



**Ministerium für Arbeit und Soziales
Baden-Württemberg**

**Erste Stufe der Krebsregistrierung
in Baden-Württemberg**

**Datenkatalog
mit
Merkmalsausprägungen**

08.04.2009

V1.54

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Änderungshistorie	7
2.1	Änderungen Version 1.54	7
2.1.1	Allgemein.....	7
2.1.2	Stammdaten	7
2.1.3	Tumordiagnose	7
2.1.4	Therapie	7
2.1.5	Verlauf	7
2.1.6	Abschluss	7
2.2	Änderungen Version 1.53	8
2.2.1	Allgemein.....	8
2.2.2	Tumordiagnose	8
2.2.3	Verlauf	8
2.2.4	Abschluss	8
2.3	Änderungen Version 1.52	8
2.3.1	Stammdaten	8
2.3.2	Tumordiagnose	8
2.3.3	Therapie	8
2.4	Änderungen Version 1.51	9
2.4.1	Allgemein.....	9
2.4.2	Stammdaten	9
2.4.3	Tumordiagnose	9
2.4.4	Verlauf	9
2.4.5	Abschluss	9
2.4.6	Administrative Daten	9
2.5	Änderungen Version 1.5	10
2.5.1	Stammdaten	10
2.5.2	Therapie	10
2.5.3	Verlauf	10
2.6	Änderungen Version 1.4	11
2.6.1	Tumordiagnose	11
2.6.2	Therapie	11
2.6.3	Verlauf	11
2.6.4	Abschluss	11
2.6.5	Administrative Daten	11
2.7	Änderungen Version 1.3	12
2.7.1	Allgemein.....	12
2.7.2	Stammdaten	12
2.7.3	Tumordiagnose	12
2.8	Änderungen Version 1.2	13
2.8.1	Allgemein.....	13
2.8.2	Stammdaten	13
2.8.3	Tumordiagnose	13
2.8.4	Therapien	14
2.8.5	Verlauf	14
2.8.6	Abschluss	15

2.8.7	Administrative Daten	15
3	Meldungsarten	16
3.1	Tumordiagnosemeldung	16
3.2	Therapiemeldung	17
3.3	Verlaufsmeldung	17
3.4	Abschlussmeldung	17
4	Rückmeldung klinischer Daten an meldende Einrichtung.....	19
5	Datenkatalog.....	20
5.1	Stammdaten.....	21
5.1.1	Versichertennummer	21
5.1.2	Referenznummer.....	21
5.1.3	Patientenunterrichtung	22
5.1.4	Titel.....	22
5.1.5	Nachname	23
5.1.6	Namenszusatz.....	23
5.1.7	Vornamen.....	23
5.1.8	Geburtsname.....	24
5.1.9	Frühere(r) Name(n)	24
5.1.10	Geburtsdatum.....	24
5.1.11	Sterbedatum.....	25
5.1.12	Geschlecht	25
5.1.13	Anschrift: Land	25
5.1.14	Anschrift: PLZ.....	26
5.1.15	Anschrift: Wohnort.....	26
5.1.16	Anschrift: Gemeindeschlüssel	26
5.1.17	Anschrift: Straße.....	27
5.1.18	Anschrift: Hausnummer	27
5.1.19	Anschrift: Postfach	27
5.1.20	Anschrift: Ohne festen Wohnort	28
5.1.21	Staatsangehörigkeit.....	28
5.2	Tumordiagnose	29
5.2.1	TAN	29
5.2.2	Meldungskennzeichen.....	29
5.2.3	Referenznummer.....	30
5.2.4	Tumoridentifikator.....	30
5.2.5	Tumordiagnose ICD	31
5.2.6	Lokalisation ICD-O	32
5.2.7	Seitenlokalisierung	32
5.2.8	Histologie ICD-O	32
5.2.9	Erstdiagnosedatum	33
5.2.10	Histologische Diagnosesicherung	34
5.2.11	TNM-Version	34
5.2.12	cTNM.....	35
5.2.13	Postoperatives TNM.....	36
5.2.14	Grading.....	37
5.2.15	L-Kategorie, Invasion in Lymphgefäße.....	38
5.2.16	V-Kategorie, Invasion in Venen.....	38
5.2.17	Pn-Kategorie, Invasion in Nerven.....	38
5.2.18	S-Kategorie	39
5.2.19	Weitere Klassifikation(en).....	40
5.2.20	Zahl der befallenen Lymphknoten	41

5.2.21	Zahl der untersuchten Lymphknoten	41
5.2.22	Rezeptorstatus	42
5.2.23	Metastasen bei Diagnose (Liste)	43
5.2.24	Menopausenstatus	43
5.2.25	Patientenalter bei Diagnosestellung	43
5.2.26	Anlass der Tumordiagnose	44
5.2.27	Frühere Tumordiagnosen	44
5.3	Durchgeführte Therapien	45
5.3.1	TAN	45
5.3.2	Meldungskennzeichen	45
5.3.3	Referenznummer	46
5.3.4	Tumoridentifikator	46
5.3.5	Therapieart	46
5.3.6	Medikamentöse Therapie	47
5.3.7	Nuklearmedizinische Therapie	47
5.3.8	Stammzelltransplantation	47
5.3.9	Strahlentherapie	48
5.3.10	Sonstige Therapie	48
5.3.11	OPS-Schlüssel (Liste)	48
5.3.12	Therapie-Detail	49
5.3.13	Therapiestart	49
5.3.14	Therapieende	49
5.3.15	Therapiebezogene R-Klassifikation	50
5.3.16	Abbruch	50
5.3.17	Multimodale Therapie	50
5.4	Verlauf	51
5.4.1	TAN	51
5.4.2	Meldungskennzeichen	51
5.4.3	Referenznummer	51
5.4.4	Tumoridentifikator	52
5.4.5	Untersuchungsdatum	52
5.4.6	Tumorgeschehen	52
5.4.7	TNM-Version	53
5.4.8	TNM	54
5.4.9	Metastasen mit Lokalisation und Diagnosedatum	55
5.5	Abschluss	56
5.5.1	TAN	56
5.5.2	Meldungskennzeichen	56
5.5.3	Referenznummer	56
5.5.4	Sterbedatum	57
5.5.5	Abschlussgrund	57
5.5.6	Tumorbedingter Tod	57
5.5.7	Tumoridentifikator	58
5.5.8	Letzte Patienteninformation	58
5.6	Administrative Daten	59
5.6.1	Melddatum	59
5.6.2	Kennung Meldestelle	59
5.6.3	Kennung Klinisches Register	59
5.6.4	Ärztlicher Ansprechpartner	60
6	Sonstiges	61
6.1	Datumsfelder	61

7	Literatur/Quellen.....	62
---	------------------------	----

1 Einleitung

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

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

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

2 *Änderungshistorie*

2.1 *Änderungen Version 1.54*

2.1.1 *Allgemein*

- Alle Datumsangaben im XML-Format.
- Unterscheidung zwischen Korrektur und Aktualisierung aufgehoben.

2.1.2 *Stammdaten*

- Patientenunterrichtung: Neue Werte V,M.
- Geburtsdatum: Datumsformat im XML-Format.
- Sterbedatum: Datumsformat im XML-Format.

2.1.3 *Tumordiagnose*

- Erstdiagnosedatum: Datumsformat im XML-Format.
- Diagnose ICD-10: Werte C77-C79 ausgeschlossen.
- Ann Arbor: Wert IV ergänzt.
- Metastasenlokalisierung UNK ergänzt.

2.1.4 *Therapie*

- Therapiestart, Therapieende: Datumsformat im XML-Format.
- OPS-Schlüssel: Aufbau OPS-Schlüssel angepasst.

2.1.5 *Verlauf*

- Untersuchungsdatum: Datumsformat im XML-Format.
- Metastasenlokalisierung UNK ergänzt.

2.1.6 *Abschluss*

- Sterbedatum: Datumsformat im XML-Format.
- Letzte Patienteninformation: Datumsformat im XML-Format.

2.2 Änderungen Version 1.53

2.2.1 Allgemein

- TNM-Wertelisten angepasst.

2.2.2 Tumordiagnose

- Diagnose ICD-10: 3stellige Codes erlauben.
- Ann Arbor: Werte I,II,III ergänzt.

2.2.3 Verlauf

- Meldungskennzeichen: Wert A ergänzt.

2.2.4 Abschluss

- Meldungskennzeichen: Wert A ergänzt.

2.3 Änderungen Version 1.52

2.3.1 Stammdaten

- Referenznummer: Feldgröße auf 12 Zeichen korrigiert.

2.3.2 Tumordiagnose

- S-Kategorie,:Wert 0 ergänzt.
- Gleason-Score: Wert 10 ergänzt
- Feldname INNS in INSS geändert.

2.3.3 Therapie

- Therapiedetail: Feldgröße auf 255 Zeichen korrigiert.

2.4 Änderungen Version 1.51

2.4.1 Allgemein

- Kapitel 3.4: Ereignisse, zu denen eine Abschlussmeldung erstellt werden soll wurden beschrieben.
- Datumsregel in Kapitel 6.1 wurde angepasst

2.4.2 Stammdaten

- Gemeindeschlüssel: Feldtyp auf Text geändert.
- Land: Vorschlag zur Nutzung der KFZ-Nationalitätszeichenliste, die auch im Rahmen der Einführung der eGK genutzt werden soll.
- TAN: Feldgröße auf 13 Zeichen korrigiert.

2.4.3 Tumordiagnose

- TNM, N- und M-Kategorie: auf 9 Zeichen Feldlänge vereinheitlicht.
- Diagnoseanlass: keine Mussangabe mehr.
- TAN: Feldgröße auf 13 Zeichen korrigiert.

2.4.4 Verlauf

- Tumorgeschehen: jetzt Mussangabe.
- TAN: Feldgröße auf 13 Zeichen korrigiert.

2.4.5 Abschluss

- Merkmal „Letzte Patienteninformation“ hinzugefügt. Sinnvoll bei Abschlussmeldungen des Typs „Lost to follow-up“ und „Wegzug“.
- TAN: Feldgröße auf 13 Zeichen korrigiert.

2.4.6 Administrative Daten

- Klinisches Register: Feldgröße auf 6 Zeichen angepasst.

2.5 *Änderungen Version 1.5*

Einige kleinere Fehlerkorrekturen wurden vorgenommen. Darüber hinaus:

2.5.1 *Stammdaten*

- Hausnummer: Kein Pflichtfeld mehr. Es gibt auch Adressen ohne Hausnummern

2.5.2 *Therapie*

- Schmerztherapie entfernt
- Mehrere OPS-Schlüssel können nun angegeben werden. Eine Liste mit relevanten OPS-Schlüsseln wird erstellt.

2.5.3 *Verlauf*

- Hinweis auf mögliche TNM-Formen hinzugefügt.

2.6 Änderungen Version 1.4

2.6.1 Tumordiagnose

- TAN mit aufgenommen
- Meldungskennzeichen mit aufgenommen

2.6.2 Therapie

- TAN mit aufgenommen
- Meldungskennzeichen mit aufgenommen
- Therapiearten neu strukturiert
- Kennzeichen für multimodale Therapien aufgenommen

2.6.3 Verlauf

- TAN mit aufgenommen
- Meldungskennzeichen mit aufgenommen
- Verlaufs-TNM mit aufgenommen

2.6.4 Abschluss

- TAN mit aufgenommen
- Meldungskennzeichen mit aufgenommen

2.6.5 Administrative Daten

- Kennung Klinisches Register: kein Pflichtfeld
- Kennung klinisches Register und Meldestelle konkretisiert

2.7 Änderungen Version 1.3

2.7.1 Allgemein

- Kapitel 3 überarbeitet
- Abgleich mit dem BQS-Datensatz Onkologie (Westfalen-Lippe)
- Einarbeitung Ergebnisse der Diskussion zu Prozessfragen, soweit relevant für den Datenkatalog.

2.7.2 Stammdaten

- Versichertennummer für zukünftige Nutzung aufgenommen

2.7.3 Tumordiagnose

- Histologie: Pflichtfeld für Kliniken und pathologische Einrichtungen. Kein Pflichtfeld für niedergelassenen Bereich
- Frühere Tumordiagnosen: hinzugefügt
- Anlass der Tumordiagnose: „Screening“ statt „Mammographie-Screening“, um auch andere Screenings mit abzudecken (z.B. Koloskopie). Vereinheitlichung mit BQS-Datensatz
- TNM überarbeitet, Reduzierung auf jeweils 3 Felder
- Statt pathologisches TNM nun postoperatives TNM. Es wird jetzt auch ein rTNM und ein aTNM unterstützt. Ausprägungen in gesonderte Schlüsseltabelle ausgelagert.

2.8 Änderungen Version 1.2

2.8.1 Allgemein

- Begriff „Patientenidentifikator“ (ursprünglich aus ATO-Datenkatalog) ersetzt durch Begriff „Referenznummer“. Im LKrebsRG ist der Begriff Patientenidentifikator bereits anderweitig belegt und hat nichts mit der klinikinternen eindeutigen ID eines Patienten zu tun. Um Verwechslungen zu vermeiden wird nun der – ebenfalls im LKrebsRG genannte Begriff „Referenznummer“ einheitlich verwendet.
- Merkmalsausprägung „Unbekannt“ wird nun einheitlich mit X kodiert.
- „Keine Angabe“ als Option entfernt. Wird nun einheitlich durch Pflichtfeld Ja/nein geregelt.

2.8.2 Stammdaten

- Neues Feld „Namenszusatz“
- Frühere Namen: auf 100 Zeichen erweitert.
- Geschlecht: „Sonstige“ hinzugefügt
- Anschrift: für Land KFZ-Nationalitätszeichen anstatt ISO 3166.
- „PLZ“, „ORT“ und „Gemeindeschlüssel“ nach Land eingeordnet
- Gemeindeschlüssel: Kein Pflichtfeld (nur, falls PLZ und Wohnort nicht angegeben wurden), Kommentar hinzugefügt
- Postfach: Pflichtfeldangabe angepasst
- Patient ohne festen Wohnsitz: „Nein“ entfernt, kein Pflichtfeld mehr
- Staatsangehörigkeit: Feldgröße auf 1 verringert, Merkmal D=Deutsch angepasst. Feld kann nicht weggelassen werden, weil es im LKrebsRG aufgeführt ist.

2.8.3 Tumordiagnose

- ICD-Version gestrichen. Es wird grundsätzlich nur ICD 10 verwendet.

- Tumordiagnose ICD: Katalog im gültigen Datenbereich erweitert.
- Erstdiagnosedatum: Monat und Jahr als Pflichtfeld. Genauere Definition des Erstdiagnosedatums mit in Kommentar aufgenommen.
- Diagnosesicherung: Umbenannt in „histologische Diagnosesicherung“. Neue Merkmalsausprägungen: Ja/Nein/Unbekannt
- Morphologie-Code und Dignität in einem Feld zusammengefasst.
- Histologie ist Pflichtfeld. Wird zur einrichtungsübergreifenden Tumorzuordnung benötigt.
- Grobstadium entfernt
- TNM: überarbeitet
- Grading: Hinweis zu G0 aufgenommen.
- Pn-Kategorie mit aufgenommen
- S-Kategorie mit aufgenommen
- Es kann nun ein klinischer und ein pathologischer TNM angegeben werden.
- FISH entfernt
- Zahl der untersuchten und befallenen Lymphknoten nach Klassifikationen eingeordnet.
- Metastasen mit Lokalisation: Diagnosedatum entfernt, Kommentar hinzugefügt
- Anlass der Tumordiagnose: Pflichtfeld „Ja, sonst X“ ergänzt
- Frühere Tumordiagnosen: umgestellt auf Einzelfeld mit J/N/X

2.8.4 Therapien

- Bereich wurde neu strukturiert
- Neues Merkmal „Therapie-Details“
- Neue Therapie- Form: „Aktive Beobachtung“
- Neue med. Therapie: „Sonstige“
- Therapiebezogene R-Klassifikation: „2“ neben „2a“ und „2b“ mit aufgenommen
- Therapie-Abbruch mit aufgenommen

2.8.5 Verlauf

- Tumoridentifikator: Feldgröße auf 20 gesetzt

- Untersuchungsdatum: Monat ist Pflichtangabe. Kommentar ergänzt
- Tumorgeschehen: RECIST verwendet, Kommentar ergänzt
- Liste von Metastasen mit Lokalisation und Diagnosemonat hinzugefügt

2.8.6 Abschluss

- Tumoridentifikator: hinzugefügt, um das Versterben eines Patienten auf einen bestimmten Tumor beziehen zu können.
- Abschlussgrund: Wertebereich eingeschränkt auf Tod, Wegzug und Follow-Up-Ende.
- Tumorbedingter Tod: Eingeschränkt auf J/N/X
- Letzter Patientenkontakt: entfernt

2.8.7 Administrative Daten

- Behandelnder Arzt: umbenannt in „Ärztlicher Ansprechpartner“
- Ausstellender Arzt: entfernt (wird zentral hinterlegt)

3 **Meldungsarten**

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

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

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

Jede übermittelte Meldung umfasst die Personenstammdaten sowie die administrativen Daten.

3.1 **Tumordiagnosemeldung**

Die Tumordiagnosemeldung umfasst folgende Elemente des Datenkataloges:

- Stammdaten
- Tumordiagnose
- Administrative Daten

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

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

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

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

3.2 **Therapiemeldung**

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

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

- Stammdaten
- durchgeführten Therapien
- Administrative Daten

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

Rezidivtherapien können ebenfalls gemeldet werden.

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

3.3 **Verlaufsmeldung**

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

Eine Verlaufsmeldung bezieht sich dabei auf einen Tumor eines Patienten.

Die Meldung umfasst folgende Elemente des Datenkataloges:

- Stammdaten
- Verlauf
- Administrative Daten

3.4 **Abschlussmeldung**

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

- Stammdaten

- Abschluss
- Administrative Daten

Bei folgenden Ereignissen ist eine Abschlussmeldung zu erstellen:

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

4 Rückmeldung klinischer Daten an meldende Einrichtung

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

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

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

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

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

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

5 *Datenkatalog*

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

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

5.1 Stammdaten

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

5.1.1 Versichertennummer

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

5.1.2 Referenznummer

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z, ., -, 1-9
Referenzdokumente:	[1], [2]
Kommentar:	Im Rahmen des LKrebsRG [1] wird für den Patientenidentifikator der Begriff der „Referenznummer“ verwendet. Die Referenznummer muss je meldender Einrichtung (Melder-ID) eindeutig sein.

5.1.3 Patientenunterrichtung

Feldname:	<u>Unterrichtung</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob der Patient über die Meldung unterrichtet worden ist.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	J = Ja (§4, Abs. 2) N = Nein (§4, Abs. 2, Satz 2) P = Nein, Pathologe ohne Patientenkontakt (§4, Abs. 3) V = Nein, Verstorben M = Nein, Medizinische Kontraindikation (Patient wurde nicht aufgeklärt, weil sonst eine Verschlimmerung seines Zustands zu befürchten ist.)
Referenzdokumente:	[1]
Kommentar:	Nach §4, Abs. 2 LKrebsRG muss der Patient über die Abgabe einer Meldung unterrichtet werden. In der Meldung ist anzugeben, ob der Patient von der Meldung unterrichtet worden ist. Die Unterrichtung hat in der Regel vor der Meldung zu erfolgen. Es können aber auch Meldungen vor der Unterrichtung des Patienten abgegeben werden, weil dieser z.B. noch nicht unterrichtet werden kann oder soll. In bestimmten Fällen ist eine Unterrichtung des Patienten nicht mehr möglich. Dies ist z.B. der Fall, wenn der Patient zwischenzeitlich verstorben ist. In §4, Abs. 3 ist geregelt, dass Pathologen ohne persönlichen Kontakt zum Patienten auch eine Meldung ohne Unterrichtung abgeben können. Sie haben den Arzt oder Zahnarzt, auf dessen Veranlassung sie tätig wurden allerdings über Meldung zu informieren.

5.1.4 Titel

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

5.1.5 *Nachname*

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

5.1.6 *Namenszusatz*

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

5.1.7 *Vornamen*

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

5.1.8 *Geburtsname*

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

5.1.9 *Frühere(r) Name(n)*

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

5.1.10 *Geburtsdatum*

Feldname:	<u>Geburtsdatum</u>
Beschreibung:	Das Geburtsdatum des Patienten
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 6.1.

5.1.11 Sterbedatum

Feldname:	<u>Sterbedatum</u>
Beschreibung:	Das Sterbedatum des Patienten
Datentyp:	Datum jjjj-mm
Feldgröße:	7
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 6.1.

5.1.12 Geschlecht

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

5.1.13 Anschrift: Land

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

5.1.14 *Anschrift: PLZ*

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

Einige Ausnahmen:

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

5.1.15 *Anschrift: Wohnort*

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

5.1.16 *Anschrift: Gemeindegchlüssel*

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

5.1.17 *Anschrift: Straße*

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

5.1.18 *Anschrift: Hausnummer*

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

5.1.19 *Anschrift: Postfach*

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

5.1.20 *Anschrift: Ohne festen Wohnort*

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

5.1.21 *Staatsangehörigkeit*

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

5.2 Tumordiagnose

Eine Tumordiagnose bezieht sich auf einen Tumor eines Patienten.

5.2.1 TAN

Feldname:	<u>TAN</u>
Beschreibung:	6-stellige Melder-ID ergänzt um fortlaufende 7-stellige Zahl
Datentyp:	Text
Feldgröße:	13
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z, ., -, 1-9
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.2.2 Meldungskennzeichen

Feldname:	<u>Meldungskennzeichen</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob es sich bei der Meldung um eine neue Meldung, eine Korrekturmeldung oder eine Aktualisierungsmeldung handelt. Zudem kann ein Kennzeichen gesetzt werden, das angibt, dass sich eine Tumordiagnose gewandelt hat.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	N = Neu A = Aktualisierung K = Korrektur W = Wandlung der Diagnose
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Bei "Korrektur falscher Angaben": Es wird eine bereits gemeldete TAN akzeptiert und die Angaben in der Ursprungsmeldung ersetzt. Bei Wandlung der Diagnose kann vermerkt werden, dass sich die Tumorerkrankung verändert hat (z.B. Astrozytom Grad II zu Glioblastom Grad V). Bei Aktualisierung der Daten wurden zusätzliche Angaben erhoben, die im Register ergänzt werden.

5.2.3 Referenznummer

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z, ., -, 1-9
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.2.4 Tumoridentifikator

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

5.2.5 Tumordiagnose ICD

Feldname:	Diagnose
Beschreibung:	Die Tumordiagnose nach der ICD-10
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3-5
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	C00.0 – C96.9: Alle bösartigen primären und sekundären Neubildungen (nicht C77- C79) D00.0 - D09.9: in-situ-Neubildungen D32.0 – D33.9: gutartige Hirntumoren D35.2 - D35.4: Hypophyse, Ductus craniopharyngealis, Epiphyse (Glandula pinealis) D36.1: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem D37.0 – D48.9: Neubildungen unsicheren Charakters, also des GI oral bis anal, der Thoraxorgane, der weibl. und männl. Genital- und Harnorgane, des ZNS peripher und zentral incl. Meningen, der endokrinen Organe, des lymphatischen und Knochenmarkssystems, des Bindegewebes, Mamma und der n. n. bez. Lokalisationen.
Referenzdokumente:	[1], [5], [7]
Kommentar:	Pflichtenheft der ATO zur Krebsregistrierung [7]: „Die Erfassung gutartiger Hirntumore wird von der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (GEKID) empfohlen, aber nur in einigen Bundesländern durchgeführt, z. B. Rheinland-Pfalz, nicht jedoch in Bayern. Für die Erfassung spricht die Tatsache, dass der offizielle ICD-Thesaurus einen "Hirntumor" automatisch als Neubildung unsicheren Charakters einstuft.“ Das LKrebsRG [1] spricht in §1, Abs. 1 von „Krebserkrankungen [...] einschließlich ihrer Frühstadien“

5.2.6 Lokalisation ICD-O

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

5.2.7 Seitenlokalisierung

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

5.2.8 Histologie ICD-O

Feldname:	<u>ICD-O Version</u>
Beschreibung:	Die Auflage der ICD-O
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	1D = ICD-O1 DA (3. Auflage) 2D = ICD-O2 DA (5. Auflage) 2 = ICD-O2 3 = ICD-O3 X = Unbekannt
Referenzdokumente:	Datenkataloge anderer Krebsregister, DIMDI
Kommentar:	Es wird die Version 3 der ICD-O für neue Meldungen verwendet. Alte Versionen sind hierbei für historische Daten gedacht (z.B. altes Krebsregister).

Feldname:	<u>Histologie</u>
Beschreibung:	Der Morphologie-Code nach ICD-O inkl. Dignität
Datentyp:	Text
Feldgröße:	6
Pflichtfeld:	Ja (für Kliniken und pathologische Einrichtungen) Nein (Niedergelassener Bereich)
Gültiger Datenbereich:	Format: mmmm/d mit mmm: _____ 8000-9989 d: _____ 0 = gutartig (wegen gutartiger Hirntumoren/Frühform) 1 = Unsicher, unbekannt 2 = In situ 3 = Bösartige Neubildung (CUP als /3 mit C80) 9 = unsicher
Referenzdokumente:	[5]
Kommentar:	Dignität 6 (Metastase) wird nicht benötigt, da Tumordiagnosen zu Metastasen nicht gemeldet werden. Die Metastasen können mit Datum und Lokalisation zu einem Tumor angegeben werden.

5.2.9 *Erstdiagnosedatum*

Feldname:	<u>Erstdiagnosedatum</u>
Beschreibung:	Monat und Jahr der Ersttumordiagnose
Datentyp:	Datum jjjj-mm
Feldgröße:	7 Stellen
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Die Angabe des Diagnosetags ist im LKrebsRG nicht vorgesehen. Das Erstdiagnosedatum soll das Datum der gesicherten Diagnose (histologisch oder klinisch) angeben. Ein geschätzter oder berechneter Monat kann durch das Attribut „schaetzung“ gekennzeichnet werden. Siehe hierzu auch Kapitel 6.1

5.2.10 *Histologische Diagnosesicherung*

Feldname:	<u>Histologische Diagnosesicherung</u>
Beschreibung:	Gibt an, ob die Diagnose histologisch gesichert wurde
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	J = Ja N = Nein X = Unbekannt
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.2.11 *TNM-Version*

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

5.2.12 cTNM

Feldname:	<u>cT-Stadium</u>
Beschreibung:	Klinisches T-Stadium
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Siehe Schlüsseltabelle cTNM
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>cN-Stadium</u>
Beschreibung:	Klinisches N-Stadium
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Siehe Schlüsseltabelle cTNM
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>cM-Stadium</u>
Beschreibung:	Klinisches M-Stadium
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Siehe Schlüsseltabelle cTNM
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.2.13 Postoperatives TNM

Feldname:	<u>T-Stadium</u>
Beschreibung:	T-Stadium
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Siehe Schlüsseltabelle TNM
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>N-Stadium</u>
Beschreibung:	N-Stadium
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Siehe Schlüsseltabelle TNM
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>M-Stadium</u>
Beschreibung:	M-Stadium
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Siehe Schlüsseltabelle TNM
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.2.14 Grading

Feldname:	Grading	
Beschreibung:	Das histopathologische Grading	
Datentyp:	Text	
Feldgröße:	1	
Pflichtfeld:	Nein	
Gültiger Datenbereich:	X	= Nicht bestimmbar
	0	= Grading nicht vorgesehen
	1	= Gut differenziert (G1)
	2	= mäßig differenziert (G2)
	3	= schlecht differenziert (G3)
	4	= undifferenziert (G4)
	L	= Low grade
	M	= Intermediate
	H	= High grade
	G	= Grenzfall bzw. Borderline – nur bei Ovar
Referenzdokumente:	[3], [5], [6], [8]	
Kommentar:	Die Quellen geben hier teilweise unterschiedliche Ausprägungen an. Die obige Liste ist eine Obermenge aller Angaben. Einige Angaben finden nur bei bestimmten Organen Verwendung.	

5.2.15 L-Kategorie, Invasion in Lymphgefäße

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

5.2.16 V-Kategorie, Invasion in Venen

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

5.2.17 Pn-Kategorie, Invasion in Nerven

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

5.2.18 S-Kategorie

Feldname:	<u>S-Kategorie</u>
Beschreibung:	S-Kategorie, Serumtumormarker (Hoden)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	X = Werte der Serumtumormarker nicht verfügbar oder entspr. Untersuchung nicht vorgenommen 0 = innerhalb normaler Grenzen 1,2,3 = Wenigstens einer der Serumtumormarker erhöht
Referenzdokumente:	[10]
Kommentar:	

5.2.19 Weitere Klassifikation(en)

Es gelten die weiteren Klassifikationen im Dokument „Spezielle Klassifikationen, CREDOS 2“ [9], soweit diese nicht bereits im Datenkatalog aufgeführt sind:

- *Breslow* für Hauttumoren
- *Clark-Level* für Hauttumoren
- *Enneking*, Weichteil-Sarkom
- *FIGO*, Federation Internationale de Gynecologie et d'Obstetrique für Gynäkologische Tumoren.
Die FIGO-Stadien basieren auf chirurgischem Staging. Die Beziehung zwischen den TNM-Stadien (klinische und / oder pathologische Klassifikation) und der Stadiengruppierung nach FIGO ist in der TNM 6. Aufl. für jede gynäkologische Tumorart (Vulva, Vagina, Cervix uteri, Corpus uteri, Ovar, Tuba uterina und trophoblastäre Schwangerschaftstumoren) spezifisch aufgeführt.
- *Gleason Grading* und *Score* für Prostata
- *Holoye* für Bronchial-Ca
- *IGCCCG* Prognose für Hodentumoren
- *INDIANA*, für metast. Hodentumoren
- *INSS-Klassifikation*, für Neuroblastom
- *Lugano-Klassifikation* für Hodentumoren
- *Marburger Klassifikation* für kleinzellige Bronchial-Ca.
- *WHO-Gehirn* für Gehirntumoren

Systemerkrankungen:

- *Ann Arbor* für Hodgkin und Non-Hodgkin Lymphom
- *Binet* für lymphatische Leukämien
- *Durie & Salmon* für Multiple Myelome
- *FAB ALL* und *AML*, Französisch-Amerikanisch-Britisches (FAB) System für Leukämien
- *Jansen* für Haarzelleukämie
- *Phasen CML* für chronisch myeloische Leukämien (CML)
- *Philadelphia*, Philadelphia-Chromosom für chronisch myeloische Leukämien (CML)

- *Radaszkiewicz* für GI Lymphome
- *Rai* für *CLL*
- *Transformation NHL*

Es ist davon auszugehen, dass noch weitere Klassifikationen hinzukommen.

5.2.20 Zahl der befallenen Lymphknoten

Feldname:	<u>Lymphknoten befallen</u>
Beschreibung:	Zahl der befallenen Lymphknoten
Datentyp:	Zahl
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	0 bis 99
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.2.21 Zahl der untersuchten Lymphknoten

Feldname:	<u>Lymphknoten untersucht</u>
Beschreibung:	Zahl der untersuchten Lymphknoten
Datentyp:	Zahl
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	0 bis 99
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.2.22 Rezeptorstatus

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

Feldname:	<u>Rezeptor Progesteron</u>
Beschreibung:	Progesteronrezeptor
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	0 = Negativ 1 = Positiv G = Grenzwertig
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>Rezeptor HER2</u>
Beschreibung:	HER 2
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	0 = Negativ (auch -) 1 = Negativ (auch + oder 1+) 2 = Schwach positiv (auch ++ oder 2+) 3 = Stark positiv (auch +++ oder 3+)
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.2.23 *Metastasen bei Diagnose (Liste)*

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

Feldname:	<u>Metastasenlokalisierung</u>	
Beschreibung:	Lokalisation der Metastase	
Datentyp:	Text	
Feldgröße:	3	
Pflichtfeld:	Ja	
Gültiger Datenbereich:	PUL	= Lunge
	OSS	= Knochen
	HEP	= Leber
	BRA	= Hirn
	LYM	= Lymphknoten
	MAR	= Knochenmark
	PLE	= Pleura
	PER	= Peritoneum
	ADR	= Nebennieren
	SKI	= Haut
	MEN	= Meningen
	OTH	= Andere Organe
	GEN	= Generalisierte Metastasierung
	UNK	= Unknown (Unbekannt)
Referenzdokumente:		
Kommentar:	Mehrere Metastasen können angegeben werden. Für die spätere technische Implementierung der Schnittstelle können auch Einzelfelder mit den Ausprägungen J/N/X verwendet werden, falls dies praktikabler ist.	

5.2.24 *Menopausenstatus*

Feldname:	<u>Menopausenstatus</u>	
Beschreibung:	Der Menopausenstatus	
Datentyp:	Text	
Feldgröße:	1	
Pflichtfeld:	Nein	
Gültiger Datenbereich:	0	= prämenopausal
	1	= perimenopausal
	2	= postmenopausal
Referenzdokumente:		
Kommentar:	Betrifft nur Mamma-Ca	

5.2.25 *Patientenalter bei Diagnosestellung*

Kann berechnet werden.

5.2.26 Anlass der Tumordiagnose

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

5.2.27 Frühere Tumordiagnosen

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

5.3 *Durchgeführte Therapien*

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

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

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

5.3.1 *TAN*

Feldname:	<u>TAN</u>
Beschreibung:	6-stellige Melder-ID ergänzt um 7-stellige fortlaufende Zahl
Datentyp:	Text
Feldgröße:	13
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z, .,-,1-9
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.3.2 *Meldungskennzeichen*

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

5.3.3 Referenznummer

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z, ., -, 1-9
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.3.4 Tumoridentifikator

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

5.3.5 Therapieart

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

5.3.6 *Medikamentöse Therapie*

Feldname:	<u>Medikamentöse Therapie</u>
Beschreibung:	Falls eine medikamentöse Therapie als Therapieart gewählt wurde, kann hiermit die genaue Therapie angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	C = Chemotherapie H = Hormontherapie S = Sonstige med. Therapie
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.3.7 *Nuklearmedizinische Therapie*

Feldname:	<u>Nuklearmedizinische Therapie</u>
Beschreibung:	Falls eine nuklearmedizinische Therapie als Therapieart gewählt wurde, kann hiermit die genaue Therapie angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	J = Radiojodtherapie O = offene Radionuklide
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.3.8 *Stammzelltransplantation*

Feldname:	<u>Stammzelltransplantation</u>
Beschreibung:	Falls eine Stammzelltherapie als Therapieart gewählt wurde, kann hiermit die genaue Therapie angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	L = autolog G = allogene
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.3.9 Strahlentherapie

Feldname:	Strahlentherapie
Beschreibung:	Falls eine Strahlentherapie als Therapieart gewählt wurde kann hiermit die genaue Therapie angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	1
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	B = Brachytherapie T = Teletherapie S = Sonstige
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.3.10 Sonstige Therapie

Feldname:	Sonstige Therapie
Beschreibung:	Falls eine sonstige Therapie als Therapieart gewählt wurde, kann hiermit die genaue Therapie angegeben werden.
Datentyp:	Text
Feldgröße:	2
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	HY = Hyperthermie
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Liste ist noch zu ergänzen

5.3.11 OPS-Schlüssel (Liste)

Feldname:	OPS-Schlüssel
Beschreibung:	OPS -Schlüssel für durchgeführte Therapie
Datentyp:	Text
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja bei OP-Therapie, bei anderen Therapieformen optional
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	OPS-Version kann anhand des Diagnosedatums ermittelt werden. Es können mehrere OPS-Schlüssel angegeben werden. Es wird eine Liste zur Verfügung gestellt, aus der hervorgeht, welche OPS-Schlüssel für welche Lokalisationsgruppen relevant sind.

5.3.12 Therapie-Detail

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

5.3.13 Therapiestart

Feldname:	<u>Therapiestart</u>
Beschreibung:	Therapiestart bzw. OP-Datum.
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	Vollständiges Datum
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 6.1.

5.3.14 Therapieende

Feldname:	<u>Therapieende</u>
Beschreibung:	
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Vollständiges Datum
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 6.1.

5.3.15 Therapiebezogene R-Klassifikation

Feldname:	<u>R</u>	
Beschreibung:	Residualtumor-(R-)Klassifikation	
Datentyp:	Text	
Feldgröße:	2	
Pflichtfeld:	Nein	
Gültiger Datenbereich:	X	nicht bestimmbar
	0	= Kein Residualtumor
	1	= Mikroskopischer Residualtumor an den Schnitträndern
	2	= Makroskopischer Residualtumor
	2a	= Makroskopischer Residualtumor, mikroskopisch nicht bestätigt
	2b	= Makroskopischer Residualtumor, mikroskopisch bestätigt
Referenzdokumente:		
Kommentar:		

5.3.16 Abbruch

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

5.3.17 Multimodale Therapie

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

5.4 Verlauf

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

5.4.1 TAN

Feldname:	<u>TAN</u>
Beschreibung:	6-stellige Melder-ID ergänzt um 7-stellige fortlaufende Zahl
Datentyp:	Text
Feldgröße:	13
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z, ., -, 1-9
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.4.2 Meldungskennzeichen

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

5.4.3 Referenznummer

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z, ., -, 1-9
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.4.4 Tumoridentifikator

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

5.4.5 Untersuchungsdatum

Feldname:	<u>Untersuchungsdatum</u>
Beschreibung:	Datum der Untersuchung bzw. Nachsorge
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	Vollständiges Datum
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 6.1.

5.4.6 Tumorgeschehen

Feldname:	<u>Tumorgeschehen</u>
Beschreibung:	Gesamtbeurteilung des Tumorgeschehens
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	CR = Vollremission CRr = Vollremission mit residualen Auffälligkeiten PR = Teilremission MR = klinische Besserung SD = Keine Änderung (NC) PD = Progression DG = Divergentes Geschehen X = Beurteilung unmöglich E = Entfällt (Behandlung im Rahmen eines Multimodalen Konzepts noch nicht Abgeschlossen)
Referenzdokumente:	RECIST 2000
Kommentar:	

5.4.7 *TNM-Version*

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

5.4.8 *TNM*

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

Feldname:	<u>T-Stadium</u>
Beschreibung:	T-Stadium
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Siehe Schlüsseltabelle Verlaufs-TNM
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>N-Stadium</u>
Beschreibung:	N-Stadium
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Siehe Schlüsseltabelle Verlaufs-TNM
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	<u>M-Stadium</u>
Beschreibung:	M-Stadium
Datentyp:	Text
Feldgröße:	9
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Siehe Schlüsseltabelle Verlaufs-TNM
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.4.9 Metastasen mit Lokalisation und Diagnosedatum

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

Feldname:	Metastasenlokalisierung
Beschreibung:	Lokalisation der Metastase
Datentyp:	Text
Feldgröße:	3
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	PUL = Lunge OSS = Knochen HEP = Leber BRA = Hirn LYM = Lymphknoten MAR = Knochenmark PLE = Pleura PER = Peritoneum ADR = Nebennieren SKI = Haut MEN = Meningen OTH = Andere Organe GEN = Generalisierte Metastasierung UNK = Unknown (Unbekannt)
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

Feldname:	Metastase Diagnosedatum
Beschreibung:	Datum der Diagnose
Datentyp:	Datum jjjj-mm
Feldgröße:	7 Stellen
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 6.1.

5.5 Abschluss

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

5.5.1 TAN

Feldname:	<u>TAN</u>
Beschreibung:	6-stellige Melder-ID ergänzt um 7-stellige fortlaufende Zahl
Datentyp:	Text
Feldgröße:	13
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z, ., -, 1-9
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.5.2 Meldungskennzeichen

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

5.5.3 Referenznummer

Feldname:	<u>Referenznummer</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Patientenidentifikator (Patienten-Nr, Patienten-ID)
Datentyp:	Text
Feldgröße:	12
Pflichtfeld:	Ja
Gültiger Datenbereich:	A-Z, ., -, 1-9
Referenzdokumente:	
Kommentar:	

5.5.4 Sterbedatum

Feldname:	<u>Sterbedatum</u>
Beschreibung:	Datum des Versterbens des Patienten
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	Vollständiges Datum
Referenzdokumente:	[1], [3], [8]
Kommentar:	An das epidemiologische Register werden nur Monat und Jahr des Todes weitergegeben. Das Abschlussdatum ergibt sich aus dem Meldedatum in den administrativen Daten. Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat können durch das Attribut „schätzung“ gekennzeichnet werden. Siehe hierzu auch Kapitel 6.1

5.5.5 Abschlussgrund

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

5.5.6 Tumorbedingter Tod

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

5.5.7 *Tumoridentifikator*

Feldname:	<u>Tumoridentifikator</u>
Beschreibung:	Klinikinterner Tumoridentifikator
Datentyp:	Text
Feldgröße:	20
Pflichtfeld:	Nein
Gültiger Datenbereich:	
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Optionale Angabe, falls tumorbedingter Tod

5.5.8 *Letzte Patienteninformation*

Feldname:	<u>Letzte Patienteninformation</u>
Beschreibung:	Datum der letzten Patienteninformation
Datentyp:	Datum jjjj-mm-tt
Feldgröße:	10
Pflichtfeld:	Ja, bei Abschlussgrund „L“ oder „W“
Gültiger Datenbereich:	Vollständiges Datum
Referenzdokumente:	
Kommentar:	Geschätzte oder berechnete Angaben für Tag oder/und Monat oder/und Jahr können durch das Attribut „schaetzung“ angegeben werden. Siehe hierzu auch Kapitel 6.1.

5.6 Administrative Daten

5.6.1 Meldedatum

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

5.6.2 Kennung Meldestelle

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

5.6.3 Kennung Klinisches Register

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

5.6.4 *Ärztlicher Ansprechpartner*

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

6 ***Sonstiges***

6.1 ***Datumfelder***

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

Es gelten folgende Regeln:

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

7 *Literatur/Quellen*

- [1] Gesetz über die Krebsregistrierung in Baden-Württemberg (Landeskrebsregistergesetz – LKrebsRG), 07. März 2006
- [2] Arbeitsgemeinschaft der Tumorzentren und Onkologischen Schwerpunkte, Onkologische Arbeitskreise in Baden-Württemberg (ATO): Datenkatalog für erste Phase der Umsetzung des Landeskrebsregistergesetzes (LKrebsRG), Stand vom 25.07.2006
- [3] Basisdokumentation für Tumorkranke, Prinzipien und Verschlüsselungsanweisungen für Klinik und Praxis. 5. revidierte Auflage. Hrsg. von J. Dudeck, G.Wagner, E.Grundmann, P. Hermanek. Germaning/München: W. Zuckerschwerdt Verlag GmbH, 1999: 3-88603-678-2
- [4] Holger Hinrichs: Abschlußbericht des Projektes „Bundesweite Einführung eines einheitlichen Record Linkage-Verfahrens in den Krebsregistern der Bundesländer nach dem KRG“. Oldenburg: OFFIS, Juli 1997 – Juni 1999
- [5] GEKID: EDV-Lieferdatensatz, 02. August 2007
- [6] GEKID: Handbuch zur epidemiologischen Krebsregistrierung in Deutschland, 2001
- [7] ATO: Pflichtenheft Landeskrebsregistrierung, 26.09.2005
- [8] H.P. Sinn, P. Hermanek, G. Wagner, Ch. Wittekind: Organspezifische Tumordokumentation. 3. Auflage. ADT, Deutsche Krebsgesellschaft, generiert 2. März 2003
- [9] Spezielle Klassifikationen, CREDOS 2
- [10] Ch. Wittekind, H.-J. Meyer und F.Bootz: TNM, Klassifikation maligner Tumoren, 6. Auflage, Springer Verlag 2002