

# Fragen der Teilnehmenden

# Fragen der Teilnehmenden

Klinikum Wetzlar

**Frage 1:** Bedeutet eine definitive Inoperabilität des Tumors automatisch eine palliative Situation, auch wenn der Patient sich nicht im Stadium IV befindet? (keine Fernmetastasen)

- In der Medizin ist eigentlich nichts „automatisch“. Man ist vor (allerdings seltenen) Überraschungen nie sicher. Es gilt auch zwischen der Inoperabilität des Tumors und des Patienten zu unterscheiden.
- Z.B. kann man einen kleinen, an sich gut resektablen Lungentumor nicht operieren, wenn der Patient zu schlechte Ausgangswerte in der Lungenfunktion hat. Selbst wenn es der Tumor ist: Es gibt mitunter Tumore, die zum Diagnosezeitpunkt als „definitiv inoperabel“ eingeschätzt wurden (z.B. weil sie die Aortenwand infiltrierte) und nach einer milden Strahlentherapie (zur Reduktion der Tumormasse) wegschmolzen und auf einmal dann doch operabel waren. Oder es handelt sich um einen histologisch gemischten Tumor, der aus einem nicht repräsentativen initialen Biopsiebefund schlechter eingestuft wurde als er ist.
- Insofern ist vor voreiligen Schlüssen/Automatismen zu warnen.

# Fragen der Teilnehmenden

Klinikum Wetzlar

**Frage 2:** Wenn der Ursprung des Tumors feststeht und dieser die anderen Bereiche des Organs (wie Lappen bei Lunge oder Leber) befällt, muss die ICD-10 mit .8 eingegeben werden?

- „Eine Neoplasie, die zwei oder mehr benachbarte Abschnitte übergreift und deren Ursprung nicht mehr festgestellt werden kann, soll der Unterkategorie ".8" ("mehrere Teilbereiche überlappend") zugeordnet werden, sofern nicht genau diese Ortskombination anderswo in der ICD-O genannt wird.“ (ICD-O-3 2. Revision, 4.2 Kodierrichtlinien für die Topographie, Regel C)
- **Antwort HKR:** Die Kodierung mit .8 für die Topographie als auch die ICD-10 wäre nicht korrekt, da der Ursprung feststeht und dieser zu kodieren ist.

# Fragen der Teilnehmenden

Klinikum Wetzlar

**Frage 3:** Können Pankreastumoren, welche andere Strukturen oder Organe infiltrieren als die, die im TNM-Buch genannt sind (Truncus coeliacus, A. mesenterica superior und / oder A. hepatica communis) mit cT4 eingegeben werden?

- Laut TNM-Supplement hat die Infiltration von anderen Strukturen und Organen, als unter T4 aufgeführt, bei Pankreastumoren keinen Einfluss auf die T-Kategorie, sondern lediglich die Tumorgröße (S. 80).
- **Übersetztes Beispiel TNM-Supplement 5th edition S. 251:**
  - **Frage:** Sollte ein duktales Karzinom des Pankreas mit Invasion der V. mesenterica superior als T4/pT4 klassifiziert werden? Der Tumordurchmesser beträgt 3,4 cm.
  - **Antwort:** Beim Fehlen von arterieller Beteiligung (Truncus coeliacus, A. mesenterica superior, A. hepatica communis) basiert die T-Kategorie auf der Größe, ungeachtet der Infiltration von benachbarten Organen und Venen. Die Vene und andere sind durchaus resezierbar und sind folglich nicht in der T4-Kategorie erwähnt. Dieser Fall sollte als pT2 klassifiziert werden.
- **Antwort HKR:** Es sollte nicht cT4 kodiert werden, sondern anhand der Tumorgröße, wie im TNM Supplement beschrieben, klassifiziert werden.

# Fragen der Teilnehmenden

## Aus dem Plenum

**Frage 4:** Wenn man durch die Nachsorge die Information über den Tod des/der Patienten/Patientin erfährt, kann man dann einen Abschluss melden, wo die eigene Abteilung hinterlegt ist?

- **Antwort HKR:** Es gilt das Leistungserbringerprinzip: Stammt die Information nicht aus der eigenen Abteilung/der eigenen Klinik, dann kennzeichnet man die Abschlussmeldung mit einer externen Abteilung (ExDomo).

# Fragen der Teilnehmenden

Aus dem Plenum

**Frage 5:** Muss eine Zuordnung zum Tumor erfolgen, wenn der Patient nicht tumorbedingt bspw. an einem Schlaganfall verstirbt?

- **Antwort HKR:** Der Tod muss immer einem Tumor zugeordnet sein, unabhängig davon, ob der Tod tumorbedingt war oder nicht. Die Mindestanforderungen für eine Abschlussmeldung sind das Sterbedatum und die Angabe zur „Tod tumorbedingt“. Zusätzlich kann die Todesursache (ICD-10) dokumentiert und gemeldet werden.