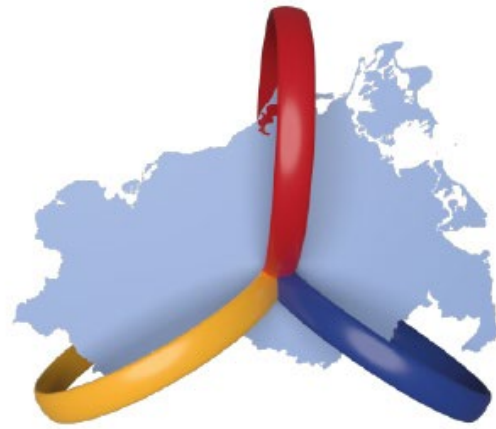




KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN

Registerstelle Treuhandstelle Zentralstelle

MELDERSCHULUNG STARTERWORKSHOP

KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN (KR-MV)

- Meldepflicht und Meldefrist
- Patienteninformation und Widerspruch
- Meldewege
- Vergütung von Meldungen
- Meldepflichtige Diagnosen
- Hinweise zur Dokumentation
- Ansprechpartner

Meldepflicht nach KrebsRG M-V vom 11. Juli 2016

- Es verpflichtet alle behandelnden Ärztinnen/Ärzte oder Zahnärztinnen/Zahnärzte einer Tumorpatientin/eines Tumorpatienten zur Meldung von Tumorerkrankungen, -therapien und den dazugehörigen Verläufen
- Besonderheit: Ärztinnen/Ärzte ohne direkten Patientenkontakt (z.B. Pathologinnen/Pathologen) (§3 Abs. 3 KrebsRG M-V)

Meldefrist nach § 3 Abs. 1 KrebsRG M-V

- seit 01.01.2022 gilt eine Meldefrist von 6 Wochen nach Auftreten des Meldeanlasses
- Ausschließlich Übersendung in elektronischer Form (§ 3 Abs. 6 KrebsRG M-V)

- Informationsverpflichtung des Melders über die Meldung und Rechte des Patienten
- Kein Widerspruch gegen die epidemiologische Meldung möglich
- Widerspruch gegen die dauerhafte Speicherung der Identitätsdaten und der klinischen Daten möglich
 - Rückführung auf Identitätsdaten ist nicht möglich
 - Daten für die epidemiologische Krebsregistrierung bleiben erhalten
- Keine Einwilligung der betroffenen Person erforderlich

<https://www.kkr-mv.de/downloads-fuer-melder/>

Es wird empfohlen, den schriftlichen Widerspruch per Post an die Treuhandstelle des Krebsregisters M-V zu senden¹:



Treuhandstelle des Krebsregisters M-V
Universitätsmedizin Greifswald, K.d.ö.R.
Ellernholzstr. 1 – 2
17475 Greifswald

Widerspruch gegen die dauerhafte Speicherung von Daten gemäß § 4 Absatz 2 des Gesetzes über die Krebsregistrierung in Mecklenburg-Vorpommern (Krebsregistrierungsgesetz - KrebsRG M-V)

Hiermit mache ich, als Patient(in) / gesetzl. Vertreter(in),

Vorname(n)* _____ Titel _____
Nachname* _____ , ggf. Geburtsname _____
Geburtsdatum* _____ ☐ weiblich ☐ männlich ☐ unbestimmt
Straße inkl. Hausnr.* _____
PLZ Wohnort* _____
Kranken-Versicherten-Nr.** _____
Behandelnder Arzt / Ärztin
Thema Name _____
Straße Nummer, PLZ Ort _____

* Pflichtangaben – diese werden zur eindeutigen Identifizierung Ihrer Person benötigt.
** Diese persönliche Kennnummer finden Sie auf Ihrer Gesundheitskarte. Für behinderte und berufsgefährdete Personen nach bestimmten Vorschriften ist hier die Behl.Nr. einzutragen.

von dem Recht auf Widerspruch gegen die Speicherung von Daten nach dem Krebsregistrierungsgesetz M-V Gebrauch.

Mir ist bekannt, dass sich der Widerspruch auf die dauerhafte Speicherung von Daten der klinischen Krebsregistrierung bezieht. Nach gültigen Widerspruch werden identifizierende und medizinische Daten, die nicht für die epidemiologische Krebsregistrierung gemäß § 16 Absatz 1 KrebsRG M-V benötigt werden, in den zuständigen Registerstellen und der Zentralstelle der Krebsregistrierung gelöscht. Widersprüche sowie die für die epidemiologische Krebsregistrierung erfassten Identitätsdaten werden gemäß § 4 Absatz 4 KrebsRG M-V in der Treuhandstelle dauerhaft gespeichert.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patientin/ Patient/ gesetzl. Vertretung _____
Ein Widerspruch ist nur mit Unterschrift gültig.

¹ Gemäß § 4 Abs. 2 KrebsRG M-V kann der Widerspruch auch auf elektronischem Wege (Fax oder E-Mail) erfolgen. Bei einem Widerspruch via E-Mail ist der unterschriebene Widerspruch anzuliegen. Zum Schutz Ihrer persönlichen Daten, wird empfohlen, die E-Mail oder den als Anhäng verschickten Widerspruch zu verschlüsseln und den Schlüssel der Treuhandstelle auf separatem Weg mitzuteilen.
Treuhandstelle des Krebsregisters Mecklenburg-Vorpommern Widerspruchsmuster nach KrebsRG M-V V3.1
Ellernholzstr. 1-2 • 17475 Greifswald • Tel.: +49(0)3834 86-7522 • Fax: +49(0)3834 86-6843 • E-Mail: treuhandstelle@krebregister-mv.de



Das Krebsregistrierungsgesetz M-V sieht ab dem 01.01.2022 vor, dass Meldungen ausschließlich in strukturierter und **elektronischer Form** an das Krebsregister zu übermitteln sind.

Folgende Meldewege stehen Ihnen zur Verfügung:

- browserbasierte Meldung über das Meldeportal
- Meldeportal-UploadClient (XML-Schnittstelle)

Online Antrag:

<https://www.kkr-mv.de/melder/nutzerantrag-fuer-einen-melderportal-account/>

Start Über uns ▾ Für Interessierte ▾ Für Meldende ▾ Für Betroffene ▾ Auswertungen ▾ Aktuelles ▾

Nutzerantrag für einen Melderportal-Account

* zeigt erforderliche Felder an

Allgemeine Informationen

Zentralstelle der Krebsregistrierung, Krebsregister M-V
c/o Institut für Community Medicine
Universitätsmedizin Greifswald, K.d.ö.R.
Ellernholzstr. 1-2
17487 Greifswald

Telefon: 03834-867755
Fax: 03834-866919
E-Mail: support-zkr@uni-greifswald.de

Antrag für *

Bitte auswählen ▾

Meldeanlass	Zu melden als	Vergütung mit Leistungsdatum bis zum 31.01.2024	Vergütung mit Leistungsdatum ab dem 01.02.2024
1. Stellung der Diagnose einer Tumorerkrankung nach hinreichender klinischer Sicherung	Diagnose	18,00 €	19,50 €
2. Histologische, zytologische oder labortechnische Sicherung der Diagnose	Histologie	4,00 €	4,50 €
3. Beginn oder Abschluss einer therapeutischen Maßnahme, auch Abbruch oder Ablehnung	Therapie (Operation, Strahlentherapie, Systemische Therapie)	5,00 €	9,00 €
4. Änderung des Erkrankungsstatus (Auftreten von Rezidiven, Metastasen)	Verlauf (Statusänderung)*	8,00 €	9,00 €
5. Ergebnis der Nachsorge gemäß Leitlinie	Verlauf (Statusmeldung)*	8,00 €	9,00 €
6. Tod des Patienten oder der Patientin	Abschluss	5,00 €	9,00 €

* Bei C44/D04-Diagnosen, die nicht zu den prognostisch ungünstigen nicht-melanozytären Hauttumoren gehören, sind die Meldeanlässe Nr. 4 und Nr. 5 nicht zu tätigen.
Für vollständige Meldungen wird einmalig eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 6.50€ ausgezahlt.

* Die Meldevergütung für prognostisch ungünstige Tumoren gilt ab dem 30.07.2024

- Bösartige Neubildungen einschließlich ihrer Frühstadien, Neubildungen unbekannten Charakters und unsicheren Verhaltens sowie gutartige Neubildungen des zentralen Nervensystems
- Sekundäre bösartige Neubildungen (C77 -C79) nicht als Diagnose, sondern als Metastase des jeweiligen Primärtumors (ICD-10 C00.0 -C96.9) dokumentieren

Verdachtsdiagnosen sind **nicht meldepflichtig!** Erst die gesicherte Diagnose stellt einen meldepflichtigen Anlass dar.

Download der Übersicht: <https://www.kkr-mv.de/meldepflichtige-icd-codes/>

Bei der Angabe der Versichertendaten (Versichertennummer + IK-Nummer) handelt es sich um ein Pflichtfeld für gesetzlich und **privatversicherte** Patientinnen/Patienten.

Download der Übersicht:

<https://www.kkr-mv.de/allgemeine-dokumentationshinweise/>

Ist **keine** private Krankenversicherung oder ein weiterer Kostenträger bekannt, so ist anstelle der IK-Nummer des Kostenträgers ein **Ersatzcode** zu melden.

Übersicht der privaten Krankenkassen

Institutionkennzeichen	Leistungsträger
168140017	Continental Krankenversicherung
168140028	Signal Krankenversicherung
168140040	Central Krankenversicherung
168140073	Familienfürsorge Krankenversicherung
168140108	Alte Oldenburger Krankenversicherung
168140119	Landeskrankenhilfe V.V.
168140131	Deutscher Ring Krankenversicherung
168140175	NOVA Krankenversicherung
168140186	Hanse Merkur
168140288	Debeka
168140300	Deutscher Ring Krankenversicherung

Versichertengruppe	Ersatzcode
Selbstzahler	970000011
Kostenträger ohne IK-Nummer (z.B. Gefängnisinsasse)	970001001
Asylbewerber	970100001
Privatversichert, unbekannt	970000022
Keine Angabe zum Kostenträger	970000099

Als Diagnosedatum gemäß den Regeln des European Network of Cancer Registries (ENCR) wird aus den verfügbaren Angaben das Datum des Ereignisses mit der höchsten Priorität aus folgender Liste gewählt.

Ereignis	Priorität
Datum der Biopsie/Zytologie	Hoch
a) Datum der Entnahme der Probe	
b) Datum des Probeneingangs beim Pathologen	
c) Datum des Pathologieberichts.	
Datum der Klinikeinweisung	
Falls kein Krankenhaus aufgesucht wurde: Datum des ersten Besuchs einer ambulanten Einrichtung wegen einer Krebserkrankung	
Anderes Diagnosedatum, falls vorherige nicht verfügbar	
Sterbedatum	Niedrig

Quelle: <https://encr.eu/sites/default/files/pdf/incideng.pdf>

Falls das Diagnosedatum nicht in der Patientenakte dokumentiert ist und es näherungsweise nicht mit Hilfe der **ENCR-Empfehlung zur Festlegung des Inzidenzdatums** ermittelt werden kann, gehen Sie bitte wie folgt vor:

ED **07/2023**

Diagnose

Diagnosedatum*: **15.07.2023**

Datumsgenauigkeit*:

- ☐ E - Exakt
- ☒ **T - Tag geschätzt**
- ☐ M - Monat geschätzt
- ☐ V - Vollständig geschätzt

ED **2021**

Diagnose

Diagnosedatum*: **01.07.2021**

Datumsgenauigkeit*:

- ☐ E - Exakt
- ☐ T - Tag geschätzt
- ☒ **M - Monat geschätzt**
- ☐ V - Vollständig geschätzt

Stellung der Diagnose einer Tumorerkrankung nach hinreichender klinischer Sicherung

- Diagnose?
- Diagnose (**erweiterter Sachverhalt**)?



Fallbeispiel:

- Im Rahmen einer Koloskopie werden Auffälligkeiten gesehen, eine Biopsie entnommen und ein **Sigmakarzinom (cT2)** gesichert
 - ⇒ Meldeanlass: **Diagnose**
- Der betreuende Gastroenterologe überweist den Patienten ins Krankenhaus zum weiteren Staging und zur geplanten Sigmaresektion
- Im Krankenhaus werden **regionäre Lymphknoten (cN1b)** und **Fernmetastasen (cM1a)** in der **Lunge** gesichert.
 - ⇒ Meldeanlass: **Diagnose**

- Seitenangabe ist bei **paarigen Organen** eine **Pflichtangabe**
- Tumoren, die in paarigen Organen **beidseitig** auftreten, müssen **getrennt** gemeldet werden
- Außer klinisch-pathologische Untersuchung zeigt, dass es sich um Manifestationen **desselben Primärtumors** handelt.

Ausnahme: Synchron beidseitig auftretende Tumoren des Ovars, der Eileiter/Adnexe, Wilms-Tumoren der Niere und Retinoblastome müssen nicht separat erfasst werden, sie sind mit “beidseitig” in einem Fall zu übermitteln.

Liste paariger Organe ¹⁾

Download der Übersicht:

<https://www.kkr-mv.de/paarige-organe/>

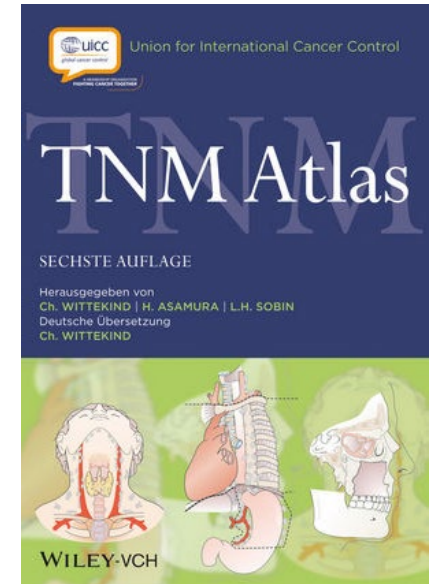
Bösartige Neubildungen (ICD-10 GM)	In-Situ- Neubildungen (ICD-10 GM)	Seitenangabe	Lokalisation (Bezeichnung + ICD-O-3)
C07.-	D00.0 ⁴⁾	L, R, U	Glandula Parotis (C07.9)
C09.0, C09.8, C09.9	D00.0 ⁴⁾	L, R, U	Tonsille (C09.0, C09.8, C09.9)
C30.0	D02.3 ⁴⁾	L, R, U	Nasenhöhle (C30.0)
C34.0, C34.1, C34.3, C34.8, C34.9	D02.2	L, R, U	Bronchien und Lunge ²⁾ (C34.0, C34.1, C34.3, C34.8, C34.9)
C38.4	D09.7 ⁴⁾	L, R, U	Pleura (C38.4)
C40.0		L, R, U	Lange Knochen der oberen Extremität und Skapula (C40.0)

Die TNM-Klassifikation ist das international anerkannte System zur Stadieneinteilung von Krebserkrankungen.

- **T (Tumor):** Beschreibt die Größe und die direkte Ausbreitung des Primärtumors.
- **N (Nodes/Lymphknoten):** Beschreibt das Fehlen oder Vorhandensein und das Ausmaß der Ausbreitung von regionalen Lymphknotenmetastasen.
- **M (Metastasen):** Beschreibt das Fehlen oder Vorhandensein von Fernmetastasen.

Geltungsbereich des TNM

- Das TNM gilt nur für solide Tumoren und kann z.B. für Systemerkrankungen (Leukämien, Lymphome) oder Hirntumoren nicht angewendet werden.



Der Basisdatensatz definiert zusätzlich zu strukturierten Klassifikationen einen Abschnitt “**Weitere Klassifikationen**“, indem darüberhinausgehende hämatoonkologische und sonstige Klassifikationen angegeben werden sollen.

Sie werden bei Diagnose-, Pathologie – und Verlaufsmeldung erwartet.



Übersicht weitere Klassifikationen

Nachfolgend finden Sie eine Übersicht von Zusatzklassifikationen für die genannten ICD-10-Codes.

ICD-10	Klassifikation: Name	Stadium	Beschreibung (ausführlicher Text für Stadiumkürzel)
C00-C14 C15 C16 C50	HER2-neu	P	Positiv
		N	Negativ
C01 C05.1 C05.2 C09 C10	p16	P	Positiv
		N	Negativ
C15 C16	Adenokarzinome des Ösophago- gastralen Übergangs (AEG), Kl. nach Siewert	Typ I	Distaler Ösophagus (Barrett-Ösophagus) zwischen 5-1 cm oral der Kardia
		Typ II	Kardiakarzinome (<1cm oral und 2 cm aboral der Kardia)
		Typ III	Subkardiale Magenkarzinome (zwischen >2 cm und bis zu 5 cm aboral der Kardia)
C15-C20 C48	GIST: Risiko nach Miettinen	sehr niedrig niedrig moderat hoch	

Download der Übersicht:

<https://www.kkr-mv.de/melder/informationen-fuer-meldungen/>

Beispiel: **Hormontherapie** mit **Letrozol** (Zyklusdauer $\Rightarrow$ kontinuierlich)

Immuntherapie mit **Trastuzumab** (Zyklusdauer $\Rightarrow$ 21 Tage) bei metastasiertem Mammakarzinom

Feldbezeichnung	Inhalt
Beginn	01.03.2023
Ende	22.05.2023
Substanz	Letrozol
Therapieart	HO (Hormontherapie)

Feldbezeichnung	Inhalt
Beginn	01.03.2023
Ende	01.05.2023
Substanz	Trastuzumab
Therapieart	IM (Immuntherapie)

Warum müssen zwei separate Meldungen übermittelt werden?

- Obwohl beide Substanzen parallel verabreicht werden, sind sie **keine Kombinationstherapie im eigentlichen Sinne**, da sie unterschiedlichen Therapiearten zugeordnet sind (**IM = Immuntherapie, HO = Hormontherapie**) und nicht in einer synergistischen oder abgestimmten Sequenz zusammenwirken. Daher müssen sie **separat gemeldet werden**.

- **W = reguläres Ende mit Substanzwechsel:** Die Therapie bleibt grundsätzlich erhalten, aber es erfolgt ein Wechsel zu einer Substanz derselben Wirkstoffgruppe (z.B. von Cisplatin zu Carboplatin). Der Wechsel wird in der Endemeldung als zusätzliche Substanz dokumentiert
- **Beispiel:** Ein Patient startet eine Therapie mit dem Protokoll „Gem-Cis“ (Substanzen: „Gemcitabin“, „Cisplatin“). Während der Therapie erfolgt ein Wechsel von Cisplatin zu Carboplatin aufgrund von Unverträglichkeiten oder anderen medizinischen Erwägungen. Das Protokoll bleibt das gleiche, der Substanzwechsel wird als zusätzliche Substanz in der Endemeldung dokumentiert.
Therapieende: Protokoll „Gem-Cis“, Substanzen: „Gemcitabin“, „Cisplatin“, „Carboplatin“

- abwartende Therapien sind meldepflichtig
- auch mit welcher **Intention** sie geplant wurde
- Bitte nicht mit der Therapieart "**Sonstiges**" melden.
- **Therapiepausen sind nicht als abwartende Therapien** zu interpretieren oder zu melden
- für abwartende Therapien, wie für alle anderen Therapiearten auch, ist ein Meldeanlass sowohl **zum Beginn als auch zum Ende** vorgesehen

Beispiele:

Active Surveillance (AS)	Kuratives Therapiekonzept mit engmaschiger Kontrolle vor einer kurativ intendierten Therapie (z. B. S3-Leitlinie Prostatakarzinom)
Wait and See (WS)	Kuratives Therapiekonzept nach neoadjuvanter Therapie, wenn zunächst auf eine nachfolgend intendierte Operation verzichtet wird (z. B. S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom)
Watchful Waiting (WW)	Palliatives Therapiekonzept mit langfristiger Beobachtung und symptomorientierter Therapie, wenn gegen eine kurativ intendierte Therapie entschieden wurde (z. B. S3-Leitlinie Prostatakarzinom)

- Jede Operation, die zur Entfernung (Resektion), Zerstörung (Destruktion) oder Verkleinerung (Reduktion) von Tumorgewebe führt, ist zu melden.
- Der OPS-Code gibt an, welche Operation bzw. Prozedur durchgeführt wurde. Die Operation bzw. Prozedur ist so spezifisch wie möglich zu kodieren und im wesentlichen in den Kapiteln „5 – Operationen“ und „8 – Nicht operative therapeutische Maßnahmen“ zu finden
- OPS-Version: Es ist die zum OP-Zeitpunkt aktuelle OPS-Version (Jahr) zu verwenden



[ICD](#) [OPS](#) [Impressum](#)

OPS Suche

[OPS-2025 Systematik online lesen](#)

OPS-2025

Suchergebnisse 1 - 2 von 2

[5-541 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums](#)

5-541 Laparotomie und Eröffnung des Retroperitoneums 5-**541.0** Explorative Laparotomie 5-541.1 Laparotomie mit Drainage Intraoperative Spülung Mit diesem Code ist nur die Laparotomie mit Drainage z.B. bei

[8-541 Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren](#)

8-541 Instillation von und lokoregionale Therapie mit zytotoxischen Materialien und Immunmodulatoren Ein Kode aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben 8-**541.0** Intrathekal

OPS-Code Suche:

[https:// www.icd-code.de/ops-suche.html](https://www.icd-code.de/ops-suche.html)

Der Residualstatus beschreibt wie umfassend das erkrankte Gewebe nach einer Behandlung, vorwiegend Operation, entfernt werden konnte.

- **lokaler Residualstatus** beschreibt, ob nach Resektion Tumorreste im OP-Gebiet verblieben sind
- kann sowohl in Bezug auf den Primärtumor oder – bei alleiniger Metastasen-OP, auf die Metastasen angegeben werden
- bei der Gesamtbeurteilung des **globalen Residualstatus** werden alle Tumormanifestationen berücksichtigt
- Angabe muss somit nicht zwangsläufig dem lokalen Residualstatus entsprechen
- Bei **gleichzeitiger** Operation von Primärtumor und Metastasen wird der R-Status der Metastasen **nicht** im **lokalen**, sondern **ausschließlich** im **globalen** Residualstatus abgebildet

Beispiele:

- Primärtumor vollständig entfernt, Metastasen in Knochen und Pleura:
Lokal: R0, Gesamt: R2
- Primärtumor R1, keine weiteren Manifestationen:
Lokal: R1, Gesamt: R1

Es wird zwischen **synchronen** und **metachronen** Metastasen unterschieden. Synchrone Metastasen liegen bereits bei der **Erstdiagnose** vor oder treten **innerhalb** von **92 Tagen** nach Diagnose auf. Metachrone Metastasen treten außerhalb der genannten Zeiträume auf.

Innerhalb von **92 Tagen** nach Erstdiagnose:

- Gesicherte Fernmetastasen werden mit der Diagnosemeldung des Primärtumors gemeldet

Außerhalb von **92 Tagen** nach Erstdiagnose:

- Gesicherte Fernmetastasen werden mit der Verlaufsmeldung (Statusänderung) zum Primärtumor gemeldet

Ausnahme: Bei den Urotheltumoren wurde der Erstdiagnosezeitraum, innerhalb derer alle Befunde zur Diagnose gehören, von den sonst üblichen drei (92 Tage) auf **vier Monate** (122 Tage) erhöht.

OTH – andere Organe

- bezeichnet alle Organe außerhalb der gängigen und auswählbaren Fernmetastasen-Lokalisationen
- „OTH“ soll nicht verwendet werden, wenn die Lokalisation der Fernmetastase nicht aus den Unterlagen ersichtlich ist.

GEN – generalisierte Metastasierung

- wenn mehrere Fernmetastasen-Lokalisationen gleichzeitig vorliegen, sollten diese **einzel**n dokumentiert und **jede Lokalisation genannt** werden.
- Die Ausprägung „GEN“ soll nur verwendet werden, wenn die einzelnen Lokalisationen nicht aus den Unterlagen ersichtlich sind.
- „GEN“ soll **nicht** verwendet werden, wenn eine multiple (generalisierte) Metastasierung in nur **einem Organ** vorliegt, z.B. im Knochen (bei multiplen Knochenmetastasen: OSS dokumentieren)

- **Statusänderung:** Änderung des Tumorstatus zum vorherigen Zustand. Das kann beispielsweise das Auftreten eines Rezidivs, einer Fernmetastasierung oder das therapierelevante Voranschreiten der Erkrankung sein, aber auch die mit Abstand zur Therapie im Re-Staging ermittelte Einschätzung des Therapieerfolges nach definitiver Strahlen- oder systemischer Therapie, z.B. Voll- oder Teilremissionen.
- **Statusmeldung:** hier gab es **keine** wesentliche Veränderung zum vorherigen Status der Erkrankung (= zum Zeitpunkt der vorherigen Meldung) bspw. bei anhaltender Vollremission.

Was ist der Unterschied zwischen einem Rezidiv und einer Progression?



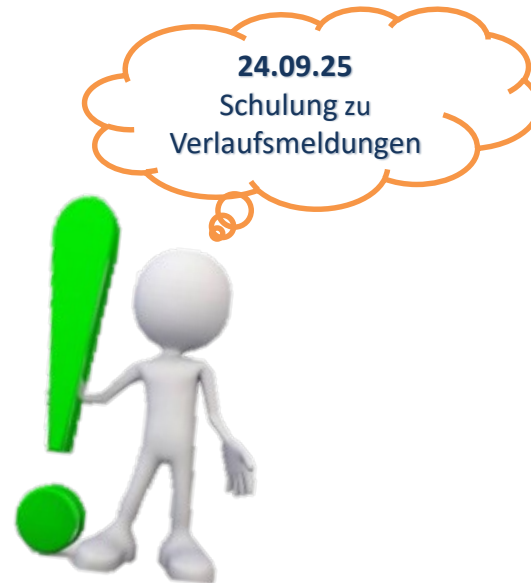
P = Progression

Fortschreiten der Erkrankung (Zunahme der Tumorgroße, neuer Lymphknotenbefall oder Fernmetastasierung)

Y = Rezidiv

jedes **Wiederauftreten** der Erkrankung bei vorheriger **kompletter klinischer Tumorfreiheit** (biochemisches Rezidiv, Lokalrezidiv und/oder Metastasierung)

Das Ergebnis der **Nachsorge** wird gemäß aktueller **S3-Leitlinien** gemeldet. Existieren **keine Leitlinien** beschränkt sich die Meldeverpflichtung für einen Zeitraum von **10 Jahren** auf **einmal jährlich**.



Sie benötigen eine Übersicht der Meldezeiträume zur Nachsorge?
Sprechen Sie uns jederzeit gerne an!

C49	Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe	unbegrenzt	Jahr 1-2: vierteljährlich Jahr 3-5: halbjährlich ab Jahr 6: jährlich
C50	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]	unbegrenzt	Jahr 1-3: vierteljährlich Jahr 4-5: halbjährlich Ab Jahr 6: jährlich
D05	Carcinoma in situ der Brustdrüse [Mamma]	unbegrenzt	<u>DCIS</u> Nachsorge nach 6-12 Monate für 5 Jahre ab Jahr 6: jährlich <u>LCIS</u> Jahr 1-3: vierteljährlich Jahr 4-5: halbjährlich Ab Jahr 6: jährlich
C51	Bösartige Neubildung der Vulva	10	
C52	Bösartige Neubildung der Vagina	10	
C53	Bösartige Neubildung der Cervix uteri	5	Jahr 1-3: vierteljährlich Jahr 4-5: halbjährlich
D06	Carcinoma in situ der Cervix uteri	5	Jahr 1-3: vierteljährlich Jahr 4-5: halbjährlich
C54	C54.0 Isthmus uteri	10	
	C54.1 Endometrium	5	Jahr 1-3: viertel- halbjährlich Jahr 4-5: halbjährlich
	C54.2 Myometrium	10	
	C54.3 Fundus uteri	10	
	C54.8 Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend	10	
	C54.9 Corpus uteri, nicht näher bezeichnet	10	

- umfasst, ob zur initialen oder weiteren Therapieplanung, eine Tumorkonferenz stattgefunden hat
- von der für die Organisation verantwortliche Einrichtung bzw. verantwortlichen Ärztin/Arzt zu übermitteln

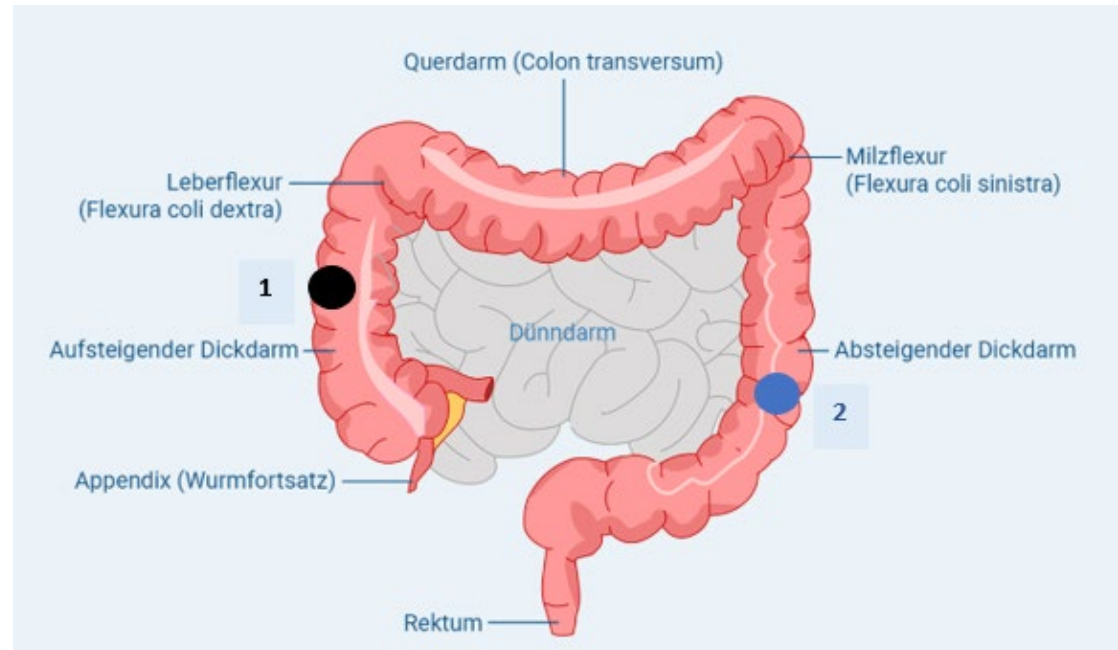
Die Ausprägung "**keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen**" (KW) soll angegeben werden, wenn keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen wird, der Patient aber z.B. im Rahmen der Nachsorge **Best Supportive Care** (BSC) weiterbetreut wird.

⇒ Tumorkonferenz Therapieempfehlung Typ

Wird eine **Therapieempfehlungen** auf Wunsch der Patientin/des Patienten (z.B. im Nachgespräch der TuKo bzw. in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang) ganz oder teilweise abgelehnt, so wird die Ablehnung über:

⇒ Tumorkonferenz/Therapieempfehlung Therapieabweichung auf Wunsch des Patienten übermittelt

Eine zu den Vorgaben in den „International Rules for Multiple Primary Cancers“ konforme Registrierung erfordert, dass Tumoren des Kolons (C18) für **jede Sublokalisierung separat** dokumentiert werden.



<https://www.medi-karriere.de/wiki/darm/>

Wichtig!

Tumoren die im Rahmen einer Polypektomie gesichert werden, benötigen sowohl eine Diagnose- als auch eine OP-Meldung.

- Alle Organe sind getrennt nach ICD-10 und Seite zu kodieren
- **Ausnahme:** zusammenhängende Tumoren an den Organgrenzen, hier kann C68.8 verwendet werden, wenn der Ursprung des Tumors nicht einer Lokalisation zuzuordnen ist (Bsp. C67.6 [Ostium ureteris] oder C66.9 [Ureter]).
- Regeln gelten für alle unabhängig von der Lokalisation des Tumors (Nierenbecken, Harnleiter, Harnblase oder Harnröhre – C65 bis C68).
- **„Progressionsstufen:** Hat ein Patient mehrere Urotheltumoren an der gleichen Lokalisation (gleicher dreistelliger Bereich), die ein gewisses Fortschreiten der Krankheit aufweist, wird der erste Tumor registriert und anschließend nur noch solche Tumoren, die einen zeitlichen Verlauf darstellen

*Non-invasive, low grade (TaG1) → Non-invasive, high grade (TaG3) → In situ (Tis) →
→ Invasive, superficial (T1) → Muscle-invasive (T2+)*

Quelle: Plattform §65 Beschluss-Nummer: 2023/61/xx

Meldeanlässe:

- Diagnose
- Therapien (Operationen, systemische Therapien, Strahlentherapien)
- **Verlauf (Statusmeldung, Statusänderungen)**
- Tod

⇒ Alle Plattenepithelkarzinome
mit T3-4 oder N1-3 oder M1

⇒ Alle weiteren Histologiegruppen

Download der Übersicht:

<https://www.kkr-mv.de/meldepflichtige-icd-codes/>

(hier: Diagnoseliste_nicht-melanozytaerer_Hautkrebs_ab_2023_final-2.pdf)

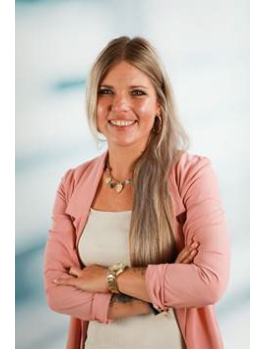
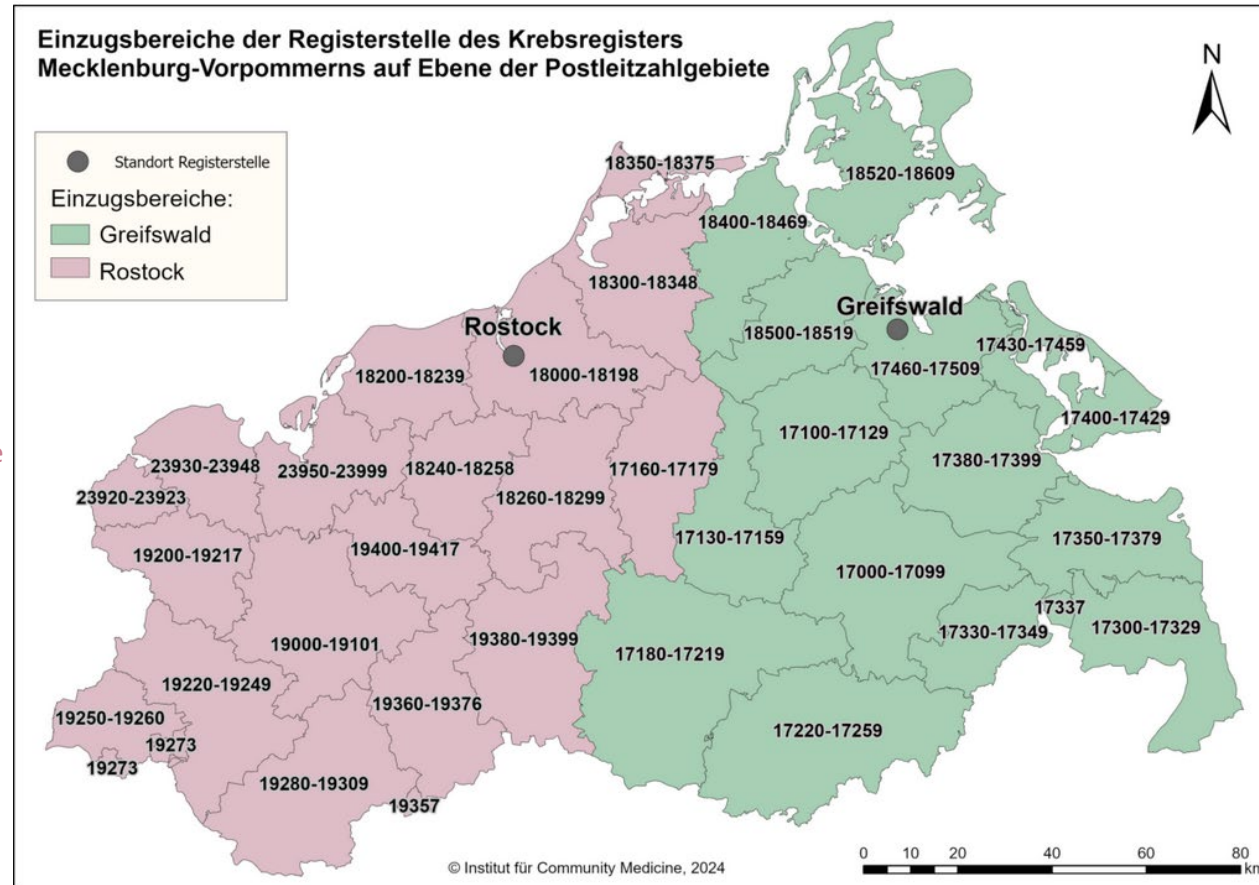
Weitere Histologien		
15	8030/3	Riesenzell- und Spindelzellkarzinom
16	8031/3	Riesenzellkarzinom
17	8032/3	Spindelzellkarzinom o.n.A.
18	8035/3	Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
19	8140/3	Adenokarzinom o.n.A.
20	8200/3	Adenoid-zystisches Karzinom
21	8230/3	Solides Karzinom o.n.A.
22	8246/3	Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
23	8247/3	Merkel-Zell-Karzinom
24	8390/3	Adnexales Adenokarzinom NOS, Schweißdrüsenkarzinom, Ekkrines Karzinom
25	8400/3	Schweißdrüsenadenokarzinom



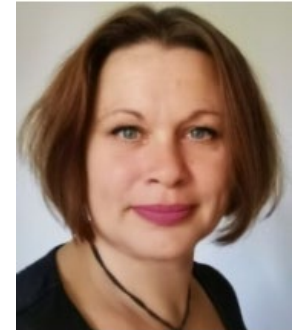
Sabrina Bergmann
c/o Universitätsmedizin Rostock
Tel.: 0381/494 9067
E-Mail: Sabrina.Bergmann@krebsregister-mv.de



Carolin Hallmann
c/o Universitätsmedizin Rostock
Tel.: 0381/494 9079
E-Mail: Carolin.Hallmann@krebsregister-mv.de



Cindy Müller
c/o Universitätsmedizin Greifswald
Tel.: 03834/86 5872
E-Mail: Cindy.Mueller@med.uni-greifswald.de



Kathrin Gräf
c/o Universitätsmedizin Greifswald
Tel.: 03834/86 7446
E-Mail: Kathrin.Graef@med.uni-greifswald.de

Ihre Ansprechpartner bei Fragen zur Abrechnung:

- **Maria Nicolaides**
Tel.: 03834-86 22 70 3
- **Nora Schlewitt**
Tel.: 03834-86 56 83

kkrmv_abrechnung@uni-greifswald.de

- Ihre Ansprechpartner bei technischen Fragen:

- **Jens Krause**
Tel.: 03834-86 22 71 4

E-Mail: support-zkr@uni-greifswald.de



KREBSREGISTER
MECKLENBURG-VORPOMMERN

Registerstelle Treuhandstelle Zentralstelle

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!