

## **Dokumentationsfragen im Rahmen der 24. Informationstagung Tumordokumentation und Krebsregistrierung**

1. ID 544 am 09.09.2021 um 08:28 Uhr

Wird das Präfix "y" in der TNM-Klassifikation auch verwendet, wenn eine neoadjuvante Chemotherapie abgebrochen werden musste? Die geplante operative Resektion hat trotzdem stattgefunden.

**Antwort Experts:**

Das hängt von der Zeit und Intensität der erhaltenen Behandlung ab. Eine systemische Therapie, die wegen einer anaphylaktischen Reaktion nach wenigen Minuten abgebrochen wird oder bei der doch kurzfristig der Entschluss getroffen wird, doch zu operieren, verdient das Symbol y nicht. Eine Therapie, die zu  $\frac{3}{4}$  gegeben wurde, kann ein y bekommen. Die Erläuterungen im TNM (S.13) gehen auf dieses Thema nicht ein. Ein Cut-off, ab dem y angegeben werden kann, gibt es nicht. Die Frage sollte im Zweifelsfall vom Pathologen + Kliniker auf den Einzelfall bezogen beantwortet werden, entweder aus theoretischen Überlegungen heraus (kann die Therapie überhaupt schon gewirkt haben) oder anhand von pathologischen Regressionszeichen, die eine Wirkung belegen.

2. ID 120 am 09.09.2021 um 11:26 Uhr

Wie soll die Dokumentation der Systemtherapie in Rahmen von Studien erfolgen? Ein Studienprotokoll enthält mehrere Substanzen, die der Teilnehmer aber nicht immer alle bekommt. Sollen alle Substanzen dokumentiert werden, die in dem Protokoll vorhanden sind oder nur die Substanzen, die der Patient tatsächlich bekommen hat. Für die Tumordokumentation ist es zum Teil schwierig herauszufinden in welchem Arm der Patient sich befindet. Zudem müssten die Studien und die in den jeweiligen Behandlungsarmen gegebenen Substanzen genau bekannt sein. Das kann nicht von der Tumordokumentation verlangt werden. Außerdem gäbe es ein Problem bei Doppelblindstudien, wenn nur die tatsächlich gegebenen Substanzen dokumentiert werden würden.

**Antwort Experts:**

Sofern die verabreichten Substanzen bekannt sind, diese dokumentieren, außerdem den Studien(protokoll)namen. Sind die verabreichten Substanzen nicht bekannt sind (Doppelblindstudie) -> Name der Studie, am besten mit dem Vermerk „Studienarm unbekannt o.ä.“

3. ID 689 am 09.09.2021 um 11:28 Uhr

C50, mehrere synchrone räumlich getrennte Tumorherde mit unterschiedlichen Morphologien in einer Brust: Wie wird die Morphologie codiert? Verwendung der Kombinations-Morphologiecodes wie bei Tumoren mit gemischter Morphologie?

**Antwort Experts:**

Die Antwort ist ohne konkrete Befunde nicht allgemeingültig beantwortbar.

Die Antwort ist einfach, wenn es sich um vollkommen unterschiedliche Typen – Karzinome versus Sarkome oder Lymphome handelt. Dann sind das getrennte Tumoren. Die entsprechende Referenz ist im „Handbuch der Krebsregistrierung“ auf Seite 84 zu finden, bzw. das gesamte Kapitel „Fallidentität“ ab Seite 82.

Es kann aber auch die REGEL K aus der ICD-O-3.2 hilfreich sein:

4.3.8. Verschlüsselung einer Diagnose mit mehreren morphologischen Bezeichnungen

REGEL K: Wenn eine einzelne Schlüsselnummer zur Wiedergabe der Diagnose einer Neoplasie nicht ausreicht und die zur Diagnose verwendeten Beiwörter die Wahl zwischen zwei Schlüsselnummern offenlassen, so soll die numerisch größere Schlüsselnummer verwendet werden.

Wenn eine Neoplasie mit zwei modifizierenden Beiwörtern beschrieben wird und diesen jeweils eine andere Schlüsselnummer zugeordnet ist, besteht eine weitere Hürde zur richtigen Kodierung. Ein Beispiel stellt das "Übergangszell-Epidermoidkarzinom" dar. Hier werden nicht zwei verschiedene Karzinome beschrieben, sondern eine einzelne Neoplasie, die Elemente beider Zelltypen enthält.

"Übergangszellkarzinom o.n.A." wird mit 8120/3 verschlüsselt, "Epidermoidkarzinom o.n.A." mit 8070/3. Wenn es für die jeweilige Begriffskombination keine eigene Schlüsselnummer gibt, soll die numerisch größere Schlüsselnummer verwendet werden, hier 8120/3, da sie normalerweise spezifischer ist.

4. ID 544 am 09.09.2021 um 08:29 Uhr

Findet der Zusatz "B" in der Ann-Arbor-Klassifikation auch Anwendung, wenn nicht alle drei Symptome der B-Symptomatik vorhanden sind? (z. B. Gewichtsverlust und Nachtschweiß vorhanden, aber kein Fieber nachweisbar)?

**Antwort Experts:**

Mindestens ein B-Symptom reicht für die Verwendung aus. Allerdings sind die Symptome genau zu beachten:

Ungewollter Gewichtsverlust von > 10% des Körpergewichts im letzten halben Jahr

Unerklärliches Fieber >38°C

Massiver Nachtschweiß („klitschnass“: nasse Haare + Haut, mehrfacher Schlaf- und Bettwäschewechsel in der Nacht)

5. ID 541 am 03.09.2021 um 12:01 Uhr

Frage zum Merkmal 17.5 "Tumorstatus Fernmetastasen", Ausprägung P = Fernmetastasen-Progress: In den Anmerkungen steht, dass P angegeben werden soll, wenn NEUE Fernmetastasen hinzukommen. Frage: Was ist zu dokumentieren, wenn bestehende Fernmetastasen progredient sind? Ich vermute, dass diese sehr uneinheitlich dokumentiert wird: Intuitiv - ohne die angegebene Erklärung - würde man neue Fernmetastasen mit R = neu aufgetretene FM, bzw. Rezidiv dokumentieren (das "bzw." als "oder" interpretiert)

**Antwort Experts:**

R: Neu aufgetretene Fernmetastase(n) bzw. Metastasenrezidiv beschreibt eine Situation, in der zuvor Metastasenfreiheit bestand oder durch Therapie erreicht wurde. Neue Metastasen auch unter "Fernmetastasen" mit Lokalisation und Datum übermitteln.

P: Wenn zu bestehenden Fernmetastasen neue hinzukommen. Bei einem klinisch divergenten Geschehen, ist die prognostisch ungünstigere Ausprägung zu übermitteln. Neue Metastasen auch unter "Fernmetastasen" mit Lokalisation und Datum übermitteln.

6. ID 7 am 07.09.2021 um 11:33 Uhr

Inwiefern wurden die hämatologischen Remissionskriterien für die Gesamtbeurteilung des Tumorstatus mit in den neuen Datensatz einbezogen? Beispiel CML -> hämatologische, zytogenetische und molekulare Remission. Ebenso die Einzelbeurteilung von Primärtumor/Lymphknoten/Fernmetastasen passt im Fall der Hämatologie nicht exakt, wird jedoch vom Krebsregister gefordert.

**Antwort Experts:**

Gefordert wird im Allgemeinen die Gesamtbeurteilung, da diese für die Vergütung eine Pflichtangabe ist. Die Einzelbeurteilung von Primärtumor/Lymphknoten/Fernmetastasen ist bei Systemerkrankungen nicht sinnvoll und diese Angaben sollten daher nicht gefordert werden. Die Remissionstiefe wurde auch im neuen Basisdatensatz 2021 nicht mit aufgenommen. Möglicherweise ist eine solche Erweiterung sinnvoll, wenn zukünftig ein Modul Hämatookologie entwickelt wird. Gegebenenfalls könnte in Absprache mit dem jeweiligen Landeskrebsregister auch eine getrennte Übermittlung als sonstige Klassifikation erfolgen.

7. ID 541 am 03.09.2021 um 12:01 Uhr

Merkmal 16.7 "Systemische Therapie Ende Grund" Was ist zu dokumentieren, wenn die Therapie im Hause beendet wurde und dann z.B. extern/heimatnah fortgeführt wird. "Mein Part" der Behandlung wurde zwar regulär beendet, aber die Therapie als solches (und wir dokumentieren ja den Tumor! und seine Behandlung) wurde weder regulär beendet noch wurde sie abgebrochen.

### **Antwort Experts:**

Dadurch, dass man eine Therapie nicht selbst weiterführt, ist noch kein Meldeanlass Behandlungsende gegeben, d.h. es muss hier –sofern nicht spezielle Landesregelungen bestehen- durch den ersten Therapeuten nur der Therapiebeginn gemeldet werden. Somit entfällt in diesem Fall der Ende-Grund. Das Behandlungsende wird durch den Therapeuten gemeldet, der die Therapie beendet.

### 8. ID 26 am 07.09.2021 um 09:42 Uhr

Zu Punkt 23.2. Was ist bei Ausprägungen P, S, N, U zu dokumentieren? Und gerade bei Polymorphismus konnte mir bisher keiner so richtig weiterhelfen, inwieweit diese Ausprägung für die Tumordokumentation relevant ist.

### **Antwort Experts:**

Es handelt sich um das neue Merkmal „Genetische Variante Ausprägung“ aus dem Basisdatensatz 2021. Die Ausprägungen:

„Mutation“ und „positiv“ bzw. „Wildtyp“, „nicht mutiert“ und „negativ“ werden im Prinzip synonym gebraucht.

Definition Polymorphismus: Genetische Variante, bei der das seltenere Allel in der untersuchten Population eine Frequenz  $\geq 1\%$  aufweist, unabhängig von der funktionellen Konsequenz dieser Veränderung. (Quelle: [10.1007/978-3-642-28907-1\\_3.pdf \(springer.com\)](https://www.springer.com))

Als **Polymorphismus** bezeichnet man im Fachgebiet **Genetik** das Auftreten einer **Genvariante** (das heißt: eines **Allels**) in einer **Population**. Definitionsgemäß muss die Auftretenshäufigkeit der Genvariante (die **Allelfrequenz**) größer als ein Prozent sein, andernfalls wird von einer **Mutation** gesprochen. Eindeutiger ist in diesem Zusammenhang der Begriff **Sequenzvariation**, der sich aber noch nicht vollständig durchgesetzt hat. (Quelle: [Polymorphismus \(bionity.com\)](https://www.bionity.com))

Danach unterscheiden sich Mutation und Polymorphismus durch die Häufigkeit des Auftretens. D. h. eine genetische Auffälligkeit mit Häufigkeit  $> 1\%$  ist Polymorphismus.

Sonstiges bedeutet, dass ein freitextliche Angabe der konkreten Ausprägung erfolgen muss, also z.B. eine bestimmte Deletion/Translokation etc. oder eine definierte Abweichung, die beispielsweise klinisch relevant ist, wo also die Angabe M oder P nicht ausreichend ist (BITTE KEES FRAGEN, OB ES HIER BEISPIELE AUS DER AG DATEN GIBT).

N = nicht bestimmbar ist zu verwenden für Situationen, in denen die Bestimmung eines M/W/P/S nicht gelungen ist, während U = unbekannt das Nicht-Vorhandensein der Information aus sonstigen Gründen kennzeichnet.

### 9. ID 120 am 09.09.2021 um 11:17 Uhr

17.2 + 17.5 Gesamtbeurteilung des Tumorstatus + Tumorstatus Fernmetastasen Y = Rezidiv bzw. R = neue Fernmetastase ODER P = Progression Was muss angegeben werden, wenn ein Patient bereits Metastasen hat z.B. Lunge und zeitlich später neue Metastasen an einer anderen Lokalisation auftreten z.B. Hirn?

### **Antwort Experts:**

Siehe ID 541, zu Y: vor Basisdatensatz 2021 umfasste der Begriff Progression auch das „klassische“ Rezidiv, also das Neuauftreten von Erkrankung nach kompletter Tumorfreiheit. In der Version 2021 werden jetzt Progression und Rezidiv unterscheidbar gemacht, wobei „Rezidiv“ im Umkehrschluss bedeutet, dass eine klinische Tumorfreiheit vor der Angabe dieser Ausprägung vorgelegen haben muss. Besonders wertvoll ist die Angabe beispielsweise beim sogenannten biochemischen Rezidiv des Prostatakarzinoms, da hier der Ort des Rezidivs nicht explizit bekannt ist und somit keine Angabe zu den Einzelbeurteilungen Primärtumor/Lymphknoten/Metastasen vorliegt. Sofern bekannt ist, wo sich das Rezidiv befindet, ist in der betreffenden Einzelbeurteilung eine Angabe zu machen.

#### 10. ID 120 am 09.09.2021 um 11:17 Uhr

16.7 Systemische Therapie Ende Grund W = reguläres Ende mit Substanzwechsel Wann genau ist W anzugeben? Sind die Therapien einzeln zu melden, bspw. 1. Therapie mit Substanz A, aufgrund von Nebenwirkungen, Patientenablehnung etc. muss auf eine andere Substanz gewechselt werden, daher Therapieende W? Dann 2. Therapie mit Substanz B und Therapieende E? Im Grund wäre es bei der 1. Therapie dann aber kein reguläres Ende. Oder ist die gesamte Systemische Therapie in einer Meldung zusammenzufassen mit allen gegebenen Substanzen auch wenn diese nicht über den vollen Zeitraum verabreicht wurden?

### **Antwort Experts:**

Es kommt vor, dass beispielsweise bei Unverträglichkeiten gegen einen Wirkstoff eines Protokolls dieser gegen einen anderen mit gleichartiger Funktion ausgetauscht wird. Solch ein Substanzwechsel bedeutet nicht notwendigerweise einen kompletten Therapiewechsel.

Bsp: SCLC 6 Zyklen Cisplatin / Etoposid, Wechsel von Cis- auf Carboplatin wegen ansteigender Retentionsparameter (NI) nach 3.Gabe. CE ist das Protokoll.

In diesem Fall ist als Endgrund ein W anzugeben. Da zwei Meldungen, Behandlungsbeginn und Behandlungsende eintreffen, kann das empfangende Register so eine Situation interpretieren. Bei Behandlungsende sind immer alle verabreichten Substanzen anzugeben, also auch eine, nach der dann ein Wechsel durchgeführt wurde. Die Protokollbezeichnung hilft zudem dem Register zu erkennen, welche Substanzen normalerweise zum Protokoll gehören.

Wird hingegen eine Therapie komplett gewechselt, beispielsweise auf ein anderes Protokoll, ist die erste Therapie mit A = Abbruch wegen Nebenwirkungen zu melden und die nächste Therapie, falls diese regulär beendet wird, mit Ende Grund W = reguläres Ende mit Substanzwechsel.

#### 11. 5.6 Primärtumor Diagnosedatum

Datum, an dem die meldepflichtige Diagnose erstmals durch einen Arzt klinisch oder mikroskopisch diagnostiziert wurde.

Frage: Angenommen, eine Metastase wurde klinisch am 01.02.21 diagnostiziert und der Primärtumor per Biopsie am 15.02.21. Soll hier als Diagnosedatum der 15.02.21 genommen werden? Wie ist es weiterhin definiert, man braucht eine klare Ansage!

Bezieht sich dieses Merkmal auf den Primärtumor selber oder auf die Fernmetastase?

Darf laut ADT-Katalog die Fernmetastase vor dem Primärtumor gesichert sein?

#### **Antwort Experts:**

Diagnosedatum: Datum der Diagnose des malignen Tumors, dies kann auch die erste bekannte Metastase sein – vor der ggf. histolog. Sicherung des Primums (siehe auch Situation unbekannter Primärtumor), sonst werden Datumshierarchien verletzt. Damit ist das Diagnosedatum der 01.02.21.

Dabei ist es zum Verständnis hilfreich zu wissen, dass das Diagnosedatum in anderen Ländern als Inzidenzdatum (Datum des Auftretens) bezeichnet wird und sich somit vom Datum der ärztlichen Diagnose unterscheiden kann, sprich diesem vorausgehen kann. Es ist sozusagen der Nachweis einer Erkrankung an sich und nicht der komplette Abschluss der Diagnostik.

#### 14.3 Strahlentherapie Zielgebiet

1. 1.2 Teilhirn (frontal/parietal/occipital/temporal/Kleinhirn) – sind die Meningen hier inklusive (diese werden auch häufig nur als Teilhirnbestrahlung bestrahlt)?

#### **Antwort Experts:**

Die Meningen werden größtenteils mit Ganzhirn als sogen. Helmfeld bestrahlt, das ist bei Ganzhirn mit der Bemerkung inkl. Meningen / Helmfeld anzugeben. Das entspricht auch der Regelung zu zusammenhängenden Zielgebieten.

Wenn nur ein Teil der Meningen bestrahlt wird, würde ich es als Teilhirn mit der Lokalisation wählen und in die Bemerkung Meningen schreiben.

2. Hirn sonstiges – Sollen hier die Akustikusneurinome dokumentiert werden?

#### **Antwort Experts:**

Nein: Teilhirn temporal

3. Wie soll zukünftig eine RT der Mamma + axilläre LK dokumentiert werden? Mit zwei Zielgebieten?

**Antwort Experts:**

Ja,  $\geq 2$  Zielgebiete bei Mitbestrahlung des Lymphabflusses

**Bsp. 1:** Mamma links 1,8 – 58,8 Gy mit SIB  
Supraclav LA links 1,8 – 45,0 Gy

**Bsp. 2:** Mamma links 2,66 Gy – 48 Gy mit SIB (16x 2,66 und SIB 16x3,0 Gy)

Der Lymphabfluß wird normofraktioniert bestrahlt, d.h. dieses Bsp. gilt für Mammabe-strahlungen ohne LA, ansonsten analog Studienprotokoll HypoSIB

**Bsp.3:** Thoraxwand links 1,8 Gy – 50,4 Gy  
Supraclav. LA links 1,8 Gy – 50,4 Gy  
Axillärer LA links 1,8 Gy – 45,0 Gy  
Parasternaler LA links 1,8 Gy – 45,0 Gy

14.9 Strahlentherapie Gesamtdosis (Dosis) + 14.10. Strahlentherapie Einzeldosis pro Tag (Dosis)

1. Frage – wie soll ein Boost praktisch dokumentiert werden? Wie sollen dreifache simul-tan integrierte Boosts wie zum Beispiel bei Prostata-Ca. oder HNO-Tumoren dokumen-tiert werden, ohne fälschlicherweise einen SIB zu unterschlagen, wenn nur die höchst-mögliche Gesamtdosis angegeben werden soll?

Ist es nicht doch sinnvoller, alle Teilbestrahlungen mit ihren exakten Einzeldosen und Gesamtdosen zu dokumentieren, wie sie auch in Wirklichkeit durchgeführt worden sind?

**Antwort Experts:**

Die Abbildung von Boostkonzepten wurde lange diskutiert. Analog zu Chemotherapien, bei denen keine Dosisangaben, Dosisreduzierungen etc. dokumentiert werden, sollte auch die STR nicht aufgebläht werden. Als Kompromiss wurden die Felder SIB und SEQ eingeführt, so dass klar wird, dass hier Boost-Konzepte involviert werden. Jede Auswertung setzt voraus, sich mit der zugrunde liegenden Dokumentation zu beschäftigen, um Limitationen auszumachen. Aus meiner Sicht ist das ein Rumpfdatensatz, der für spezielle radioonkologische Fragestellungen den Blick in die Patientenakte nicht ersetzt.

2. Auch spielt es eine Rolle, ob auch LK dieselbe komplette Dosis erhalten wie zum Beispiel das Lungenkarzinom oder ob die LK-Bestrahlung früher endet.

**Antwort Experts:**

Der LA separat ab jetzt immer separat mit Seite und Dosisangabe dokumentiert

3. Gerade auch bei der Prostata spielt nicht nur die Prostatabestrahlung eine Rolle, sondern die einzelnen simultan integrierten Boosts unterscheiden sich neben der Dosierung auch in den Sicherheitsabständen um die Prostata herum, ggf. auch unter Einbeziehung der Lymphknoten und Samenblasenbasis. All diese Konzepte dienen auch dazu, Nebenwirkungen zu minimieren.

Nebenwirkungen - hier finde ich es schön, dass nun auch die Grad 2 und Grad 1-Nebenwirkungen erfasst werden. Gerade auch die Grad 2-Nebenwirkungen können ebenfalls heftig sein.

**Antwort Experts:**

Keine & NW  $\leq$  2 werden wie zuvor zusammengefasst und nicht einzeln aufgeführt.

Allerdings ist jetzt unterscheidbar, dass mindestens eine Nebenwirkung Grad 2 oder 1 aufgetreten ist, wobei die Art der Nebenwirkung **bei der Meldung** nicht angegeben wird. Gleichwohl kann jede:r im System so detailliert dokumentieren, wie er möchte. Es ist Aufgabe des Systems, dies ordnungsgemäß zu extrahieren.

4. Weiterhin lese ich, dass bei den Systemtherapien nur noch taggenaue Datumsangaben akzeptiert werden. Wie soll es praktisch bei oralen häuslichen Medikationen wie bei Hormontherapien, Chemotherapien (Hydroxyurea) oder Bisphosphonaten gehandhabt werden? Das Datum der Rezeptausstellung? Hier kann man schlecht nachvollziehen, wann der Pat. tatsächlich das Rezept einlöst und mit der Therapie beginnt.

**Antwort Experts:**

Im Meldeformat ADT-GEKID-XML wird es möglich sein, den Beginn auch monatsgenau zu melden. Es wird allerdings bei Meldeanlass Behandlungsbeginn dennoch eine tagesgenaue Angabe erwartet, was gemäß dem Prinzip, eigene Leistungen zu melden nicht unbillig ist. Bei Behandlungsende kann aber gerade bei lang dauernden Therapien und Therapeutenwechsel tatsächlich der Beginn nicht exakt bekannt sein. Die tatsächliche Compliance insbesondere bei ambulanter Medikation ist ein grundsätzliches Problem, dass sich auch durch die Ungenauigkeitsangabe nicht beheben lässt.