

Handbuch für die Anwendung der Basisdokumentation basierend auf den neuen ADT-Bögen

Udo Altmann, Institut für Medizinische Informatik, Gießen
Stand: 31. Januar 2012

Allgemeines

Die Basisdokumentation für Tumorkranke ist der allgemeine Standard für die Dokumentation in den klinischen Krebsregistern für alle Arten von Tumorerkrankungen. Er kann je nach Tumorerkrankung um weitere organspezifische Module ergänzt werden.

Im Allgemeinen sind Erfassungsinstrument (Programm, Bogen, Brief), register-interne Darstellung und externe Repräsentation von Daten eines Registers zu trennen. Der Fokus dieser Darstellung liegt auf der externen Repräsentation.

Die bisherigen Darstellungen der Basisdokumentation gingen implizit von einer weitgehenden Erfassung über Bögen aus. Diese existieren zwar in der Realität weiter, werden aber zunehmend um andere Erfassungsinstrumente wie Entlassbriefe oder Online-Erfassung ergänzt, die sich aus praktischen Gründen nicht an solchen Vorgaben orientieren können. So kann eine kurze Statusinformation zu einer Tumorerkrankung, die nur 2-5 Angaben umfasst, eine wichtige Verlaufsinformation sein. Den jeweiligen Anwender aber mit einer umfangreichen Erfassungsmaske oder einem Bogen zu belasten, wäre in diesem Fall eher kontraproduktiv. Andererseits bilden Primärdiagnose und Operation häufig einen engen Komplex, den erfassungsseitig aufzulösen nicht sinnvoll ist. Es müssen also andere Beschreibungsformen genutzt werden, die sich stärker auf die Inhalte als auf die Darstellung der Erfassungsseite beziehen. Aufgabe einer weiterhin sinnvollen Bogendarstellung ist damit vor allem, dem Einsteiger eine grundsätzliche Vorstellung über die Inhalte auf prägnante Art zu vermitteln.

Dieses Handbuch definiert die Inhalte der Basisdokumentation und gibt Verwendungshinweise. Es soll damit die Bedeutung und Rationale für die einzelnen Merkmale wiedergeben. Damit stellt es eine Art inhaltliche Mindestanforderung für die Systeme zur Tumordokumentation in dem Sinn dar, dass Tumordokumentationssysteme Daten in der hier angegebenen Art und Weise ausgeben können müssen. Ein konkretes Anwendungssystem kann selbstverständlich zusätzliche Daten verarbeiten, wenn seine Funktionalität es erfordert.

Zu unterscheiden ist eine Ebene der logischen Einheiten, die mit einigen Einschränkungen den bekannten Bögen entspricht, und den Zusammenhängen zwischen diesen Einheiten, kurz dem Datenmodell, und die eigentliche Beschreibung der Inhalte.

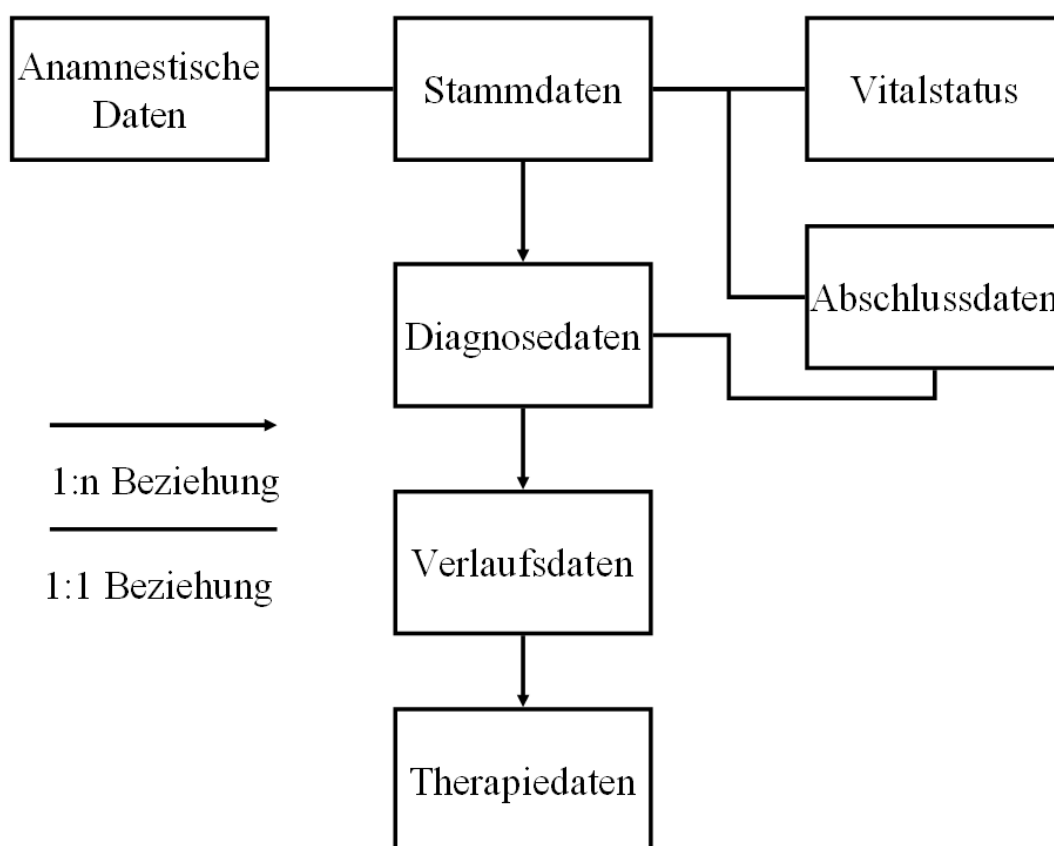
Datenmodell

Grundlage des Verständnisses der in den folgenden Kapiteln dargestellten Inhalte ist die Skizze des zugrunde liegenden Datenmodells in einer an die Entity-Relationship-Methode angelehnten Darstellung. Dieses – vereinfachte - Modell soll den gemeinsamen Nenner der Datenorganisation in unterschiedlichen Registersystemen darstellen, d.h. unabhängig davon, wie das Registersystem intern strukturiert ist, muss es in der Lage sein, die Daten in der

genannten Art und Weise auszugeben. Solche auch Domain Information Model genannten Beschreibungen bilden eine Grundlage für die Generierung von Datensatzbeschreibungen, wie sie zum Beispiel für gemeinsame Auswertungen, z.B. im Rahmen eines Benchmarking, benötigt werden. Das Datenmodell ist insofern allgemein, als organspezifische Erweiterungen den gleichen Entity-Typen zugeordnet werden können.

Solche Datensätze könnten zum einen fallbezogen sein. Dann werden zum Beispiel Teile der Diagnosedaten um Felder aus bestimmten Verlaufs- oder Therapiedatensätzen ergänzt. Oder sie sind therapiebezogen. Dann könnten die Therapieinformationen um solche aus den Diagnosedaten ergänzt werden.

Dabei werden berechnete Daten, wie zum Beispiel die Überlebenszeit, oder aggregierte Daten, wie ein Datum der letzten Information zu einem Tumor, nicht beschrieben, sondern müssen in den jeweiligen Datensatzbeschreibungen definiert werden.



Die Bezeichnung der Entity-Typen (Kästchen) entspricht in etwa der traditionellen Bezeichnung der Datenmengen, wie sie teilweise aus den Bögen der 5. Auflage der Basisdokumentation bekannt sind..

Stammdaten

Hierunter werden alle personenidentifizierenden Daten sowie die einmal pro Patient existierenden Eigenschaften verstanden. Daher sind zum Beispiel auch das Sterbedatum und die Krebs-Tod-Relation eingeschlossen, obwohl sie am Schluss der Erfassung stehen und vom Aspekt der Erfassung den Abschlussdaten zuzuordnen sind.

Anamnestiche Daten

Hierunter werden alle Daten verstanden, die sich auf die Vorgeschichte des Patienten beziehen und sich nicht in der sonstigen Dokumentation abbilden lassen, wie frühere Tumorerkrankungen, die nicht detailliert im Register dokumentierbar sind oder risikobehaftete Vorbehandlungen. Erfassungsseitig werden diese in der Regel im Lauf der Diagnose abgefragt.

Ergeben sich hierbei Anhaltspunkte für eine frühere Tumorerkrankung, etwa durch anamnestiche Chemo- oder Strahlentherapien, sollte versucht werden, diese wenigstens rudimentär als eigenständige Erkrankung zu erhärten und zu dokumentieren.

Diagnosedaten

Hier werden die einmal pro Tumorerkrankung existierenden Inhalte erfasst, im Wesentlichen die Tumorklassifikation und Ausbreitung. Dazu gehören jedoch auch Inhalte, die erst nach Abschluss der Primärtherapie feststehen, wie die definitive Residualklassifikation nach Abschluss der Primärbehandlung.

Verlaufsdaten

Verlaufsdaten sind tumorbezogene Statusangaben, die bei jedem Ereignis zu dokumentieren sind. Ereignisse können sein:

- Ende von Behandlungen
- Nachsorgen
- Rezidive

Sofern es sich um Abschlussbeurteilungen von Therapien handelt, sind auch entsprechende kurze Informationen zu den durchgeführten Therapien enthalten. Diese Kurzinformationen sind redundant zu gleichzeitig vorhandenen Therapiedaten und in der Regel nicht ausreichend für eine vollwertige Analyse. Sie bieten allerdings die Möglichkeit einer Minimaldokumentation bei unbefriedigender Datenlage und die Möglichkeit, die Nicht-Durchführung bzw. Ablehnung einer Therapiemodalität zu dokumentieren. Ein Vorschlag für eine Therapiedokumentation, die darüber hinaus auch diverse Empfehlungs- und Statusangaben einbezieht, ist dem Anhang beigelegt.

Therapiedaten

Hier handelt es sich um drei verschiedene Detaildaten zu operativer, Strahlen- und systemischer Therapie, die die Kurzinformationen in den Verlaufsdaten ergänzen. Kombinierte Therapien (z.B. Radiochemotherapie) werden durch die Zuordnung mehrerer Therapiedatensätze zu einem Verlauf ausgedrückt.

Am Ende einer Therapie hat grundsätzlich eine Statusangabe zu erfolgen. Dieser explizite Bezug einer abschließenden Verlaufsangabe zu einer Therapie ermöglicht eine zweifelsfreie Zuordnung eines Therapieergebnisses. Daher sind Therapiedaten abhängig von dieser Verlaufsangabe modelliert. Bei laufender Therapie bleiben diese Angaben einfach leer. Sich ändernde Statusangaben während einer Therapie werden in getrennten Verläufen angegeben

Abschlussdaten

Abschlussdaten kennzeichnen das Ausscheiden des Patienten aus der aktiven Nachsorge oder sonstigen Verlaufsverfolgung. Je nach dem, ob es sich um ein generelles Ausscheiden oder um – bei mehreren Tumorerkrankungen – ein gezieltes Ausscheiden handelt, sind diese Daten allein dem Patienten oder der entsprechenden Erkrankung zugeordnet.

Vitalstatus

Kann nur eine Aussage getroffen werden, ob der Patient noch lebt, z.B. über einen Nachfrage bei Melderegistern, wird ein alleiniger Vitalstatussatz eingegeben. In der Regel ist allerdings nur der letzte Vitalstatus interessant, weshalb diese Information auch bei den Stammdaten eingeordnet werden könnte.

Autopsiedaten

Autopsiedaten dienen dem Ziel, den Status der Tumorerkrankung(en) zum Zeitpunkt des Todes zu bewerten. Inhaltlich entsprechen die im Diagramm nicht dargestellten Autopsiedaten daher einer Verlaufsbeurteilung, auch wenn sie erfassungsseitig eher einem Abschluss zuzuordnen sind. Sie werden hier nicht näher spezifiziert.

Inhalte

Nachfolgend werden die pro Entitytyp zu erfassenden Eigenschaften (Items, Attribute) dargestellt. Dabei werden allgemeine Prinzipien, die in allen Teildaten gelten, vorangestellt. Diese werden später nicht noch mal erwähnt, um die Darstellung übersichtlicher zu halten.

Optionalität

Die dargestellten Inhalte sind, soweit keine Einschränkung gegeben ist, verpflichtend.

Abkürzungen

EKR = Epidemiologische Krebsregister.

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Allgemeine Prinzipien		Informationen, die in allen Teildatensätzen relevant sind und grundsätzliche Prinzipien	
Patientenidentifikationsnummer	alphanumerisch	Im System eindeutige Kennzeichnung des Patienten als Pseudonym	Zusammenführung von Datensätzen
Tumoridentifikationsnummer	alphanumerisch	Zur Unterscheidung der Daten zu unterschiedlichen Tumorerkrankungen, nicht für Erfassung, aber intern verpflichtend	Bildung von Referenznummern für EKR-Meldung, Record Linkage
Durchführender von Diagnostik, Maßnahmen, Nachsorge	alphanumerisch	<p>Diese Information dient der Abgrenzung von nicht selbst zu verantwortenden Daten / Maßnahmen. Für außerhalb des eigenen Zentrums durchgeführte Maßnahmen stimmt häufig nicht mit dem Melder überein.</p> <p>Für interne Darstellung (z.B. für QM) kann es notwendig sein, diese relativ genau zu erfassen; nach außen erfolgt die Darstellung nur auf einem für den jeweiligen Auswertungszweck zulässigen Aggregierungslevel, im Extremfall als extern/intern.</p>	Selektion und Stratifikation von Daten
Schlüsselversionen		Bei der Benutzung von Klassifikationen (ICD-O, ICD, TNM, OPS, etc.) ist deren Version zu speichern. Für aktuelle Datensätze ist grundsätzlich die aktuelle Version zu benutzen. Außerdem gelten generell die dort beschriebenen Klassifikationsregeln.	Selektion und Stratifikation von Daten, EKR-Meldung
Freitexte		Es wird empfohlen, bei allen Verweisen auf externe Klassifikationen (ICD-O, ICD, TNM, etc.) grundsätzlich den originalen Freitext zu speichern, um eine spätere Revision der Codierung zu ermöglichen und bestimmte Sachverhalte für Informationszwecke präziser angeben zu können. Teilweise sind diese Texte auch Pflicht bei der Meldung an EKR.	EKR-Meldung

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Datumsgenauigkeit	<p>J = Ja (Datum ist genau) N = Nein</p> <p>Alternative:</p> <p>T = taggenau M = monatsgenau Q = quartalsgenau J = jahresgenau</p>	<p>Um mit Datumsfeldern rechnen zu können, muß immer ein formal gültiges Datum eingegeben werden. Um teilweise unbekannte Datumsangaben verarbeiten zu können, gilt folgende Regel:</p> <p>Bei teilweise unbekanntem Datum soll die jeweilige Periodenmitte angegeben werden, d.h. wenn nur der Monat bekannt ist, wird für den Tag "15" eingetragen, wenn nur das Jahr bekannt ist, werden Tag und Monat als "01.07." codiert.</p> <p>Mit einem zusätzlichen Feld Datumsgenauigkeit kann bei möglicherweise ungenauen Angaben (z.B. "15.01.") angezeigt werden, ob es sich um eine präzise oder um eine ungenaue Angabe handelt. In wenigen Fällen wird diese Angabe bei der EKR-Meldung benötigt, in der Regel ist die Angabe jedoch optional.</p>	(EKR-Meldung)
Mehrfacheingabe und Dokumentbezug bei TNM/Stadienangaben und Histologien		<p>Unter dem Aspekt der Klassifikation sind je ein cTNM, pTNM bzw. andere Stadieneingabe sowie eine definitive histologische Klassifikation ausreichend und verpflichtend.</p> <p>Eine am Verlauf orientierte Dokumentation wird hierfür jedoch mehrere Datensätze vorsehen und für die definitive Eingruppierung der Erkrankung darunter die relevanten Datensätze markieren oder Informationen zusammenfassen.</p> <p>Es wird empfohlen, intern immer den Bezug zu einem Erfassungsinstrument (Diagnose, Verlauf, Therapie), in dessen Rahmen die Angabe erfasst wurde, zu speichern, da z.B. Datumsangaben bei einigen Ausgabedatensätzen gefordert sind</p>	

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Stammdaten		Einmal pro Patient vorzuhaltende Informationen	
Name, Vorname, Geburtsname, Adresse		Identifikation, aktuelle Adresse, für EKR eigentlich die Adresse zum Zeitpunkt der Erkrankung zur korrekten Einordnung der Inzidenz	Anschreiben, EKR-Meldung
Geschlecht	M=Männlich W=Weiblich X=Unbekannt		Stratifikation und Selektion von Daten, EKR-Meldung
Geburtsdatum		Berechnung des Alters	Kohortenabgleich für relatives Überleben, EKR-Meldung
Staatsangehörigkeit o.ä., Mehrlingseigenschaft, Berufsanamnese etc.	lt. Landesspezifischer Regelung	soweit in Krebsregistergesetzgebung verpflichtend	EKR-Meldung, Gemäß landesspezifischer Regelung der Krebsregistergesetzgebung
Sterbedatum		Berechnung Überlebenszeit	EKR-Meldung
Krebs-Tod-Relation	J = Ja (Tod tumorbedingt, inkl. Folgeerkrankungen des Tumors) B = Tod an Behandlungskomplikationen, Nebenwirkungen oder therapiebedingten Folgeerkrankungen N = Nein (Tod nicht im Zusammenhang mit Tumor oder Tumorbehandlung) E = Entscheidung nicht möglich X = Unbekannt		EKR-Meldung, Stratifikation und Selektion
Autopsie durchgeführt	J = Ja N = Nein X = unbekannt		EKR-Meldung

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Anamnestische Daten		Einmal pro Patient vorzuhaltende Informationen zur Vorgeschichte. Dies sind zumeist Daten, die Einfluss auf Prognose oder Therapie haben können oder die Inzidenzberechnung in EKR beeinflussen.	
Chemotherapie in Anamnese	J = Ja N = Nein X = unbekannt	Wurde der Patient bereits früher schon einmal mit Chemotherapie behandelt? Verändern evtl. Prognose / Therapie. Eventuell nur organspezifisch relevant (siehe spezielle Hinweise). Es sollte in jedem Fall versucht werden, weitere Informationen zu vorbestehenden Tumorerkrankungen herauszufinden und zu dokumentieren.	Stratifikation, Selektion
Strahlentherapie in Anamnese	J = Ja N = Nein X = unbekannt	Wurde der Patient bereits früher schon einmal mit Strahlentherapie behandelt? Verändern evtl. Prognose / Therapie. Eventuell nur organspezifisch relevant (siehe spezielle Hinweise). Es sollte in jedem Fall versucht werden, weitere Informationen zu vorbestehenden Tumorerkrankungen herauszufinden und zu dokumentieren.	Stratifikation, Selektion
Frühere Tumorerkrankungen Ja/Nein	J = Ja (es gibt bereits Tumorerkrankungen in der Vorgeschichte) N = Nein (der dokumentierte Tumor ist die erste Tumorerkrankung) X = unbekannt	Zweit- und weitere Erkrankungen, Tumorerkrankungen in der Anamnese führen zu Änderungen von Prognose und Therapie. Solche Fälle müssen daher getrennt analysierbar sein.	EKR-Meldung, Stratifikation
Frühere Tumorerkrankungen Jahr und ICD	Wiederholfeld bestehend aus Jahr der Erkrankung und ICD-10 pro Erkrankung (falls "Frühere Tumorerkrankungen = Ja")	Hier sind insbesondere die Erkrankungen einzutragen, zu denen nicht genügend Informationen vorliegen, um eine reguläre Dokumentation aufzubauen. Den epidemiologischen Krebsregistern helfen diese Angaben bei der Einordnung der Inzidenz.	EKR-Meldung, Stratifikation

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
-------------	-----------	-------------------------	-----------

Diagnosedaten		Einmal pro Tumorerkrankung zu erfassende Items, die den Zustand der Erkrankung zum Zeitpunkt der Diagnose kennzeichnen.	
Diagnosedatum		<p>Das Diagnosedatum (Tag, Monat, und Jahr) ist im Bezug auf die Diagnosesicherheit zu setzen. D. h. wird die Diagnose histologisch gesichert ist das Diagnosedatum dem Histologiedatum gleichzusetzen. Wenn z. B. aber die Diagnose nur klinisch gesichert wird (ohne nachfolgende histologische Diagnosesicherung) handelt es sich beim Diagnosedatum um den Tag, an dem die Tumordiagnose ärztlich diagnostiziert bzw. eine Verdachtsdiagnose geäußert worden ist.</p> <p>Das Diagnosedatum charakterisierte in früheren Versionen den Beginn der medizinischen Aufzeichnungen zu dieser Tumorerkrankung. In der Praxis hat sich diese Definition als schwer handhabbar und erhebbar erwiesen, was zu einer heterogenen Praxis geführt hat, die im Extremfall auch zu einer Inzidenzverschiebung und zu einer Verzerrung der Berechnung der Überlebenszeit führen kann.</p> <p>Darum soll es jetzt in Bezug auf die Diagnosesicherheit gesetzt werden. Auch wenn die Heterogenität damit nicht aufgelöst ist, wird in jedem Fall klar, welches Datum damit gemeint ist.</p> <p>D. h. wird die Diagnose histologisch gesichert ist das Diagnosedatum dem Histologiedatum gleichzusetzen. Wenn z. B. aber die Diagnose nur klinisch gesichert wird (ohne nachfolgende histologische Diagnosesicherung) handelt es sich beim Diagnosedatum um den Tag, an dem die Tumordiagnose ärztlich diagnostiziert bzw. eine Verdachtsdiagnose geäußert worden ist.</p> <p>ZU DISKUTIEREN</p> <p>Dieses Vorgehen kann zu einer systematischen</p>	Berechnung der Überlebenszeit, EKR-Meldung

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
		<p>Verzerrung insofern führen, dass histologisch nie gesicherte Tumoren im Allgemeinen ein früheres Diagnosedatum erhalten als solche, die erst nach einem längeren diagnostischen Prozess histologisch gesichert werden. Daher kann es sinnvoll sein, als Diagnosedatum auch ein Datum z.B. einer bildgebenden Untersuchung anzugeben, die schon eindeutige Hinweise auf das Vorliegen einer Tumorerkrankung gegeben hat.</p>	

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Diagnosesicherheit	K = klinisch (wenn nicht histologisch gesichert) Z = zytologisch H = histologisch A = autoptisch D = DCO S = sonstiges X = unbekannt	höchste erreichte Diagnosesicherheit zum Diagnosedatum, siehe auch Diagnosedatum	EKR-Meldung
Hauptlokalisation	ICD-O-2/3 bzw. der dazu kompatible Lokalisationsschlüssel 4./5. Auflage.	Lokalisation des Primärtumors Metastasen sind hier nicht zu verschlüsseln, sondern unter "Metastasen". Im Falle eines unbekanntem Primärtumors ist C80.9 zu verschlüsseln. Weitere Hinweise s. Ausgabe des Lokalisationsschlüssels	EKR-Meldung
Seitenangabe	R = rechts L = links B = beidseits M = Mittellinienzone (4 cm breiter Bereich entlang der Medianlinie bis zu 2 cm rechts und links der Mittellinie) S = Systemerkrankung X = unbekannt	Die Seitenlokalisation gibt bei paarigen Organen die befallene Seite an. Sie kann auch bei unpaaren Organen angewendet werden (z.B. "rechter Schilddrüsenlappen" oder "laterale Blasenwand links").	EKR-Meldung

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Diagnoseanlaß	<p>T = Tumorsymptomatik führte zum Arzt F = Gesetzliche Früherkennungsmaßnahme ohne Einladungssystem C = Gesetzliche Screeningmaßnahme mit Einladungssystem (z.B. Brustkrebs-Screening), kein "graues" oder anderes "Screening" V = Nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Vorsorgeuntersuchungen aufgeführte Vorsorgeuntersuchung S = Selbstuntersuchung L = Nachsorgeuntersuchung / Langzeitbetreuung A = Andere Untersuchung X = Unbekannt</p>	<p>Pflichtfeld fraglich, da schwer zu erhalten. Größte Wichtigkeit für Unterscheidung der Entdeckung durch Screening oder Intervallkarzinom. Diese Untergruppen sind ggf. getrennt zu betrachten.</p>	<p>EKR-Meldung, Stratifikation</p>
Erstes Histologiedatum		<p>Datum der ersten histologischen/zytologischen Sicherung, dass es sich um eine Tumorerkrankung handelt (auch bereits bioptisch, nicht erst durch definitive Chirurgie).</p> <p>Entscheidend ist das Entnahme-, nicht das Befunddatum.</p> <p>Im Gegensatz zum o.g. Diagnosedatum handelt es sich hier um ein Datum ohne Interpretationsmöglichkeit, das als Ersatz für das Diagnosedatum genommen werden kann.</p>	
Definitiver Histologiecode	ICD-O-3	<p>Code der definitiven Histologie, die eine Ordnung der Tumorerkrankung erlaubt.. Diese kann erst eine gewisse Zeit nach dem ersten Histologiedatum feststehen.</p> <p>Eine Transformation z.B. bei Leukämien führt jedoch nicht zu einer Änderung dieses Codes sondern ist im entsprechenden Verlauf zu codieren.</p>	<p>EKR-Meldung Stratifikation, Selektion</p>

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Grading	G1 = Gut differenziert G2 = Mäßig differenziert G3 = Schlecht differenziert G4 = Undifferenziert L = Low grade = G1/G2 H = High grade = G3/G4 GX = Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden	Histopathologisches Grading In Abhängigkeit der Erkrankung ist nur ein Teil der Erkrankungen sinnvoll oder gar kein Grading vorgesehen. Manche Tumoren (Konjunktiva, Uvea) berücksichtigen andere Kriterien als den Differenzierungsgrad. Zu diskutieren wäre die zusätzliche Angabe des benutzten Gradingssystems.	EKR-Meldung Stratifikation, Selektion
Anzahl untersuchter/befallener Lymphknoten bzw. Sentinel-LK (4 Einzelfelder)	numerisch	Pflichtfeld im Kontext entsprechender Organtumoren	Stratifikation, Selektion (nach Klassenbildung)
Klinischer TNM bei Diagnose	Einzelfelder für y-Symbol T-Kategorie N-Kategorie M-Kategorie und C-Faktor für die Kategorien und evtl. Datum Definition laut TNM (aktuelle Auflage)	Pflicht, sofern TNM-System anwendbar und kein pathologischer TNM vorhanden sowie vor neoadjuvanter Therapie. Außerdem kann es für spezielle Qualitätsanforderungen (z.B. endosonografische Ausbreitungsdiagnostik vor Therapie) erforderlich sein, ein klinisches TNM zu dokumentieren. In der Regel wird intern auch das Speichern einer Datumsangabe oder des Bezugs zu einer Verlaufsdokumentation erforderlich sein, da bestimmte Benchmarkingdatensätze dies erfordern, s. allgemeine Prinzipien Das y-Symbol ist in der Regel beim klinischen TNM nicht zutreffend. In Fällen, in denen, z.B. wegen des histologischen Tumortyps, das TNM-System nicht anwendbar ist oder ein TNM nicht vorliegt, wird in der Praxis ein „u“ in den Kategorien dokumentiert, um zu kennzeichnen, dass die Angabe nicht einfach vergessen wurde, da ein „X“ die Nichtbeurteilbarkeit signalisiert Dies ist nicht zu verwechseln mit dem uTNM als klinischem TNM, das durch Endosonografie bestimmt wurde. Beide	EKR-Meldung Stratifikation, Selektion (nach Klassenbildung / Stadien)

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
		Konventionen entsprechen nicht den Regeln des TNM-Systems.	
Pathologischer TNM bei Diagnose	<p>Einzelfelder für</p> <ul style="list-style-type: none"> y-Symbol T-Kategorie N-Kategorie M-Kategorie, Lymphgefäßinvasion, Veneninvasion Perineuralscheideninvasion <p>und p-Präfixe sowie C-Faktor für die Kategorien und evtl. Datum/Verlaufsbezug</p> <p>Definition laut TNM (aktuelle Auflage)</p>	<p>Pflicht, sofern TNM-System anwendbar</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.</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>Im Falle mehrerer pathohistologischer Gutachten im Laufe der Primärbehandlung (z.B. Harnblase) ist ein zusammenfassendes pTNM zu bilden, das für allgemeine Auswertungen die prognostische Einordnung der Tumorerkrankung erlaubt.</p>	EKR-Meldung Stratifikation, Selektion (nach Klassenbildung / Stadien)
Stadiumart bei Diagnose	<ul style="list-style-type: none"> A = Ann Arbor B = Binet (für CLL) R = Rai (für CLL) C = Chronische myeloische Leukämie F = FAB (für akute Leukämien) D = Durie und Salmon (für Multiple Myelome) S = Sonstige X = Unbekannt oder keine Klassifikation anwendbar S = "Sonstige" erfordert eine zusätzliche Klartextangabe der verwendeten Klassifikation 	<p>Je nach Erkrankung kommen andere Stadieneinteilungen als das TNM System zur Anwendung.</p> <p>Intern wird grundsätzlich empfohlen, ein Mehrfachfeld aus Stadiumart und Stadium vorzusehen.</p>	EKR-Meldung Stratifikation, Selektion
Stadium bei Diagnose	s. jeweilige Stadiendefinition	<p>zugehöriges Stadium, Beschreibung siehe Basisdokumentation 5. Auflage</p> <p>Im Falle von Ann Arbor mit Angabe der A/B Kategorie und des extralymphatischen Befalls</p>	EKR-Meldung Stratifikation, Selektion

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Fernmetastasen bei Diagnose (Lokalisation und Datum der Sicherung)	Lokalisation nach Kurzschlüssel des TNM-Systems	Mehrfachfeld aus Datum des Auftretens und der Lokalisation	Stratifikation, Selektion
Allgemeiner Leistungszustand nach ECOG		Verbindlich ist der ECOG. Bei Benutzung des Karnofsky gibt es eine Konversion nach ECOG.	Stratifikation, Selektion
Aufnahmedatum, Tumorausprägung bei Aufnahme, Anlaß der Erfassung der Daten	fakultativ, s. Bemerkungen, Spezifikation entspricht der 5. Auflage der Basisdokumentation	<p>Diese Items sind zur internen Verwaltung empfohlen und kennzeichnen, wann der Patient in das Register bzw. eine der Einrichtungen des Register erstmalig wegen dieser Erkrankung aufgenommen wurde, in welchem Erkrankungsstadium er sich zu dieser Zeit befand und zu welchem Zweck er in diese Abteilung aufgenommen wurde.</p> <p>Die genaue Anwendung ist durch das jeweilige Register zu spezifizieren und dient z.B. der Abgrenzung auswärtig vorbehandelter Fälle in Auswertungen.</p>	Selektion
Definitiver Therapieerfolg		Hier ist – im Gegensatz zur Erfolgsbeurteilung einzelner Maßnahmen – der definitive Therapieerfolg nach Abschluss der Primärtherapie einzutragen.	
Residualklassifikation	R0 = kein Residualtumor R1 = mikroskopischer Residualtumor R2 = makroskopischer Residualtumor ohne Aussage zu mikroskopischer Bestätigung R2a = makroskopischer Residualtumor, mikroskopisch nicht bestätigt R2b = makroskopischer Residualtumor, mikroskopisch bestätigt RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden	<p>Die Residualklassifikation bezieht sich immer auf die Gesamtbeurteilung der Erkrankung einschließlich Fernmetastasen nach dem Abschluss therapeutischer Maßnahmen, meist nach operativen Resektionen.</p> <p>Ausführliche Algorithmen zur Bestimmung auch bei Strahlen- oder Chemotherapie finden sich in der 5. Auflage der Basisdokumentation.</p> <p>Zusätzlich ist die Angabe nach jeder operativen Therapie möglich.</p>	Stratifikation, Selektion

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Lokale Radikalität	s. Residualklassifikation	Insbesondere nach Operationen spielt die lokale Radikalität als prognostischer Faktor für Lokalrezidive eine Rolle. Diese wird in Anlehnung an der klinischen Sprachgebrauch („R0-Resektion“) entsprechend der Residualklassifikation codiert, aber eben ohne Berücksichtigung etwaiger Fernmetastasen	Stratifikation, Selektion

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Verlaufsdaten		Tumorbezogene Statusangaben, die bei jedem Ereignis zu dokumentieren sind. Ereignisse können sein: Ende von Behandlungen Nachsorgen Rezidive	
Untersuchungsdatum		Datum, auf das sich die folgenden Statusangaben beziehen	Berechnung der Überlebenszeit und der rezidivfreien Überlebenszeit
Gesamtbeurteilung	O = Postoperativ R0, Tumormarker nicht berücksichtigt oder nicht bekannt V = Vollremission / Tumorfrei (complete remission, CR) T = Teilremission / mindestens 50% Rückgang des Tumors (partial remission, PR) K = Keine Änderung (no change, NC) P = Progression U = Beurteilung unmöglich X = Unbekannt (fehlende Angabe) Folgende Codes sind aus Kompatibilitätsgründen zu vorherigen Ausgaben verwendbar: F = Postoperativ R0 (free of tumor, FT), Tumormarker 4 Monate nach Operation bzw. anschließender Radio- und/oder Chemotherapie negativ (R0a nach [39 in BD5]) M = Postoperativ R0, anhaltend erhöhte Tumormarker oder Markeranstieg in den ersten 4 Monaten nach Operation bzw. Abschluß einer anschließender Radio- und/oder Chemotherapie (R0b nach [39 in BD5]) R = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (CRr) B = Klinische Besserung des Zustandes, Kriterien für Teilremission jedoch nicht erfüllt (minimal response, MR) D = Divergentes Geschehen E = Entfällt, da Behandlung im Rahmen eines multimodalen Konzepts	Verbindlich für Systemerkrankungen und falls keine Tumorausbreitung dokumentiert. Die genauen Definitionen sind in der Basisdokumentation, 5. Auflage, hinterlegt. Hier ist zu beachten, dass Vollremission außer Tumorfreiheit noch das Anhalten dieser Tumorfreiheit über einen gewissen Zeitraum beinhaltet. Der adäquate Code für komplette Tumorfreiheit unmittelbar nach Therapie ist also „O“ (oder ggf. F/M/R) No Change und Stable Disease werden nicht unterschieden.	Feststellung des Beginns / Endes von Tumorfreiheit insgesamt

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
	und dieses noch nicht abgeschlossen		
Tumorausbreitung Primärtumor	<p>K = Kein Tumor nachweisbar T = Tumorreste (Residualtumor) R = Lokalrezidiv F = Fraglicher Befund X = Unbekannt</p> <p>Historisch kann noch folgender Code interpretiert werden</p> <p>E = Primärtumor vor Ersttherapie</p>	<p>Verbindlich falls Systemerkrankung und nicht ein entsprechender Code der Gesamtbeurteilung komplette Tumorfreiheit anzeigt</p> <p>Ersttherapie ist dabei im Sinne von Primärtherapie zu verstehen. Bei Auswertungen können E und T (bzw. M bei Metastasen) zusammengeführt werden.</p> <p>Bei einem fortbestehenden Rezidiv wird jeweils der Code für Reste / verbliebene Metastase empfohlen. Für Auswertungen sind vor allem der Eintritt von Tumorfreiheit bzw. Rezidiven von Bedeutung. Rezidive bedingen definitionsgemäß eine vorherige Tumorfreiheit. Ziel der Dokumentation sollte daher sein, den Zeitpunkt der Tumorfreiheit explizit zu erfassen bzw. aus dem Kontext (z.B. R0 einschließlich Beachtung der Fernmetastasensituation) festzulegen.</p> <p>Sollte die Größe des Rest- oder Rezidivtumors erfasst werden müssen, so kann hierfür ein rTNM angegeben werden. Genaue Regeln siehe TNM-Supplement.</p>	Feststellung des Beginns / Endes von lokaler / lokoregionärer Tumorfreiheit
Tumorausbreitung Lymphknoten	<p>K = Kein Tumor nachweisbar T = Tumorreste (Residualtumor) R = Lokalrezidiv B = Reste und Rezidiv F = Fraglicher Befund X = Unbekannt</p> <p>Historisch kann noch folgender Code interpretiert werden</p> <p>E = Lymphknotenmetastasen vor Ersttherapie</p>	<p>siehe Primärtumor</p> <p>Da in der Praxis Reste und Rezidive gleichzeitig vorkommen können, wird mit "B" die Mehrfachverschlüsselung ("T" und "R") ermöglicht (5. Auflage)</p> <p>Sollte die Größe der Rest- oder Rezidivlymphknoten erfasst werden müssen, so kann hierfür ein rTNM angegeben werden. Genaue Regeln siehe TNM-Supplement.</p>	Feststellung des Beginns / Endes von lymphonodaler / lokoregionärer Tumorfreiheit
Fernmetastasenstatus (zusammenfassende Angabe)	<p>K = Keine Fernmetastasen nachweisbar M = Verbliebene Fernmetastase(n)</p>	<p>siehe Primärtumor</p> <p>Da in der Praxis Reste und Rezidive gleichzeitig</p>	Feststellung des Beginns / Endes von

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
	R = Neu aufgetretene Fernmetastase(n) (Rezidiv) B = Reste und Rezidiv F = Fraglicher Befund X = Unbekannt Historisch kann noch folgender Code interpretiert werden E = Fernmetastasen vor Ersttherapie	vorkommen können, wird mit "B" die Mehrfachverschlüsselung ("M" und "R") ermöglicht (5. Auflage der Basisdokumentation)	Tumorfreiheit bzgl. Fernmetastasierung
Fernmetastasen, die im Verlauf aufgetreten sind (Lokalisation und Datum der Sicherung)	Lokalisation nach Kurzschlüssel des TNM-Systems	Mehrfachfeld aus Datum des Auftretens und der Lokalisation	Stratifikation, Selektion Datum und Ort der ersten Metastasierung
Neue Histologie	J = Ja N = Nein X = unbekannt Wenn Ja: Datum und ICD-O	Ergebnis einer erneuten histologischen Untersuchung Auf diese Weise kann die Transformation einer Erkrankung registriert werden.	
TNM und weitere Stadienangaben	Spezifikation siehe Diagnosedaten. Da klinischer und pathologischer TNM dort enthalten sind, ist in der Regel ein r-Symbol voranzustellen	Die Nutzung eines rTNM ist weitgehend redundant zu obiger Tumorausbreitung.	
Abweichung von Leitlinien	J = Ja N = Nein X = unbekannt	Die Interpretation und der Bezug dieser Angabe muß noch definiert werden, da Leitlinien sich auf unterschiedliche Aspekte des Managements von Tumorerkrankungen erstrecken können. Siehe Vorschlag Therapiedokumentation im Anhang	
Interdisziplinäre Fallvorstellung durchgeführt	J = Ja N = Nein X = unbekannt	Die Interpretation und der Bezug dieser Angabe muß noch definiert werden, da Fallvorstellungen sich auf unterschiedliche Aspekte erstrecken können Siehe Vorschlag Therapiedokumentation im Anhang	

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Allgemeiner Leistungszustand nach ECOG		Verbindlich ist der ECOG. Bei Benutzung des Karnofsky gibt es eine Konversion nach ECOG.	Stratifikation, Selektion
Chronische Nebenwirkungen sowie Tumor und therapiebedingte Folgeerkrankungen	siehe 5. Auflage Basisdokumentation	Tumor- und therapiebedingte Folgeerkrankungen sind nicht mehr Bestandteil der aktuellen Basisdokumentation, da sie in der Breite schwer zu erfassende Informationen darstellen. Sofern sie dennoch dokumentiert werden sollen, soll entsprechend der 5. Auflage verfahren werden (spezielle Schlüsselsysteme).	

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Durchgeführte Therapie - Therapieart	Unterscheidung folgender Therapiekategorien Operation Bestrahlung Chemotherapie Hormontherapie Knochenmarktransplantation Stammzelltransplantation Antikörper/Immuntherapie Schmerztherapie Psychoonkologische Betreuung Aktives Beobachten (wait and see) *	Für die genannten Therapiearten müssen, falls durchgeführt, jeweils nachfolgende Informationen bekannt sein: Primär-/Rezidivtherapie, Beginn, Ende, Stellung Planung und Intention * Das aktive Beobachten (wait and see) ist derzeit nicht Bestandteil des Standards, aber bei einigen Indikationen gängige Praxis. Es sollte in zukünftigen Versionen vorgesehen werden. Angesichts der Entwicklung neuer Ansätze wie Signalhemmung sollte generell intern so dokumentiert werden, daß diese bereits auch vor erscheinen überarbeiteter Standards identifiziert werden können, siehe auch Bemerkung zu "Protokoll" unter systemischer Therapie und Vorschläge für erweitertes Therapiemodell im Anhang.	Selektion, Stratifikation
Primär-/Rezidivtherapie	P = Primärtherapie R = Rezidivtherapie	nur bei tumorbezogenen Therapiemaßnahmen ermöglicht über die zeitliche Abfolge hinaus eine sichere Zuordnung von Primärtherapien	Selektion
Beginn		bei Operationen OP-Datum	Selektion
Ende		bei Operationen OP-Datum	
Stellung Planung	N = neoadjuvant A = adjuvant I = intraoperativ O = ohne Bezug zu operativer Therapie X = unbekannt	nur bei tumorbezogenen Therapiemaßnahmen außer Operationen ermöglicht über die zeitliche Abfolge hinaus eine sichere Zuordnung von Therapien	Selektion, Stratifikation
Intention	K = kurativ P = palliativ D = Diagnostisch (nur Operationen) X = unbekannt	nur bei tumorbezogenen Therapiemaßnahmen. Es gilt die weitestgehende Intention (insbesondere bei Operationen)	Selektion, Stratifikation

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Operative Therapie		Hier werden die über die Therapieart (Verlaufsdaten) hinaus gehenden Details beschrieben. Als Operation gilt die Einheit aller Einzelmaßnahmen (=evtl. mehrere Codes), in der Regel an einem Tag	
OP-Schlüssel	nach OPS	Unterscheidung verschiedener Therapiestrategien. Häufig werden mehrere Schlüssel zusammengefaßt z.B. zur Unterscheidung Organerhaltende Operation Ja/Nein, Ausmaß der Lymphadenektomie.	Selektion und Stratifikation (nach Klassenbildung)
Komplikationen ja/nein	J = Ja N = Nein X = unbekannt		QS-Parameter
Art der Komplikationen	nach Komplikationenschlüssel 5. Auflage	Wiederholfeld, alternativ ggf. nach ICD?	Selektion QS-Parameter
Residualklassifikation	R0 = kein Residualtumor R1 = mikroskopischer Residualtumor R2 = makroskopischer Residualtumor ohne Aussage zu mikroskopischer Bestätigung R2a = makroskopischer Residualtumor, mikroskopisch nicht bestätigt R2b = makroskopischer Residualtumor, mikroskopisch bestätigt RX = Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden	Hier ist der Erfolg nach der jeweiligen Therapie einzutragen. Dies ist nicht generell verbindlich. Die therapiebezogene Darstellbarkeit kann jedoch für bestimmte QS-Parameter erforderlich sein. Weitere Hinweise siehe Diagnosedaten	Stratifikation, Selektion
Lokale Radikalität	s. Residualklassifikation	Zur Verbindlichkeit s. Residualklassifikation Weitere Hinweise siehe Diagnosedaten	Stratifikation, Selektion

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Strahlentherapie		<p>Hier werden die über die Therapieart (Verlaufsdaten) hinaus gehenden Details beschrieben. Häufig wird zu Auswertungszwecken nur die Angabe benötigt, ob bestrahlt wurde.</p> <p>Eine Strahlentherapie kann sich aus mehreren Zielgebieten zusammensetzen.</p> <p>Für die Erfassung kann es sinnvoll sein, auf bestehende Leistungsziffern nach dem OPS zurückzugreifen, die einige Aspekte der hier dargestellten Therapiedokumentation enthält. Allerdings wird in der Regel eine Aggregation der häufig mehrfach erfassten Codes und eine Bewertung erfolgen müssen.</p>	
Zielgebiet	nach Zielgebietschlüssel 5. Auflage (evtl. überarbeitete Version!)	pro Zielgebiet werden Seite, Beginn, Ende, Applikationsart und Gesamtdosis / Einheit erfasst	Selektion
Seite	L = Links R = Rechts B = Beidseits M = Mittellinie		
Beginn			Selektion
Ende			
Applikationsart	P = perkutan (Tele-/Brachytherapie) K = endokavitäre Kontakttherapie I = interstitielle Kontakttherapie M = metabolische Therapie (radionuclide) A = andere Kontakttherapie		Selektion, Stratifikation
Gesamtdosis	numerisch		Selektion, Stratifikation (nach Klassenbildung)

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
--------------------	------------------	--------------------------------	------------------

Einheit	Gy GBq		
---------	--------	--	--

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Beendigung	A = Abbruch wegen Nebenwirkungen E = Reguläres Ende V = Patient verweigert weitere Therapie S = Abbruch aus sonstigen Gründen X = Unbekannt	Angaben zum Ende der Behandlung	Stratifikation
Nebenwirkungen	nach CTC	Grundsätzlich sind zwei Ansätze denkbar. Entweder nur Dokumentation der registrierten Nebenwirkungen oder explizite Abfrage aller / oder aller typischen Nebenwirkungen (keine Nebenwirkung = Grad 0). Letzteres ist methodisch stringenter, aber aufwendiger.	
Systemische Therapie		Hier werden die über die jeweilige Therapieart (Chemo, Hormon, Immun-/Antikörpertherapie in den Verlaufsdaten) hinaus gehenden Details beschrieben.	
Protokoll	Interner Schlüssel / alphanumerisch	Es existiert derzeit kein allgemein anerkanntes Klassifizierungssystem für Protokolle. Es sollte mittels eines internen Schlüssels so dokumentiert, daß die üblichen Protokolle unterschieden werden können. Dabei wird Protokoll im weiten Sinn verstanden, so daß hierunter auch Strategien der Hormon- und Immuntherapien oder neuere Therapieformen wie Signalhemmung fallen. Bei Auswertungen werden diese dann über Konvertierungslisten dann auf gemeinsame Standards abgebildet. Was im Kontext einer Tumorentität üblich ist, ist durch organspezifische Datensätze zu definieren und bedarf der kontinuierlichen Pflege.	
Zyklen geplant	Numerisch	nur bei zyklenhaft verabreichten systemischen Therapien	

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Zyklen durchgeführt	Numerisch	nur bei zyklisch verabreichten systemischen Therapien, interne Angabe als Beurteilung, inwieweit eine Therapie planmäßig durchgeführt wurde Teilweise Nutzung für Parameter der Strukturqualität (Anzahl Chemotherapiezyklen)	Strukturqualität
Medikamentendokumentation	Substanz, Einzeldosis, Reduktion, Absolutdosis	Interne Angabe als Beurteilung, inwieweit eine Therapie planmäßig durchgeführt wurde	
Unterbrechungsbeginn/-ende	Datumsangaben	Interne Angabe als Beurteilung, inwieweit eine Therapie planmäßig durchgeführt wurde	
Beendigung	A = Abbruch wegen Nebenwirkungen E = Reguläres Ende V = Patient verweigert weitere Therapie S = Abbruch aus sonstigen Gründen X = Unbekannt		Stratifikation
Nebenwirkungen	nach WHO oder CTC	siehe Bemerkungen Strahlentherapie	
Gleichzeitige Strahlentherapie			

Vitalstatus		Durch Meldeamtsabgleiche kann regelmäßig der Vitalstatus abgefragt werden. Nach außen ist nur das Ergebnis der jeweils letzten Abfrage interessant.	
Datum		wenn Patient lebt und weiter nachverfolgt werden soll, ansonsten Abschlußdaten. Relevant ist das Datum des Abgleichs im Melderegister, bzw. das Wegzug-Datum, falls der Patient aus dem Bereich des jeweiligen Melderegisters verzieht.	Überlebenszeit

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung	Anwendung
Abschlussdaten		Jeder Patient bzw. Fall kann grundsätzlich lebenslang nachbeobachtet werden. Mit Abschlußdaten können jedoch registerinternen Patienten oder Fälle markiert werden, die nicht mehr oder nur noch mit geringerer Aktivität nachverfolgt werden.	
Grund	<p>T = Patient verstorben (Tod)</p> <p>L = Patient nicht mehr auffindbar (Lost to follow-up)</p> <p>N = Betreuung/Nachsorge nicht mehr nötig (der Zeitraum hängt von der Art der Erkrankung ab, häufig nach 5 Jahren)</p> <p>B = Patient ist andernorts in der Betreuung</p> <p>V = Patient verweigert weitere Betreuung / Nachsorge abgebrochen</p> <p>X = Unbekannt</p>	<p>Die Gründe N / B / V können bei mehreren Tumorerkrankungen eventuell nur für eine Tumorerkrankung gültig sein. In diesem Fall sind die Abschlußdaten dieser Erkrankung zuzuordnen.</p> <p>falls Grund =verstorben muß bei den Stammdaten das Sterbdatum und die Krebs-Tod-Relation eingetragen sein</p>	
Datum		gibt das "Lebend-Datum" an, falls Grund <> verstorben	Überlebenszeit

Vorschlag für ein erweitertes Modell der Therapiedokumentation

Als Parameter der Prozeßqualität wird gelegentlich gefragt, wie Empfehlungen entstanden sind und inwieweit sie umgesetzt werden.

Darüber hinaus ist Tumordokumentation insbesondere bei länger dauernden Therapien als prozeßbegleitend anzusehen und muß dem unterschiedlichen Durchführungsgrad einer Therapie gerecht werden.

Insbesondere wissenschaftliche Auswertungen werden im allgemeinen den Schwerpunkt auf durchgeführte Therapien legen. Praktisch ist es aber häufig so, dass ambulante Therapien wie Hormontherapien nur mit hohem Aufwand verfolgt werden können. Hier ist es hinsichtlich von Datenqualität/Vergleichbarkeit erforderlich, den Informationstand exakt zu kennen und benennen zu können. In einigen Fällen von QM genügt auch die Angabe der Absicht von Therapien.

Die prozeßbegleitende Dokumentation hat zudem den Vorteil, dass der Datenstand im Register grundsätzlich aktueller ist, da nicht bis zum Abschluß der Therapie mit deren Dokumentation gewartet werden muß. Sie bietet die Möglichkeit, Erinnerungsverfahren aufzusetzen, die nicht zuletzt auch zur besseren Datenqualität beitragen können.

Das hier vorgestellte Modell soll diese Anforderungen erfüllen. Es ist einerseits wesentlich ausführlicher als die kategorielle Angabe in den Verlaufsdaten und berücksichtigt grundlegende Eigenschaften aller Therapiemodalitäten. Andererseits ersetzt es nicht die detaillierte oben beschriebene Therapiedokumentation, sondern gibt eine einheitliche Sicht auf gemeinsame Eigenschaften wie zum Beispiel Zeiträume und Intention oder Ergebnis.

Wird tatsächlich prozeßbegleitend dokumentiert, ist der Aufwand für diese Form der Dokumentation nicht höher, da der höhere Aufwand bereits durch die Prozeßbegleitung entsteht. Rein retrospektiv ist das Erfassen ursprünglich geplanter Abläufe nur in speziellen Situationen sinnvoll. Daher sind die entsprechenden Merkmale auch als fakultativ anzusehen.

Bezeichnung	Codierung	Bedeutung / Erläuterung
-------------	-----------	-------------------------

Therapieart(en):	Operation / Bestrahlung / (ggf. in Kombination)
Leitlinienbezug	keine Leitlinie vorhanden / Empfehlung gemäß Leitlinie / Leitlinie nicht anwendbar wegen Komorbidität
Empfehlungscharakter	empfohlen innerhalb einer interdisziplinären Fallbesprechung / Einzelentscheidung der therapierenden Abteilung oder des therapierenden Arztes
Aktueller Status	abgelehnt / vorgesehen / terminiert / begonnen / regulär beendet / vorzeitig beendet
Grund / Gründe(?) für Ablehnung	Fakultativ
Grund / Gründe (?) für vorzeitiges Ende	Nebenwirkungen/Komplikationen, Patientenwunsch
Vorgesehener Beginn	Fakultativ
Tatsächlicher Beginn	Obligat (wenn begonnen)
Vorgesehenes Ende	Fakultativ
Tatsächliches Ende	Obligat (wenn abgeschlossen)
Primär/Rezidivtherapie	Obligat
Intention	Kurativ / Palliativ (Tumorfolgen, Komplikationen?), obligat?
Erfolg	R-Klassifikation / Gesamtbeurteilung / Tumorstatus (nach Abschluss)