

# Dokumentationsfragen aus den Einrichtungen

Herbstsitzung 2025 der AG Tumordokumentation  
des Hessischen Onkologiekonzeptes

Frankfurt/ Main, 30.10.2025

# Allgemeine Fragen

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 1:** In GTDS gibt es in der TNM-Klassifikationsmaske ein Kästchen mit „*Ausw. rel.*“, welches man anklicken kann. Können Sie dies bitte erörtern, ob es eine Relevanz für die Meldung an das Hessische Krebsregister hat?

- **Antwort (U. Altmann):** Wenn ein TNM der Diagnose zugeordnet ist, dann wird dieses exportiert, je nach Präfix für das T als cTNM oder pTNM. Ist kein TNM zugeordnet, wird erst nach dem bevorzugten klinischen und wenn das nicht vorhanden ist dem pathologischen TNM gesucht. Hier spielt das "auswertungsrelevant" eine Rolle, wenn man z.B. mehrere klinische TNMs hat. Solange man nur je einen klinischen und pathologischen TNM hat (rTNM wird nicht beachtet), ist das "auswertungsrelevant" bedeutungslos. Aber falls nicht, bestimmt es eben was genommen wird, auch für die Auswertung.

# Allgemeine Fragen

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 2:** Es geht um das Kästchen „Erfassung abgeschlossen“ in der Diagnosemaske (hier: GTDS). Wann habe ich es auszuwählen, also „ja“ bzw. „nein“? Hinsichtlich einer „guten dokumentarischen Praxis“ als auch hinsichtlich der Abrechnungsstelle des Hessischen Krebsregisters und allgemein, hat es Auswirkungen auf die Meldung und Meldevergütung des Falles?

- **Antwort (U. Altmann):** Erfassung abgeschlossen spielt für die Meldung nur dann eine Rolle, wenn der Parameter KRHE.FILTER\_ERFASSUNGSSTATUS gesetzt ist - ansonsten wird alles durchgelassen, was nicht "V"=vorgesehen ist. Da das Merkmal im oBDS nicht vorhanden ist, kann es auch keinen Einfluss auf die Meldevergütung haben - die wird durch die Bewertung der Inhalte im Register bestimmt. Seine Funktion innerhalb des GTDS ist die explizite Kennzeichnung geplanter Dokumente, sofern solche angelegt werden. Im übrigen dient es bei konsequenter Nutzung der Übersicht/Organisation der eigenen Dokumentation. Konsequentes Leerlassen, also Nichtbeachtung ist auch völlig in Ordnung.

# Allgemeine Fragen

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 3:** Wenn spätere Korrekturen, z.B. nach ein oder zwei Jahren, bei bereits gemeldeten Fällen vorgenommen werden, wie werden diese vom Hessischen Krebsregister bearbeitet bzw. gemeldet und abgerechnet?

- **Antwort:** Wenn im Laufe des Dokumentationsprozesses Meldungen mehrfach an das Krebsregister übermittelt werden, kommt es darauf an, wie die Erstmeldung des Anlasses im Krebsregister bewertet wurde.
  - Wurde die **Erstmeldung vergütet**, werden alle **darauffolgenden Meldungen** zu diesem Anlass **nicht vergütet**, da die Vergütung bereits erfolgt. Ausgenommen hiervon sind Meldungen zur Strahlen- und systemischen Therapie, wenn nach dem Behandlungsbeginn das Behandlungsende gemeldet wird.
  - Wurde die **Erstmeldung nicht vergütet**, weil beispielsweise die Meldungsanforderungen nicht erfüllt wurden, und folgen weitere Meldungen zu diesem Meldeanlass, wird geschaut, ob durch eine dieser Mehrfachmeldungen die Meldungsanforderungen erfüllt wurden. Wurden die Anforderungen erfüllt, wird die entsprechende Meldung vergütet.
  - Jede Meldung kann nur einmal vergütet werden.

# Allgemeine Fragen

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 4:** Wenn bei einem Tumor mit histologischer Sicherung als Erstdiagnose ein Tumor in situ und nachfolgend, metachron, ein invasives Karzinom nachgewiesen wurde, dann ist mein Primärfall das In situ-Karzinom. Muss ich jedoch die Verlaufskontrollen nur für das invasive Karzinom ab Diagnosedatum anlegen oder muss ich parallel für beide Diagnosen die gleichen Daten der Nachsorgen dokumentieren?

- **Antwort:** Im Krebsregister wird die Dokumentation nur für das invasive Karzinom weitergeführt, da der invasive Tumor aus dem in situ-Tumor hervorgegangen ist. Es reicht aus, wenn die Nachsorgen nur für das invasive Karzinom dokumentiert werden.

# Allgemeine Fragen

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 5:** Ist es obligativ oder fakultativ nach einer Therapieart, kurative OP oder R(C)Tx, einen Verlauf anzulegen, um den Abschluss der Therapie festzuhalten (bei GTDS: unter Anlass der Erfassung: „Behandlung abgeschlossen“)?

- **Antwort:** Die Dokumentation an dieser Stelle wird nicht an das Krebsregister übermittelt. Über die Tumorkonferenz kann in der Therapieempfehlung angegeben werden, dass „keine weitere tumorspezifische Therapie empfohlen“ (KW) wurde.

# Fragen zu HNO-Tumoren

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 6:** Nach einer abgeschlossenen defRCTx und vor einem operativen Restaging, welche Gesamtbeurteilung habe ich im Verlauf? Voll-, Teilremission, unbekannt oder divergentes Geschehen?

Ich wähle, je nach den klinischen und radiologischen Beurteilungen, entweder „T“ oder „X“ für unbekannt. Ein „V“ lehne ich persönlich, ohne eine histologische Sicherung, ab.

Was ist aber dokumentarisch sinnvoll und richtig?

- **Antwort:** Eine pauschale Aussage hier nicht getroffen werden und die Dokumentation sollte von der klinischen und radiologischen Beurteilung abhängig gemacht werden. Wenn laut Bildgebung kein Tumor mehr zu finden ist, ist die Dokumentation einer Vollremission durchaus berechtigt. Durch das operative Restaging findet dann eine Überprüfung der Bildgebung statt und kann ggf. revidiert werden.

# Fragen zu HNO-Tumoren

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 7:** Hat für das Hessische Krebsregister ein Verlaufsprotokoll mit dem Ergebnis einer Molekularen Tumoranalyse (NGS) bei Kopf-Hals-Tumoren eine Relevanz?

- **Antwort:** Mit dem oBDS aus 2021 ist es möglich die Ergebnisse von molekularpathologischen Befunden an das Krebsregister zu übermitteln. Wenn die untersuchten Marker eine therapeutische oder prognostische Relevanz haben, sollen diese gemeldet werden.

# Fragen zu HNO-Tumoren

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 8:** Wenn die TNM-Klassifikation nicht angegeben wird, kann ich diese aus dem Kontext der Informationen, die ich finde, selbst bestimmen?

- **Antwort:** Wenn die Kriterien für die einzelnen T-, N- und M-Kategorien daraus hervorgehen, können diese selbst bestimmt werden. Dies sollte aber nur nach interner Rücksprache erfolgen.

# Fragen zu HNO-Tumoren

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 9:** Nach neoadjuvanter CTx und def RCTx folgt ein Restaging mit histologischer Sicherung. Dabei ist der Resektionserfolg R0, also konnte keine Malignität nachgewiesen werden, aber eine Angabe im pathologischen Befund über die neue TNM-Klassifikation fehlt.

Kann ich dann davon ausgehen und folgendes dokumentieren: pT0 pN0 cM0 => Stadium: 0 ?

- **Antwort:** Wenn lediglich eine Biopsie entnommen wurde, reicht dies nicht aus um das Präfix „p“ zu vergeben. Eine Dokumentation als ycT0 cN0 cM0 wäre möglich, vorausgesetzt die Angaben können aus den Befunden in der Gesamtschau abgeleitet werden.

# Fragen zu HNO-Tumoren

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 10:** Wenn bei einer Operation als Resektionserfolg RX hervorgeht, klinisch aber ein R0 festgestellt wurde, welche Gesamtbeurteilung in den *Verlaufskontrolle(n) der Tumornachsorge(n)* sind dann einzutragen: Voll-, Teilremission oder unbekannt?

**Frage an die Teilnehmenden:** Wie ist die Vorgehensweise in den anderen Einrichtungen?

# Fragen zu HNO-Tumoren

Universitätsklinikum Frankfurt

**Frage 11:** Eine ICD-O z.B. mit C05.8 kann mal einem Mundhöhlen- und ein anderes Mal einem Oropharynxkarzinom zugeordnet werden. Genauso verhält es sich mit dem ICD-O-Code C06.9 (Mundhöhle bzw. Speicheldrüse).

Wieso teilen beide Tumore diesen Code? Können Sie dies bitte kurz erläutern?

- **Antwort:** Dies hängt wahrscheinlich mit der aktuellen TNM-Klassifikation zusammen, da dort C05.1 (weicher Gaumen o.n.A.) und C05.2 (Uvula) als anatomische Unterbezirke des Oropharynx zählen. Bei C05.8 ist der Ursprung (z.B. harter oder weicher Gaumen) nicht eindeutig und deshalb die Zuordnung nicht immer ganz klar. Wenn die kleinen Speicheldrüsen betroffen sind, soll nach TNM der anatomische Bezirks des Ursprungs codiert werden (z.B. Wangenschleimhaut).

# Ausblick



# Save the date: Frühjahrssitzung 2026

AG Tumordokumentation

- Donnerstag, 12. März 2026
- Schwerpunktthema: Mammakarzinom und ggf. TNM9 9

# Vielen Dank für Ihr Interesse!

Herbstsitzung 2025 der AG Tumordokumentation  
des Hessischen Onkologiekonzeptes