



## Dokumentation des Lungenkarzinoms

### Inhaltsverzeichnis:

1) Zweck .....	2
2) Geltungsbereich .....	2
3) Allgemeines zur Dokumentation .....	2
4) Gesetzesgrundlage für Krebsregister (Meldepflicht).....	2
5) Diagnosedaten.....	3
6) Operative Therapie.....	8
7) Strahlentherapie .....	10
8) Systemische Therapie.....	11
9) Verlaufsdaten.....	12
10) Nachsorge (Follow up) .....	14
11) Rezidivdokumentation/ das lokalregionäre Rezidiv (bei gleicher Lokalisation, Histologie) .....	16
12) Abschluss .....	16
13) Zusätzliche Parameter.....	17
14) Extras/Besonderheiten.....	18
15) Dokumente und Literatur.....	19
16) Glossar.....	19
17) Autoren der Verfahrensanweisung.....	20

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 nach Therapie .....	13
Abbildung 6: Ereignis Nachsorge .....	15
Abbildung 7: Ereignis Abschluss .....	16
Abbildung 8: Ereignis zusätzliche Parameter.....	17

Version : 29.08.2014

Erarbeitet von	Gültig ab	Version	Titel	Nächste Überprüfung	Zuständig für Überprüfung
PG Tumordokumentation	1.9.2014	2.0	Verfahrensanweisung: Dokumentation Lungenkarzinom	1.9.2014	PG Tumordokumentation



## 1) Zweck

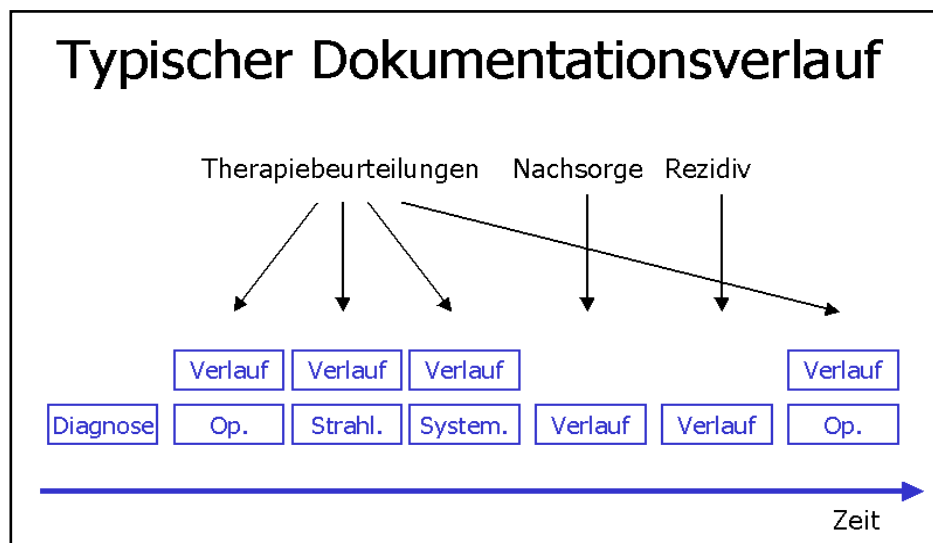
Ziel ist die Vereinheitlichung der Dokumentation von Lungenkarzinomen in den klinischen Krebsregistern des Tumorzentrums Land Berlin, um eine gemeinsame Datenauswertung mit dem Ziel der Qualitätssicherung zu ermöglichen.

## 2) Geltungsbereich

Diese beschriebene Vorgehensweise gilt für alle lokalen Register und Brustzentren 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.

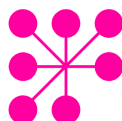
Die Dokumentation einer Tumorerkrankung in dem Feld „frühere Tumorerkrankung“ wird nur in absoluten Ausnahmefällen ausgefüllt. Ausnahmefälle bedeuten, dass es keine klinischen Angaben zur Tumorerkrankung gibt.

Die Spalte „Empfohlener Schlüssel“ gibt Auszüge vieler möglichen Varianten wieder, die sind z.T. an GTDS angelehnt, zum Teil am Basisdatensatz und zum Teil dem TNM- Katalog entnommen.

Finden Sie in Ihrer Datenbank andere oder weitere Ausprägungen, gelten diese für Ihre Dokumentation. Hier kann leider nicht jede Möglichkeit abgebildet werden! Das gilt für alle folgenden Tabellen dieser SOP.

**Abbildung 1: Ereignis Diagnose**

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Datum Erstdiagnose	Es gilt die erste histologische Sicherung.  Als Datum wird der Tag der gesicherten Probeentnahme angegeben.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Diagnosesicherheit	Hier handelt es sich um die Methode, wie die Diagnose gesichert wurde. Bei mehreren Methoden muss immer die höchste Stufe angegeben werden.	klinisch (wenn nicht histologisch gesichert) zytologisch histologisch autoptisch DCO sonstiges unbekannt
Diagnoseanlass	Hier handelt es sich um den Anlass, der zur Diagnose der Tumorerkrankung geführt hat.	Tumorsymptome Krebsfrüherkennung (KFU) Selbstuntersuchung Screening Langzeitbetreuung/Nachsorge andere Untersuchung unbekannt
Tumordiagnose ICD 10	ICD-10 Schlüssel	C34.0 Bösartige Neubildung: Hauptbronchus Inkl.: Carina tracheae Hilus (Lunge) C34.1 Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus) C34.2 Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus) C34.3 Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus) C34.8 Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere



Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
	Teilbereiche überlappend C34.9 Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet  D02.2 Carcinoma in situ: Bronchus und Lunge D38.1 Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens von Trachea, Bronchus und Lunge
<b>Primär-Tumorlokalisationsschlüssel</b>	Die Lokalisation des Primärtumors wird hier erfasst.  Der Lungenmittellappen ist in der Regel nur rechts.
	C34.0 = Hauptbronchus C34.1 = Lungenoberlappen C34.2 = Lungenmittellappen C34.3 = Lungenunterlappen C34.8 = Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend C34.9 = Lunge o.n.A.
<b>Primärlokalisation im Klartext</b>	Lokalisation der Primärtumors  Metastasen sind hier nicht zu verschlüsseln, sondern unter "Metastasen".
	Freitextfeld zur Plausibilisierung der Primärdaten
<b>Seitenangabe</b>	
	rechts links unbekannt
<b>Histologie-Datum</b>	Das Histologiedatum ist der Tag an dem die Tumorerkrankung histologisch gesichert wurde.
	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
<b>Histologieschlüssel</b>	Code der definitiven Histologie, die eine Ordnung der Tumorerkrankung erlaubt. Betrifft nur Angaben zum Primärtumor. Metastasenhistologien werden bei den Fernmetastasen dokumentiert.
	Histologie-Code (Morphologie-Code) nach ICD-O-3 M ( _ _ _ _ / _ _ )
<b>Grading</b>	Histopathologisches Grading:  Wenn im Befund und in der Diagnose unterschiedliche Differenzierungsgrade angegeben sind, ist immer der höhere Grad zu kodieren (Kodierrichtlinie Morphologie)
	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)
<b>TNM</b>	Alle Angaben zum TNM werden im Verlauf mit Datum angegeben.  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.  Das klinische TNM basiert auf den vor der Behandlung erhobenen
	cTNM =immer vor neoadjuvanter Therapie (als auswertungsrelevant kennzeichnen) pTNM =nach erfolgter OP ypTNM =nach erfolgter neoadjuvanter Therapie und OP apTNM = autoptisch festgestellt rcTNM/rpTNM = Rezidivtumoren nach krankheitsfreiem Intervall



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
	<p>Befunden (prätherapeutische klinische Klassifikation bezeichnet als cTNM). Solche ergeben sich 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>	
T	T = Ausbreitung des Primärtumors	<p>Tx Primärtumor nicht beurteilbar oder positive Zytologie im Sputum oder bei Bronchialspülungen, aber weder radiologisch noch bronchoskopisch sichtbar</p> <p>T0 Kein Anhalt für Primärtumor</p> <p>Tis Carcinoma in situ</p> <p>T1 Tumor 3 cm oder weniger in größter Ausdehnung, umgeben von Lungengewebe oder viszeraler Pleura, kein bronchoskopischer Nachweis einer Infiltration proximal eines Lappenbronchus (Hauptbronchus und Pleura viszeralis frei)*<sup>1</sup></p> <p>T1a Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung</p> <p>T1b Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 3 cm oder weniger in größter Ausdehnung</p> <p>T2 Tumor mehr als 3 cm, aber nicht mehr als 7 cm in größter Ausdehnung oder Tumor mit wenigstens einem der folgenden Kennzeichen *<sup>2</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tumor befällt Hauptbronchus, 2 cm oder weiter distal der Carina</li> <li>- Tumor infiltriert viszerale Pleura</li> <li>- assoziierte Atelektase oder obstruktive Entzündung bis zum Hilus, aber nicht der ganzen Lunge</li> </ul> <p>T2 a Tumor mehr als 3 cm, aber nicht mehr als 5 cm in größter Ausdehnung</p>



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		<p>T2 b Tumor mehr als 5 cm, aber nicht mehr als 7 cm in größter Ausdehnung</p> <p>*<sup>1</sup>= Ein seltener, sich oberflächlich ausbreitender Tumor jeder Größe mit einer nur auf die Bronchialwand begrenzten Infiltration wird auch dann, wenn er sich weiter proximal ausdehnt, als T1 klassifiziert.</p> <p>*<sup>2</sup>= T2-Tumoren mit diesen Eigenschaften werden als T2a klassifiziert, wenn sie 5 cm oder weniger in größter Ausdehnung sind oder wenn die Größe nicht zu bestimmen ist und als T2b, wenn sie größer als 5 cm, aber nicht größer als 7 cm sind.</p> <p>T3 Tumor mehr als 7 cm in größter Ausdehnung oder mit direkter Infiltration einer der folgenden Strukturen: Brustwand (eingeschlossen Sulcus superior-Tumoren), Zwerchfell, Nervus phrenicus, mediastinale Pleura, parietales Perikard; oder Tumor im Hauptbronchus weniger als 2 cm distal der Carina*<sup>1</sup>, aber Carina selbst nicht befallen oder Tumor mit Atelektase oder obstruktiver Entzündung der ganzen Lunge oder separate(r) Tumorknoten im selben Lappen wie der Primärtumor</p> <p>T4 Tumor jeder Größe mit Infiltration wenigstens einer der folgenden Strukturen: Mediastinum, Herz, große Gefäße, Trachea, N. laryngeus recurrens, Ösophagus, Wirbelkörper, Carina; vom Primärtumor getrennte(r) Tumorknoten in einem anderen Lungenlappen derselben Seite</p>
N	Ausbreitung der regionären Lymphknotenmetastasen	<p>NX Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden.</p> <p>N0 Keine regionären Lymphknotenmetastasen</p> <p>pN0 Regionäre Lymphadenektomie und histologische Untersuchung üblicherweise von 6 Lymphknoten oder mehr Lymphknoten-Stationen. 3 dieser sollten mediastinale Lymphknoten sein und subkarinale Lymphknoten einschließen und 3 von N1-Lymphknotenstationen stammen.</p> <p>N1 Metastase(n) in ipsilateralen peribronchialen und/oder ipsilateralen Hilus- oder intrapulmonalen Lymphknoten (einschließlich eines Befalls durch direkte Ausbreitung des Primärtumors)</p> <p>N2 Metastase(n) in ipsilateralen mediastinalen und/oder subkarinalen Lymphknoten</p>



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		N3 Metastase(n) in kontralateralen mediastinalen, kontralateralen Hilus-, ipsi- oder kontralateralen Skalenus- oder supraklavikulären Lymphknoten
M	MX ist zu vermeiden !!! Metastasen, die innerhalb von 56 Tagen nach Diagnosestellung auftreten, werden als synchron bezeichnet und der Primärdiagnose zugeordnet. (SEER-Regel)	M0 Keine Fernmetastasen M1 Fernmetastasen M1a vom Primärtumor getrennte Tumorherde in einem kontralateralen Lungenlappen, Pleurametastasen oder maligner Pleura- oder Perikarderguss) M1b andere Fernmetastasen
C	C = Abkürzung für „Certainty“ Diagnosesicherheit  Die Verwendung ist fakultativ.  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	C1 = Aussage aufgrund von diagnostischen Standardmethoden, z.B. Inspektion, Palpation und Standardröntgenaufnahmen, intraluminale Endoskopie bei bestimmten Organen  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  C3 = Aussage aufgrund chirurgischer Exploration einschließlich Biopsie und zytologischer Untersuchung  C4 = Aussage nach definitiver chirurgischer Behandlung und pathologischer Untersuchung des Tumorsektats  C5 = Aussage aufgrund einer Autopsie
UICC-Stadium	UICC = Union internationale contre le cancer (dt. Internationale Vereinigung gegen Krebs)	Stadium wird nur angegeben, wenn das Stadium in den Unterlagen vorliegt, oder auf Grund VOLLSTÄNDIGER ANGABEN des TNM's zugewiesen werden kann.  UICC-Stadium: Okkultes Karzinom: TX N0 M0 Stadium 0: Tis N0 M0 Stadium IA: T1a, T1b N0 M0 Stadium IB: T2a N0 M0 Stadium IIA: T2b N0 M0 oder T1a, T1b, T2a N1 M0 Stadium IIB: T2b N1 M0 oder T3 N0 M0



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		Stadium IIIA: T1 a, b, T2 a, b N2 M0 oder T3 N1,N2 M0 oder T4, N0,N1 M0 Stadium IIIB: T4, N2 M0 oder Jedes T N3 M0 Stadium IV: Jedes T jedes N M1
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

## 6) Operative Therapie

Vorbemerkung:

Für die Tumordokumentation sind grundsätzlich nur onkologisch resezierende Operationen relevant. Sollen jedoch mehrere Operationen erfasst werden, 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.

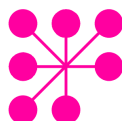
Bezüglich der Tumorfreiheit an den Resektionsgrenzen ist zu beachten, dass zwischen lokaler und globaler R-Situation unterschieden wird. So kann z.B. lokal der Tumor vollständig entfernt sein (R0) aber bei gleichzeitigen Metastasen, die nicht oder nicht vollständig entfernt werden, besteht global eine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

Werden mehrere Revisionsoperationen durchgeführt, wird nur die 1. Revisions-OP erfasst und hierzu ein Verlauf angelegt.

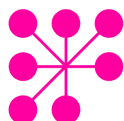
### Abbildung 2: Ereignis Operation

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.





Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel	
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>	
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
R-Klassifikation, lokal	Die R-Klassifikation erfolgt nach der relevanten OP (lokal - nur auf Primärherd bezogen).	R0 kein Residualtumor R1 mikroskopische Residualtumor R2a makroskopisch Residualtumor, mikroskopisch nicht gesichert R2b makroskopisch Residualtumor, mikroskopisch gesichert RX Residualtumor nicht beurteilbar
R-Klassifikation, global	Die R-Klassifikation erfolgt nach der relevanten OP, (global - auf verbliebene Fernmetastasen oder Zweittumor bezogen).	R2 global
Postoperative Komplikationen	Hier werden postoperative Komplikationen erfasst (innerhalb von 30 Tagen nach OP), Mehrfachnennungen möglich	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
ASA (Anästhesie) (fakultativ)	ASA-Klassifikation	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung ist. 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:	ja nein



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
	Rethorakoskopie, Rethorakotomie  Wenn eine neue OP erforderlich ist, wird diese als Revisions-Operation dokumentiert und dem Verlauf der 1. OP zugeordnet.	unbekannt
Anzahl der untersuchten LK	Gesamtzahl der untersuchten Lymphknoten	Anzahl
Anzahl der befallenen LK	Gesamtzahl der befallenen Lymphknoten	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.

### 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 (afterloading) metabolische Therapie (radionuclide) unbekannt
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.



Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
Ende	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Gesamtdosis	Numerisch
Intention	kurativ palliativ adjuvant neoadjuvant
Beendigung der Strahlentherapie	Abbruch wegen Nebenwirkungen reguläres Ende Patient verweigert weitere Therapie Abbruch aus sonstigen Gründen unbekannt
Verlauf	Evtl. eigene Verlaufsmaske im Dokumentationssystem.

## 8) Systemische Therapie

Die systemische Therapie umfasst

- Chemotherapie (Mono- 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.

### Abbildung 4: Ereignis Systemische Therapie

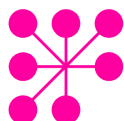
Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
Systemische Therapie	Zytostatika-Monotherapie Zytostatika-Polytherapie Kombinationstherapie



Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
	Immun- und Antikörpertherapie (incl. small-molecules) Bisphosphonattherapie
Intention	Hier wird die Intention dokumentiert unter der die systemische Therapie durchgeführt wird. kurativ palliativ adjuvant neoadjuvant
Protokoll	Hier wird der Name des Protokolls der systemischen Therapie erfasst. Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Zyklen durchgeführt	Hier werden die durchgeführten Zyklen dokumentiert. Numerisch
Beginn	Datum des Beginns 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. eingetragen werden.
Substanzen	Hier wird der Substanzname (Wirkstoff oder Handelsname) der systemischen Therapie erfasst. Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
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. eingetragen werden.
Gleichzeitig Strahlentherapie	Hier wird dokumentiert, ob während einer systemischen Therapie gleichzeitig eine Strahlentherapie des Primärtumors 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 nach Therapie**

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
Untersuchungs-Datum	Das Untersuchungsdatum ist der Tag, an dem der Patient vom niedergelassenen Arzt in der Praxis oder in einem Krankenhaus ambulant untersucht wird.
Stationär	Pat. wird in einem Krankenhaus stationär / teilstationär behandelt.
Ambulant	Pat. wird bei einem niedergelassenen Arzt oder in einem Krankenhaus ambulant behandelt.
Durchgeführte Therapiemaßnahme	Hier ist die einzelne Therapie zum Verlauf anzukreuzen.
Erfassungsanlass	Hier kann der entsprechende Erfassungsanlass dokumentiert werden.
Allgemeiner Leistungszustand	Operation
	Bestrahlung
	Chemotherapie
	Antikörper/Immuntherapie
	Schmerztherapie
	Anschlussheilbehandlung
	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Die Verschlüsselung des allgemeinen Leistungszustandes sollte nach ECOG erfolgen. Es kann aber auch der Karnofsky-Index verwendet werden (Angabe in %).	100 % ECOG = 0 Keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit.
	90 % ECOG = 0 Fähig zu normaler Aktivität, kaum oder geringe Symptome.
	80 % ECOG = 1 Normale Aktivität mit Anstrengung möglich. Deutliche Symptome.
	70 % ECOG = 1 Selbstversorgung. Normale Aktivität oder Arbeit nicht möglich.
	60 % ECOG = 2 Einige Hilfestellung nötig, selbständig in den meisten Bereichen.
	50 % ECOG = 2 Hilfe und medizinische Versorgung wird oft in Anspruch genommen.
	40 % ECOG = 3 Behindert. Qualifizierte Hilfe benötigt.
	30 % ECOG = 3 Schwerbehindert. Hospitalisation erforderlich.
20 % ECOG Schwerkrank. Intensive	



Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel						
	<table border="1"> <tr> <td>= 4</td> <td>medizinische Maßnahmen erforderlich.</td> </tr> <tr> <td><b>10 %</b> ECOG = 4</td> <td>Moribund. Unaufhaltsamer körperlicher Verfall.</td> </tr> <tr> <td><b>0 %</b> ECOG = 5</td> <td>Tod.</td> </tr> </table>	= 4	medizinische Maßnahmen erforderlich.	<b>10 %</b> ECOG = 4	Moribund. Unaufhaltsamer körperlicher Verfall.	<b>0 %</b> ECOG = 5	Tod.
= 4	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.						
Gesamtbeurteilung des Tumorstatus	<p>Interner Schlüssel im Dokumentationssystem</p> <p>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 bzw. 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)</p>						

### 10) Nachsorge (Follow up)

Die tumorspezifische Nachsorge ist zu dokumentieren.

Zum Follow-up Status gehören:

- auftretende Progressionen (Lokalrezidive, regionäre Lymphknotenrezidive, Fernmetastasen, Fernmetastasenrezidiv, zumindest jeweils die erste Progression)
- Vitalstatus ( Patient lebt )
- Unauffällige Nachsorge



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

**Abbildung 6: Ereignis Nachsorge**

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
Datum 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	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 bzw. 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)
Primärtumor	Kein Tumor Primärtumor vor Ersttherapie Tumorreste Lokalrezidiv Fragl. Befund unbekannt.
regionäre Lymphknoten	Keine regionären Lymphknoten-Metastasen Lymphknoten-Metastasen vor Ersttherapie Residualtumor in regionären Lymphknoten Lymphknoten-Rezidiv/neu aufgetretene Lymphknoten-Metastasen Fragl. Befund



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		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 (Patient lebt oder ist verstorben)	Letzter Follow-up-Status durch z.B. GKR 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) Rezidivdokumentation/ das lokalregionäre Rezidiv (bei gleicher Lokalisation, Histologie)

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:

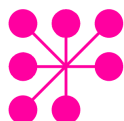
- Sterbefall
- Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Nachsorge abgeschlossen).

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 dem Patienten 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),





Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		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 der Pat. keine weitere Nachsorge mehr wünscht, bzw. wenn der 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 **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) zu dokumentieren.

### 13) Zusätzliche Parameter

Abbildung 8: Ereignis zusätzliche Parameter

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
EGFR-Mutation (optional)	EGFR, molekulare Biomarker	Mutation Wild-Typ Nicht durchgeführt unbekannt
Leitlinie	Leitliniengerechte Behandlung	ja nein unbekannt Begründung bei Abweichung von der Leitlinie: Klartextfeld



Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
<b>Merkmalsausprägung/Erklärung</b>	<b>Empfohlener Schlüssel</b>
Tumorkonferenz	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	postoperativ präoperativ prätherapeutisch posttherapeutisch prätherapeutisch und posttherapeutisch Morbiditätskonferenz
Abweichung Tumorkonferenz	Begründung bei Abweichung von der TK: Klartextfeld
Psychoonkologie	ja nein unbekannt
Sozialdienst	ja nein unbekannt
Studienteilnahme	keine Studie nicht-interventionelle Studie interventionelle Studie unbekannt
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 aber **nicht** an das Epidemiologische Krebsregister weitergeleitet.

- **Wie werden synchrone Tumore dokumentiert?**

Synchron auftretende Tumore mit gleicher Lokalisation, aber unterschiedlicher Histologie, werden getrennt dokumentiert. Werden beide Tumore in einer OP entfernt, muss für jeden Tumor eine OP und ein entsprechender Verlauf angelegt werden.

- **Was gilt als Revisions-OP?**

Operationen welche aufgrund perioperativer Komplikationen nach der Primärtumor-OP (innerhalb von 30 Tagen) durchgeführt werden, bezeichnet man als Revisions-OP.

Um eine Nachresektion dagegen handelt es sich, wenn nach der Primärtumor-Op, aufgrund inkompletter Resektion, eine erneute Operation zur vollständigen Entfernung des Tumors erfolgt.



## 15) Dokumente und Literatur

Für die Erstellung der Verfahrensanweisung: Dokumentation Lungenkarzinom wurde auf nachfolgende Dokumente zurückgegriffen:

- ADT-Basisdatensatz (2014)
- ADT-Benutzerhinweise (2014)
- ADT-organspezifischer Datensatz Lunge
- TNM-Supplement, Vierte Auflage,
- TNM- Klassifikation, Siebte Auflage, ICD-O-3, Erste Revision (2014)

## 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 erfolgreich
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



---

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

## 17) Autoren der Verfahrensanweisung

Katharina Marohl, Vivantes Klinikum Neukölln  
Pamela Rother, Vivantes Klinikum Neukölln  
Evelyn Hartanto, Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe  
Katrín Ramin, Charité  
Ines Conolly, DRK-Kliniken  
Annette Reinecke, TZB