerkrankung dokumentiert werden können.

Die Dokumentation einer Tumorerkrankung in dem Feld „frühere Tumorerkrankung“ wird nur in absoluten Ausnahmefällen ausgefüllt. Ausnahmefälle bedeuten, dass es keine klinischen Angaben zur Tumorerkrankung gibt.

**Abbildung 1: Ereignis Diagnose**

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b> Es gilt die erste histologische Sicherung.  Als Datum wird der Tag der gesicherten Probeentnahme angegeben.	<b>Empfohlener Schlüssel</b> Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b> Hier handelt es sich um die Methode, wie die Diagnose gesichert wurde. Bei mehreren Methoden muss immer die höchste Stufe angegeben werden.	<b>Empfohlener Schlüssel</b> klinisch (wenn nicht histologisch gesichert) zytologisch histologisch autoptisch DCO sonstiges unbekannt
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b> Hier handelt es sich um den Anlass, der zur Diagnose der Tumorerkrankung geführt hat.	<b>Empfohlener Schlüssel</b> Tumorsymptome Krebsfrüherkennung (KFU) Selbstuntersuchung Screening Langzeitbetreuung/Nachsorge andere Untersuchung unbekannt
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b> ICD-10 Schlüssel  Nicht verwenden: C19 Rektosigmoidaler Übergang	<b>Empfohlener Schlüssel</b> Dickdarmkarzinom: C18.0 Zäkum C18.1 Appendix vermiformis C18.2 Colon ascendens C18.3 Flexura coli dextra [hepatica] C18.4 Colon transversum C18.5 Flexura coli sinistra [lienalis] C18.6 Colon descendens C18.7 Colon sigmoideum C18.8 Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend C18.9 Kolon, nicht näher bezeichnet  Rektumkarzinom: C20 Bösartige Neubildung des Rektums  Carcinoma in situ: D01.0 Carcinoma in situ des Kolon D01.2 Carcinoma in situ des Rektums D37.4 Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens des Kolon D37.5 Neubildung unsicheren oder



Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
	unbekanntes Verhalten des Rektum
<p>Die Lokalisation des Primärtumors wird hier erfasst.</p> <p>Nicht verwenden:            C19 = Rektosigmoid            C19.9 = Rektosigmoid, Übergang sowie Kolon und Rektum</p>	<p>Internationale Klassifikation für die Onkologie nach ICD-O-3 (3. Auflage 01.01.2013)</p> <p>C18.0 = Zäkum            C18.1 = Appendix vermiformis            C18.2 = Colon ascendens            C18.3 = Flexura hepatica            C18.4 = Colon transversum            C18.5 = Flexura linealis            C18.6 = Colon descendens            C18.7 = Colon sigmoideum            C18.8 = Dickdarm, mehrere Teilbereiche überlappend.            C18.9 = Dickdarm o.n.A.            C20 = Rektum            C20.9 = Rektum o.n.A.(Ampulle)</p>
<p>Primär-Tumorlokalisierungsschlüssel</p>	
<p>Lokalisation der Primärtumors</p> <p>Metastasen sind hier nicht zu verschlüsseln, sondern unter "Metastasen".</p>	<p>Freitextfeld zur Plausibilisierung der Primärdaten</p>
<p>Primärlokalisierung im Klartext</p>	
<p>Das Histologiedatum ist der Tag an dem die Tumorerkrankung histologisch gesichert wurde.</p>	<p>Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.</p>
<p>Histologie-Datum</p>	
<p>Code der definitiven Histologie, die eine Ordnung der Tumorerkrankung erlaubt.            Betrifft nur Angaben zum Primärtumor.            Metastasenhistologien werden bei den Fernmetastasen dokumentiert.</p>	<p>Histologie-Code (Morphologie-Code) nach ICD-O-3            M ( _ _ _ _ / _ _ )</p>
<p>Histologieschlüssel</p>	
<p>Histopathologisches Grading:</p>	<p>G1 (gut differenziert)            G2 (mäßig differenziert)            G3 (schlecht differenziert)            G4 (undifferenziert)            GX (Differenzierungsgrad oder Herkunft nicht zu bestimmen)            low grade (G1/G2)            high grade (G3/G4)</p>
<p>Grading</p>	
<p>Alle Angaben zum TNM werden im Verlauf mit Datum angegeben.</p> <p>In der Regel gibt es pro Fall höchstens je ein klinisches und ein pathologisches TNM bei Diagnosen. Alle folgenden TNM sind ggf. als rTNM zu kennzeichnen.</p> <p>Das klinische TNM basiert auf den vor der Behandlung erhobenen Befunden (prätherapeutische klinische Klassifikation bezeichnet als cTNM). Solche ergeben sich</p>	<p>cTNM = immer vor neoadjuvanter Therapie (als auswertungsrelevant kennzeichnen)            pTNM = nach erfolgter OP            ypTNM = nach erfolgter neoadjuvanter Therapie und OP            apTNM = autopsisch festgestellt            rcTNM/rpTNM = Rezidivtumoren nach krankheitsfreiem Intervall</p> <p>uT = Präoperativ kann die Ausbreitung des Primärtumors mit Hilfe der Rektalsonographie (intra-luminale Sonographie) zuverlässig gesichert werden. Die Befunde werden entsprechend mit uT1 bis uT4 erfasst.</p>
<p>TNM</p>	



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
	<p>aufgrund von klinischen Untersuchungen, bildgebender Verfahren, Endoskopie, Biopsie, chirurgischer Exploration und anderen relevanten Untersuchungen.</p> <p>Im Falle mehrerer pathohistologischer Gutachten im Laufe der Primärbehandlung ist ein zusammenfassendes pTNM zu bilden, das für allgemeine Auswertungen die prognostische Einordnung der Tumorerkrankung erlaubt.</p> <p>Die Einzelangabe von p-Präfixen ist erforderlich, um zu kennzeichnen, welche der Kategorien pathohistologisch beurteilt wurde. „p“ bei der M-Kategorie ist im Regelfall nur im Sinne von pM1 zulässig. Ein pM0 ist nicht möglich (nur apM0).</p>	<p>Sofern keine Möglichkeit vorhanden ist, das uT zu dokumentieren, wird dieser Wert in cT eingetragen.</p>
T	T = Ausbreitung des Primärtumors	<p>TX Primärtumor kann nicht beurteilt werden            T0 Kein Anhalt für Primärtumor            Tis intraepithelial oder Infiltration der Lamina propria (ohne feststellbare Ausbreitung durch die Muscularis mucosae in die Submukosa)            T1 Tumor infiltriert Submukosa            T2 Tumor infiltriert Muscularis propria            T3 Tumor infiltriert durch die Muscularis propria in die Subserosa oder in nicht peritonealisiertes perikolisches oder perirektales Gewebe            T4 Tumor infiltriert direkt in andere Organe oder Strukturen und/oder perforiert das viszerale Peritoneum                T4a Tumor perforiert viszerales Peritoneum/muzinöse peritoneale Tm-Absiedlungen im re. unt. Quadrant                T4b Tumor infiltriert direkt in andere Organe oder Strukturen</p>
N	Ausbreitung der regionären Lymphknotenmetastasen	<p>NX Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden.            N0 Keine regionären Lymphknotenmetastasen (pN0: Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung von üblicherweise 12 Lymphknoten ohne Befund)            N1 Metastase(n) in 1-3 regionären Lymphknoten                N1a Metastase in 1 regionären Lymphknoten                N1b Metastasen in 2-3 regionären Lymphknoten                N1c Tumorknötchen bzw. Satellit(en) im</p>



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		<p>Fettgewebe der Subserosa oder im nicht-peritonealisierten perikolischen/perirektalen Fettgewebe ohne regionäre Lymphknotenmetastasen (pN1c Wenn ein solches Tumorknötchen vom Pathologen als vollständig durch Tumor ersetzter Lymphknoten (im Allgemeinen mit glatter äußerer Kontur) angesehen wird, dann sollte es als Lymphknotenmetastase klassifiziert werden und jedes Tumorknötchen sollte einzeln als Lymphknotenmetastase gezählt und in der Klassifikation berücksichtigt werden.)</p> <p>N2 Metastasen in 4 und mehr regionären Lymphknoten            N2a Metastasen in 4–6 regionären Lymphknoten            N2b Metastasen in 7 oder mehr regionären Lymphknoten</p>
M	<p>MX ist zu vermeiden!!!</p> <p>Bei Verdacht solange M0 bis Metastasen gesichert sind.</p> <p>Metastasen, die innerhalb von 56 Tagen nach Diagnosestellung auftreten, werden als synchron bezeichnet und der Primärdiagnose zugeordnet. (SEER-Regel)</p>	<p>M0 Keine Fernmetastasen            M1 Fernmetastasen            M1a Metastase(n) auf ein Organ beschränkt (Leber, Lunge, Ovar, nichtregionäre Lymphknoten)            M1b Metastasen in mehr als einem Organ oder im Peritoneum</p>
C	<p>C = Abkürzung für „Certainty“            Diagnosesicherheit</p> <p>Die Verwendung ist fakultativ.</p> <p>Beim pTNM kann diese Angabe entfallen, da nach den allgemeinen Regeln des TNM-Systems festgelegt ist, welche Voraussetzungen für die Verwendung von pT, pN und pM erfüllt sein müssen (Quelle: TNM Buch 7. Auflage, 2010)</p>	<p>C1 = Aussage aufgrund von diagnostischen Standardmethoden, z.B. Inspektion, Palpation und Standardröntgenaufnahmen, intraluminale Endoskopie bei bestimmten Organen</p> <p>C2 = Aussage aufgrund spezieller diagnostischer Maßnahmen, z.B. bildgebender Verfahren: Röntgenaufnahmen in speziellen Projektionen, Schichtaufnahmen, Computertomographie (CT), Sonographie, Lymphographie, Angiographie; nuklearmedizinische Untersuchungen; Kernspintomographie (MRT); Endoskopie, Biopsie und Zytologie</p> <p>C3 = Aussage aufgrund chirurgischer Exploration einschließlich Biopsie und zytologischer Untersuchung</p> <p>C4 = Aussage nach definitiver chirurgischer Behandlung und pathologischer Untersuchung des Tumorresektats</p> <p>C5 = Aussage aufgrund einer Autopsie</p>
UICC-Stadium	UICC = Union internationale contre	Stadium wird nur angegeben, wenn das



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
	le cancer (dt. Internationale Vereinigung gegen Krebs)	Stadium in den Unterlagen vorliegt, oder auf Grund VOLLSTÄNDIGER ANGABEN des TNM's zugewiesen werden kann.  UICC-Stadium: Stadium 0: Tis+N0+M0 Stadium I: T1/T2+N0+M0 Stadium IIA: T3+N0+M0 Stadium IIB: T4a+N0+M0 Stadium IIC: T4b + N0+ M0 Stadium III: Jedes T+N1/N2+M0 Stadium IIIA: T1/ T2+N1+M0 oder T1+N2a+M0 Stadium IIIB: T3/T4a+N1+M0 oder T2/T3+N2a+M0 oder T1/T2+N2b+M0 Stadium IIIC: T4a+N2a+M0 oder T3/T4a+N2b+M0 oder T4b+N1/N2+M0 Stadium IVA: Jedes T+Jedes N+M1a Stadium IVB: Jedes T+Jedes N+M1b
Lymphgefäßinvasion	Lymphgefäßinvasion	L 0 = keine Lymphgefäßinvasion L 1 = Lymphgefäßinvasion L X = Lymphgefäßinvasion nicht beurteilbar
Veneninvasion	Veneninvasion	V 0 = keine Veneninvasion V 1 = mikroskopische Veneninvasion V 2 = makroskopische Veneninvasion V X = Veneninvasion nicht beurteilbar
Pn	Perineuralscheideninvasion	Pn 0 = keine Perineuralscheideninvasion Pn 1 = Perineuralscheideninvasion Pn X = Perineuralscheideninvasion nicht beurteilbar
(m)	Multiple Lokalisationen/ Anzahl der Tumore	Anzahl entsprechend

## 6. Operative Therapie

Vorbemerkung:

Für die Tumordokumentation sind grundsätzlich nur onkologisch resezierende Operationen relevant. Sollen jedoch mehrere Operationen erfasst werden (wie z.B. zusätzliche Stomaanlage), so ist darauf zu achten, dass die onkologisch resezierende OP an erster Stelle steht.

Alle Operationen werden datumsgenau unter Angabe der OPS-Nr. dokumentiert.

Zu jeder OP-Dokumentation werden nur die in dieser Operation entfernten LK dokumentiert, hier erfolgt keine Summierung mit evtl. Voroperationen.



Bezüglich der Tumorfreiheit an den Resektionsgrenzen ist zu beachten, dass zwischen lokaler und globaler R-Situation unterschieden wird. So kann z.B. lokal der Tumor vollständig entfernt sein (R0) aber bei gleichzeitigen Metastasen, die nicht oder nicht vollständig entfernt werden, besteht global eine R2-Situation.

**Abbildung 2: Ereignis Operation**

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
OP-Datum	Datum der durchgeführten Operation	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Operationen	Die Operation wird nach dem zum Zeitpunkt der Operation gültigen OPS-Code erfasst.	OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) www.dimdi.de
OP-Bezeichnung	Im Feld OP-Bezeichnung kann man einen variablen Text eingeben.	Freitext
OP-Bereich	Hier wird der Grund der Operation erfasst.	OP Primärtumor/Rezidiv OP Lymphknoten OP Metastase OP Nachresektion RevisionsOP. wegen Komplikationen Sonstige
Operateur	Namentliche Erfassung des 1. Operateurs und des 1. Assistenten	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
OP-Abteilung	Angabe der behandelnden Abteilung	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Entfernung zum zirkumferentiellen Rand	Hier ist der Abstand vom Resektionrand in mm einzutragen ( <b>nur bei Rektum-CA</b> ) (lateral)	mm
Qualität des TME-Präparates	<p><b>nur beim Rektum-CA</b></p> <p>Für GTDS-User in „Untersuchung“ einzutragen</p> <p>Achtung!!! Es gibt 2 verschiedene Grad-Einteilungen.</p> <p>1. nach Mercury: 1= good; 2= moderate; 3= poor 2. nach Quirke: 1= poor; 2= suboptimal; 3= optimal</p>	<p>good/ optimal Intaktes Mesorektum mit nur geringen Unregelmäßigkeiten der glatten Mesorektumoberfläche, kein Defekt größer als 5 mm. Kein Coning.</p> <p>moderate /suboptimal Mäßige Menge von Mesorektum mit Unregelmäßigkeiten an der Mesorektumoberfläche. Mäßiges Coning. Muscularis propria nicht sichtbar (außer am Ansatz der Levatormuskulatur)</p> <p>poor Wenig Mesorektum mit Defekten bis zur Muscularis propria</p>





Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		E =entfällt X = unbekannt
R-Klassifikation	Die R-Klassifikation erfolgt nach der relevanten OP (lokal - nur auf Primärherd bezogen und global unter Einbeziehung von Fernmetastasen).	R0 kein Residualtumor R1 mikroskopische Residualtumor R2a makroskopisch Residualtumor, mikroskopisch nicht gesichert R2b makroskopisch Residualtumor, mikroskopisch gesichert RX Residualtumor nicht beurteilbar
Rektumdrittel	Gemessen durch starre Rektoskopie entsprechend ihrem Abstand von der Anokutanlinie in cm	2091 unteres Drittel (> 0 < 6 cm) 2092 mittleres Drittel (≥ 6 < 12 cm) 2093 oberes Drittel (≥ 12 - 16 cm)
Postoperative Komplikationen	Hier werden postoperative Komplikationen erfasst (innerhalb von 30 Tagen nach OP), Mehrfachnennungen möglich	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
ASA (Anästhesie)	ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktiver Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient
Notfalleingriff Elektiveingriff	Notfalloperationen müssen definitionsgemäß binnen einer Frist von zwei Stunden durchgeführt werden.	NOT = Notfall ELE = Elektiveingriff
Revisionsoperation	Revisionsoperation innerhalb von 30 Tagen: Relaparoskopie, Relaparotomie  Wenn eine neue OP erforderlich ist, wird diese als Revisions- Operation dokumentiert und dem Verlauf der 1. OP zugeordnet.	ja nein unbekannt
Anzahl der untersuchten LK	Gesamtzahl der untersuchten Lymphknoten, einschließlich der SLN	Anzahl
Anzahl der befallenen LK	Gesamtzahl der befallenen Lymphknoten, einschließlich der SLN	Anzahl
Intention	Hier wird die Intention dokumentiert, unter der die Operation durchgeführt wird.	kurativ palliativ
Verlauf	Hier ist die Beurteilung der Erkrankung zu vermerken. Dieser explizite Bezug einer abschließenden Verlaufsangabe zu einer Therapie ermöglicht eine zweifelsfreie Zuordnung eines Therapieergebnisses.	Evtl. eigene Verlaufsmaske im Dokumentationssystem.



## 7. Strahlentherapie

Pro Zielgebiet werden Beginn, Ende, Applikationsart und Gesamtdosis / Einheit nach ADT-Basisdatensatz erfasst.

Eine Strahlentherapie kann sich aus mehreren Zielgebieten zusammensetzen. Für die Erfassung kann es sinnvoll sein, auf bestehende Leistungsziffern nach dem OPS zurückzugreifen und diese zu dokumentieren.

Falls die Indikation zur Bestrahlung von Lymphabflussgebieten gestellt wird, sind die Lymphabflussregionen nach der Dateivorlage OSP Frankfurt/Oder „Lymphabflussregionen für Primärtumore“ zu dokumentieren.

**Abbildung 3: Ereignis Strahlentherapie**

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Zielgebiet	Hier wird das zu bestrahlende Zielgebiet eingetragen. Die Felder der einzelnen Zielgebiete sind fortlaufend nummeriert.	Zielgebietschlüssel
Applikationsart	Hier wird die Applikationsart dokumentiert. Sie bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet.	perkutan (Tele-/Brachytherapie) endokavitäre Kontakttherapie interstitielle Kontakttherapie metabolische Therapie (radionuclide) afterloading intraoperative Strahlentherapie
Beginn	Datum des Beginns der durchgeführten Strahlentherapie bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Ende	Datum des Endes der durchgeführten Strahlentherapie bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Gesamtdosis	Die Gesamtdosis des jeweiligen Zielgebiets wird als Zahl mit der Benennung Gy oder Gbq erfasst.	Numerisch
Intention/ Stellung in Behandlung	Hier wird die Intention bzw. die Stellung der Therapie dokumentiert, unter der die Bestrahlung durchgeführt wird.	Kurativ/ palliativ Adjuvant/ neoadjuvant
Beendigung der Strahlentherapie	Hier wird bei Beendigung der Strahlentherapie der Grund der Beendigung erfasst.	Abbruch wegen Nebenwirkungen reguläres Ende Patient verweigert weitere Therapie Abbruch aus sonstigen Gründen unbekannt
Verlauf	Hier ist die Beurteilung der Erkrankung zu vermerken. Dieser explizite Bezug einer abschließenden Verlaufsangabe zu einer Therapie ermöglicht eine zweifelsfreie Zuordnung eines Therapieergebnisses.	Evtl. eigene Verlaufsmaske im Dokumentationssystem.



## 8. Systemische Therapie

Die systemische Therapie umfasst

- Chemotherapie (Mono- oder Kombinationstherapie)
- Immuntherapie, ggf. auch in Kombination mit Chemotherapie
- Antikörpertherapie
- Bisphosphonattherapie (bei palliativer Intention bzw. in Studien)

Sämtliche Möglichkeiten der Systemtherapie - auch in Kombination - werden so genau wie möglich mit Angabe der Zyklen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieende) nach ADT-Basisdatensatz dokumentiert.

Bei einer neoadjuvanten Therapie muss die klinische Tumorgöße erfasst und ein klinisches TNM erstellt werden.

Nach erfolgter Operation ist das yp-TNM zu dokumentieren.

Die Dokumentation der hyperthermen intraperitonealen Chemoperfusion im GTDS wird über die Protokollpflege als einmalige peritoneale Spülung eingegeben (Name des Medikaments ergänzen).

### Abbildung 4: Ereignis Systemische Therapie

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
Systemische Therapie	Zytostatika-Monotherapie Zytostatika-Kombinationstherapie Immun- und Antikörpertherapie (incl. small-molecules) Hormontherapie, Bisphosphonattherapie, Intraabdominale Therapie: HIPEC= hypertherme intraperitoneale Chemoperfusion
Intention/ Stellung in Behandlung	Kurativ/ palliativ Adjuvant/ neoadjuvant
Protokoll	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Zyklen durchgeführt	Numerisch
Beginn	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Substanzen	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Beendigung der systemischen Therapie	Hier wird bei Beendigung der systemischen Therapie der Grund der Beendigung erfasst.	Abbruch wegen Nebenwirkungen reguläres Ende Patient verweigert weitere Therapie Abbruch aus sonstigen Gründen unbekannt
Ende	Datum des Endes der durchgeführten systemischen Therapie.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Gleichzeitig Strahlentherapie	Hier wird dokumentiert, ob während einer systemischen Therapie gleichzeitig eine Strahlentherapie durchgeführt wurde.	ja nein unbekannt
Verlauf	Hier ist die Beurteilung der Erkrankung zu vermerken. Dieser explizite Bezug einer abschließenden Verlaufsangabe zu einer Therapie ermöglicht eine zweifelsfreie Zuordnung eines Therapieergebnisses.	Evtl. eigene Verlaufsmaske im Dokumentationssystem.

### 9. Verlaufsdaten (gilt ggf. nur für GTDS)

Verlaufsdaten sind tumorbezogene Statusangaben, die bei jedem Ereignis (Operation, Strahlentherapie, Systemische Therapie) zu dokumentieren sind.

**Abbildung 5: Ereignis Verlauf**

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Untersuchungs-Datum	Das Untersuchungsdatum ist der Tag, an dem der Patient vom niedergelassenen Arzt in der Praxis oder in einem Krankenhaus ambulant untersucht wird.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Stationär	Pat. wird in einem Krankenhaus stationär / teilstationär behandelt.	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Ambulant	Pat. wird bei einem niedergelassenen Arzt oder in einem Krankenhaus ambulant behandelt.	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Durchgeführte Therapiemaßnahme	Hier ist die einzelne Therapie zum Verlauf anzukreuzen.	Operation Bestrahlung Chemotherapie Hormontherapie Antikörper/Immuntherapie Schmerztherapie Psychoonkologische Betreuung Aktives Beobachten (wait and see) Anschlußheilbehandlung



Erfassungsanlass	Hier kann der entsprechende Erfassungsanlass dokumentiert werden.	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem																																	
Allgemeiner Leistungszustand	Die Verschlüsselung des allgemeinen Leistungszustandes sollte nach ECOG erfolgen. Es kann aber auch der Karnofsky-Index verwendet werden (Angabe in %).	<table border="1"> <tr> <td><b>100 %</b></td> <td>ECOG = 0</td> <td>Keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit.</td> </tr> <tr> <td><b>90 %</b></td> <td>ECOG = 0</td> <td>Fähig zu normaler Aktivität, kaum oder geringe Symptome.</td> </tr> <tr> <td><b>80 %</b></td> <td>ECOG = 1</td> <td>Normale Aktivität mit Anstrengung möglich. Deutliche Symptome.</td> </tr> <tr> <td><b>70 %</b></td> <td>ECOG = 1</td> <td>Selbstversorgung. Normale Aktivität oder Arbeit nicht möglich.</td> </tr> <tr> <td><b>60 %</b></td> <td>ECOG = 2</td> <td>Einige Hilfestellung nötig, selbständig in den meisten Bereichen.</td> </tr> <tr> <td><b>50 %</b></td> <td>ECOG = 2</td> <td>Hilfe und medizinische Versorgung wird oft in Anspruch genommen.</td> </tr> <tr> <td><b>40 %</b></td> <td>ECOG = 3</td> <td>Behindert. Qualifizierte Hilfe benötigt.</td> </tr> <tr> <td><b>30 %</b></td> <td>ECOG = 3</td> <td>Schwerbehindert. Hospitalisation erforderlich.</td> </tr> <tr> <td><b>20 %</b></td> <td>ECOG = 4</td> <td>Schwerkrank. Intensive medizinische Maßnahmen erforderlich.</td> </tr> <tr> <td><b>10 %</b></td> <td>ECOG = 4</td> <td>Moribund. Unaufhaltsamer körperlicher Verfall.</td> </tr> <tr> <td><b>0 %</b></td> <td>ECOG = 5</td> <td>Tod.</td> </tr> </table>	<b>100 %</b>	ECOG = 0	Keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit.	<b>90 %</b>	ECOG = 0	Fähig zu normaler Aktivität, kaum oder geringe Symptome.	<b>80 %</b>	ECOG = 1	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich. Deutliche Symptome.	<b>70 %</b>	ECOG = 1	Selbstversorgung. Normale Aktivität oder Arbeit nicht möglich.	<b>60 %</b>	ECOG = 2	Einige Hilfestellung nötig, selbständig in den meisten Bereichen.	<b>50 %</b>	ECOG = 2	Hilfe und medizinische Versorgung wird oft in Anspruch genommen.	<b>40 %</b>	ECOG = 3	Behindert. Qualifizierte Hilfe benötigt.	<b>30 %</b>	ECOG = 3	Schwerbehindert. Hospitalisation erforderlich.	<b>20 %</b>	ECOG = 4	Schwerkrank. Intensive medizinische Maßnahmen erforderlich.	<b>10 %</b>	ECOG = 4	Moribund. Unaufhaltsamer körperlicher Verfall.	<b>0 %</b>	ECOG = 5	Tod.
<b>100 %</b>	ECOG = 0	Keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit.																																	
<b>90 %</b>	ECOG = 0	Fähig zu normaler Aktivität, kaum oder geringe Symptome.																																	
<b>80 %</b>	ECOG = 1	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich. Deutliche Symptome.																																	
<b>70 %</b>	ECOG = 1	Selbstversorgung. Normale Aktivität oder Arbeit nicht möglich.																																	
<b>60 %</b>	ECOG = 2	Einige Hilfestellung nötig, selbständig in den meisten Bereichen.																																	
<b>50 %</b>	ECOG = 2	Hilfe und medizinische Versorgung wird oft in Anspruch genommen.																																	
<b>40 %</b>	ECOG = 3	Behindert. Qualifizierte Hilfe benötigt.																																	
<b>30 %</b>	ECOG = 3	Schwerbehindert. Hospitalisation erforderlich.																																	
<b>20 %</b>	ECOG = 4	Schwerkrank. Intensive medizinische Maßnahmen erforderlich.																																	
<b>10 %</b>	ECOG = 4	Moribund. Unaufhaltsamer körperlicher Verfall.																																	
<b>0 %</b>	ECOG = 5	Tod.																																	
Untersuchungen (fakultativ)	Hier werden die einzelnen Untersuchungen angekreuzt. Mehrfachnennungen sind möglich.	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem																																	
Gesamtbeurteilung des Tumorstatus	Hier wird die Gesamtbeurteilung des Tumorstatus durch Ankreuzen des zutreffenden Feldes erfasst. Es ist nur eine Einfachnennung möglich.	Postoperativ R0, Tumormarker nicht berücksichtigt oder unbekannt Tumormarker 4 Monate nach Operation bzw. Abschluß einer anschließenden Radio- und/oder Chemotherapie negativ (R0a) postoperativ R0 (free of tumor, FT) anhaltend erhöhte Tumormarker in den ersten 4 Monaten nach Operation bz. Abschluß einer anschließenden Radio- und/oder Chemotherapie negativ (R0b) Vollremission (complete remission, CR) Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr) Teilremission / mindestens 50% Rückgang des Tumors (partial Remission, PR)																																	



		klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal Response, MR) keine Änderung (no change, NC) Divergentes Geschehen Progression Beurteilung unmöglich entfällt, da Behandlung im Rahmen eines multimodalen Konzepts und dieses noch nicht abgeschlossen unbekannt (fehlende Angabe)
--	--	---

### 10. Verlauf der Nachsorge (Follow up)

Die tumorspezifische Nachsorge ist zu dokumentieren.

Zum Follow-up Status gehören:

- auftretende Progressionen (Lokalrezidive, regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression)
- Zweitmalignome
- Vitalstatus

Im Falle einer auftretenden Progression wird die Nachsorge mit dem Datum des Abschlusses der Rezidivtherapie neu gestartet.

#### Abbildung 6: Ereignis Follow up

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Datum Nachsorge	Datum der Nachsorge	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Gesamtbeurteilung des Tumorstatus	Hier wird die Gesamtbeurteilung des Tumorstatus erfasst. Es ist nur eine Einfachnennung möglich.	Postoperativ R0, Tumormarker nicht berücksichtigt oder unbekannt Tumormarker 4 Monate nach Operation bzw. Abschluß einer anschließenden Radio- und/oder Chemotherapie negativ (R0a) postoperativ R0 (free of tumor, FT) anhaltend erhöhte Tumormarker in den ersten 4 Monaten nach Operation bz. Abschluß einer anschließenden Radio- und/oder Chemotherapie negativ (R0b) Vollremission (complete remission, CR) Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr) Teilremission / mindestens 50%



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		Rückgang des Tumors (partial Remission, PR) klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal Response, MR) keine Änderung (no change, NC) Divergentes Geschehen Progression Beurteilung unmöglich entfällt, da Behandlung im Rahmen eines multimodalen Konzepts und dieses noch nicht abgeschlossen unbekannt (fehlende Angabe)
Primärtumor	Beurteilung des Primärtumors	Kein Tumor Primärtumor vor Ersttherapie Tumorreste Lokalrezidiv Fragl. Befund unbekannt.
regionäre Lymphknoten	Beurteilung der regionären Lymphknoten	Keine regionären Lymphknoten-Metastasen Lymphknoten-Metastasen vor Ersttherapie Residualtumor in regionären Lymphknoten Lymphknoten-Rezidiv/neu aufgetretene Lymphknoten-Metastasen Fragl. Befund Verbliebene und neue LK-Metastasen unbekannt.
Metastasen	Beurteilung über das Vorliegen von Fernmetastasen	Keine Metastasen Fernmetastasen vor Ersttherapie Verbliebene Fernmetastasen neu aufgetretene Fernmetastasen/Rezidiv Fragl. Befund Neue und verbliebene Fernmetastasen unbekannt..
Vitalstatus	Letzter Follow-up-Status durch z.B. epidemiologisches Register, etc.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.

## 11. Dokumentation von Rezidiven und/oder Metastasen

Dem Rezidiv und/oder der Metastase wird ein Verlauf mit der Beurteilung der Erkrankung: Progression angelegt, darin werden alle relevanten Befunde zum Rezidivtumor / zur Metastase dokumentiert.

Die Progression des Rezidives wird 3 Monaten nach Diagnosestellung und nach erfolgter R0 Beurteilung der Primärtherapie dokumentiert.



Die Progression der Metastase ereignet sich frühestens nach dem 56. Tag nach Primärdiagnose. Metastasen, die innerhalb von 56 Tagen nach Diagnosestellung auftreten, werden als synchron bezeichnet und der Primärdiagnose zugeordnet. (SEER-Regel).

## 12. Abschluss

Der tumorspezifische Abschluss ist zu dokumentieren.

Zum Abschluss-Status gehören:

- Sterbefall
- Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Nachsorge abgeschlossen).

Das Sterbedatum wird vom epidemiologischen Register (GKR) nur monatsgenau weitergegeben.

### Abbildung 7: Ereignis Abschluss

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Nachsorge abgeschlossen	Die Nachsorge ist nach einem tumorfreien Intervall von <b>5 Jahren</b> nach Beendigung der Primärtherapie abgeschlossen. Der letzte Kontakt mit der Patientin wird mittels Datum dokumentiert.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Nachsorge abgebrochen	Datum letzter Kontakt.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Grund für Abbruch der Nachsorge	Die Nachsorge kann abgebrochen werden, wenn die Pat. Keine weitere Nachsorge mehr wünscht, bzw. wenn die Pat. Nicht zum vereinbarten Nachsorgetermin erscheint.	Patient verstorben (Tod) Patient nicht mehr auffindbar (Lost to follow-up) Betreuung/Nachsorge nicht mehr nötig (der Zeitraum hängt von der Art der Erkrankung ab, häufig nach 5 Jahren) Patient ist andernorts in der Betreuung Patient verweigert weitere Betreuung / Nachsorge abgebrochen unbekannt
Todesdatum	Falls der Patient verstorben ist wird das Todesdatum erfasst	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Todesursache	Es wird dokumentiert, ob die Todesursache in Zusammenhang mit der Tumorerkrankung steht	Tumorbedingt ohne nähere Angabe Tumorbedingt durch Tumorleiden Progression Lokoregionäres Rezidiv Metastasierung (Fernmetastasen) Behandlungskomplikation nicht tumorbedingt Entscheidung nicht möglich





---

		Unbekannt
Autopsie durchgeführt	Hier wird erfasst, ob eine Autopsie durchgeführt wurde.	Autopsie wurde durchgeführt Autopsie wurde nicht durchgeführt unbekannt
Datum der Autopsie	Das Autopsiedatum ist der Tag, an dem die Autopsie durch den Pathologen erfolgt.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.

Sofern eine Autopsie durchgeführt wurde, ist das aTNM (siehe Punkt Diagnosedaten) zu dokumentieren.



**13. Zusätzliche Parameter (im Rahmen von Zentren):**

**Abbildung 8: Zusätzliche Parameter für Zentren**

<b>Merkmal</b>	<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
pos. Familienanamnese	CRC-Patienten mit pos. Familienanamnese	ja nein unbekannt
Genetische Beratung	Wurde dem Patienten eine Vorstellung in einem Zentrum für familiären Darmkrebs empfohlen?	ja nein unbekannt
MSI-Untersuchung	CRC-Patient < 50 Jahre	ja nein unbekannt
Vollständige Koloskopie	Koloskopien vollständig oder unvollständig (sämtliche postoperativen Kolonanteile tumorfrei)	entfällt ja (vollständig durchgeführt) nein (nicht durchgeführt) unvollständig durchgeführt unbekannt
Lebermetastasentherapie	Bei Patienten mit primären Lebermetastasen	Primäre Lebermetastasenresektion Sekundäre Lebermetastasenresektion (nach CTx) Multiple Herde/Kein Therapieansatz Nicht durchgeführt unbekannt
Angabe Abstand mesorektale Faszie	Nur bei Pat. mit RK und MRT oder Dünnschicht-CT des Beckens	ja nein unbekannt
Abstand aboraler Resektionsrand	Nur bei Pat. mit RK	Angabe in mm
Abstand Tumor zum zirkumferentiellen (lateraler) Resektionsrand	Nur bei Pat. mit RK	Angabe in mm
Anzeichnung Stomaposition	Nur bei Pat. mit RK	ja nein unbekannt
Leitlinie	Leitliniengerechte Behandlung	ja nein unbekannt Begründung bei Abweichung von der Leitlinie: Klartextfeld
Tumorkonferenz	Datum der Tumorkonferenz, bei der der Patient besprochen wurde.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Zeitpunkt Tumorkonferenz	Zuordnung der Tumorkonferenz zum Behandlungsverlauf	prätherapeutisch postoperativ prätherapeutisch und postoperativ



<b>Merkmal</b>	<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
Psychoonkologie	Psychoonkologische Beratung	ja nein unbekannt
Sozialdienst	Beratung durch Sozialdienst	ja nein unbekannt
Studienteilnahme	Studienteilnahme des Patienten	keine Studie nicht-interventionelle Studie interventionelle Studie unbekannt
Studie	Name der Studie	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem

#### 14. Extras/Besonderheiten

- **Dokumentation externer Patienten**

Nicht-Berliner Patienten sind zu dokumentieren, wenn Diagnose bzw. Therapie in Berlin erfolgt ist. Diese Daten werden nicht an das epidemiologische Krebsregister gemeldet.

- **Was tun bei mehreren Karzinomen im Darm? Ein Tumor oder mehrere Tumore?**

1. Kolon und Rektum werden getrennt betrachtet
2. Anderer Histologietyp → neuer Tumor
3. Im Rektum eher Entscheidung zu 1 Tumor (seltenste Ausnahmen möglich)
4. Bestehen gleichzeitig mehrere Karzinome im Kolon und werden in 1 Operation abgetragen → Aufnahme als 1 Tumor :
  - Lokalisation: 18.8
  - in Histologie beide TNM aufführen
  - zu Auswertungszwecken das größte T (m bzw. Anzahl ) als relevantes TNM kennzeichnen
5. Treten gleichzeitig mehrere unabhängige Karzinome (in verschiedenen Segmenten) im Kolon auf und werden in verschiedenen Operationen abgetragen → Aufnahme als 2 (oder mehr) getrennte Karzinome
6. Tritt ein neuer Tumor in einem anderen Kolon-Segment zeitlich versetzt zum 1. Tumor auf und ist ein Rezidiv ausgeschlossen (z.B. im Anastomosenbereich – entfernte Segmente kommen sich durch Voroperation näher) -> Aufnahme als Zweittumor

- **Vorgehen bei synchronen multiplen Primärtumoren**

- synchron = gleichzeitig oder innerhalb von 2 Monaten
- Bei unterschiedlichen Histologietypen → Aufnahme als Zweittumor

- **Vorgehensweise bei Lymphomen**

Lymphome im Darm erhalten ICD-10- Schlüssel für Lymphom.  
Quelle: Vortrag Krebskongress Brandenburg

- **„y“TNM**

Wenn die Klassifikationen während oder nach initialer multimodaler Therapie erfolgt, werden die TNM- oder pTNM-Kategorien durch das Präfix „y“ gekennzeichnet. Das Präfix „y“ kann nur nach einer Therapie (meistens Chemotherapie, Radiotherapie oder eine Kombination von Beiden) angewendet werden, die vor einer Operation angewendet wird und zu einer „Reduktion“ des Tumors führen soll.



Dies ist auch der Fall, wenn eine Chemotherapie wegen eines Zweitkarzinoms in zeitlicher Nähe des jetzt operierten Kolonkarzinoms erfolgte.

Wird bei einer vorangegangener endoskopischer Tumorabtragung (z.B. Polypektomie) z.B. ein Karzinom im Polypen festgestellt (pT1), aber in der anschließenden Haupt-Op keinem Karzinom mehr im Op.-Präparat gefunden (pT0) ist der pT-Befund der Polypektomie in eine gemeinsame Bewertung der Situation des Op.-Präparates mit einzubeziehen (siehe Seite 11, TNM Supplement 3rd ed). Das Präfix „y“ ist nicht zu verwenden.

- **Positive Familienanamnese**

- Eine positive Familienanamnese liegt vor, wenn eine Verwandte/ein Verwandter 1. Grades des Patienten jemals an einem Darmkrebs erkrankt war.

## 15. Dokumente und Literatur

Für die Erstellung der Verfahrensanweisung: Dokumentation CRC wurde auf die jeweils aktuellste Version der nachfolgenden Dokumente zurückgegriffen:

- ADT-Basisdatensatz (2014)
- ADT-organspezifischer Datensatz CRC (2014)
- ADT-Benutzerhinweise
- Auswertungsdatensatz CRC ADT/KoQK
- Hausinterne Dokumentationshilfen
- S3- Leitlinie CRC

## 16. Glossar

ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren
Adjuvant	Therapie nach der Operation
Aqua	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
ASA	ist ein Schema zur Einteilung von Patienten in verschiedene Gruppen bezüglich des körperlichen Zustandes von der American Society of Anesthesiologists
Autoptisch	durch Autopsie erfolgend
CTx	Chemotherapie
DCO	Death Certification Only (nur aufgrund von Angaben auf dem Leichenschauschein)
ECOG	Index zur Lebensqualität der Eastern Cooperative Oncology Group
Follow up	Nachverfolgung des Patienten
GKR	Gemeinsames Krebsregister für die neuen Bundesländer und Berlin
GTDS	Giessener Tumordokumentationssystem
Histologisch	Gewebeschnitt, der unter dem Mikroskop auf gutartige bzw. bösartige Gewebswucherungen untersucht wird
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
Intention	Absicht einer Behandlung
Karnofsky-Index	Index zur Lebensqualität bei Tumorpatienten
KoQK	Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister
Kurativ	auf Heilung ausgerichtet



---

MSI	Mikrosatelliteninstabilität
Neoadjuvant	vor der Operation
Onkoziert	unabhängiges Institut, das im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft das Zertifizierungssystem zur Überprüfung von Organkrebszentren und Onkologischen Zentren betreut.
Palliativ	Heilung nicht mehr möglich, Schmerztherapie und Linderung der Beschwerden stehen im Vordergrund
RTx	Strahlentherapie
Screening	Reihenuntersuchung einer Bevölkerungsgruppe, um Erkrankungen frühzeitig zu erkennen (z. B. Mammographiescreening)
SOP	„Standard Operating Procedure“, Standardvorgehensweise
UICC	Union internationale contre le cancer (Internationale Vereinigung gegen Krebs)
Zytologisch	die Zellen betreffend

## 17. Autoren der überarbeiteten Verfahrensanweisung

Felix Möller, Charité  
Annette Reinecke, TZB  
Beatrix Rumpel, Sana Klinikum Lichtenberg  
Simone Seidl, DRK Kliniken Köpenick

Version : 3.0

Überarbeitung: 26.06.2014

Erarbeitet von	Gültig ab	Version	Titel	Nächste Überprüfung	Zuständig für Überprüfung
PG Tumordokumentation	1.4.2013	3.0	Verfahrensanweisung: Dokumentation kolorektales Karzinom	1.7.2015	PG Tumordokumentation