

Angaben, die für eine vollständige Meldung erforderlich sind

In der klinischen Krebsregistrierung nach §65c wird der Umfang der erhobenen Daten über den ADT-GEKID-Basisdatensatz festgelegt. Für eine ausführliche Beschreibung des Datensatzes möchten wir auf die Internetseite: <http://www.gekid.de/adt-gekid-basisdatensatz.html> verweisen.

Im Folgenden sind die zu meldenden Angaben jeweils für die einzelnen Meldungsarten bzw. Meldungsanlässe aufgelistet:

Alle Meldungen:

Angaben zum Patienten: Nachname, Vorname, Geschlecht, Geburtsdatum, Anschrift, Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer	Angaben zum Melder: Meldestellen-Nr. * (wird bei der Anmeldung im Melderportal vergeben), Absender
Angaben zur Primärtumordiagnose: ICD-10 (Code, Text, Version), Diagnosedatum, Seitenangabe	Angaben zur Patienteninformation (Meldebegründung)
Meldeanlass	

Diagnosemeldung:

Hauptlokalisierung des Tumors: ICD-O (Code, Text, Version)	Angaben zum Klinischen Tumorstadium: TNM bzw. andere tumorspezifische Klassifikationen
Art der Diagnosesicherung	Frühere Tumorerkrankungen
Leistungszustand des Patienten	

Sofern zum Zeitpunkt der Diagnosemeldung auch bereits ein Befund aus der Pathologie vorliegt, ist dieser in die Meldung mit einzufügen.

Pathologenmeldung:

Histologische oder zytologische Diagnose: ICD-O (Code, Text, Version)	Datum der Histologie
Postoperative Klassifikation des Tumors: pTNM bzw. andere tumorspezifische Klassifikationen	Anzahl untersuchter und befallener Lymphknoten und Sentinellymphknoten
Grading	Einsender der Probe: Klinik, Name des Arztes

Meldung anlässlich des Beginns einer Therapie:

Operation: Da Beginn und Abschluss der Therapie hier zusammenfallen, ist nur der Abschluss zu melden
Strahlentherapie: Datum, Stellung zur OP, Intention, Zielgebiet, Applikationsart, Einzeldosis pro Zielgebiet
Systemische Therapie: Datum, Art der Therapie, Stellung zur OP, Intention, verabreichte Substanzen (Protokoll)

- * Die Meldestellen-Nr. wird bei der Anmeldung im Melderportal vom Krebsregister vergeben. Die Vertrauensstelle des Registers benötigt nur einmalig die Stammdaten der Melder: Krankenhaus/ Abteilung/ Praxis, Name und Vorname des verantwortlichen Arztes, Anschrift der Einrichtung, Bankverbindung, Institutionskennzeichen (bei Krankenhäusern), Betriebsstättennummer des Vertragsarztsitzes, Lebenslange Arztnummer (bei KV-Ärzten).



Meldung anlässlich des Endes einer Therapie:

Operation: Datum, Art der OP (OPS Code und Version), Intention, OP-Komplikationen, Lokale und Gesamtbeurteilung des Residualstadiums, postoperative Klassifikation des Tumors (pTNM) bzw. andere tumorspezifische Klassifikationen
Strahlentherapie: Datum, Intention, Zielgebiet, Gesamtdosis pro Zielgebiet, Gesamtbeurteilung des Residualstadiums, Grund des Therapie-Endes, Nebenwirkungen (CTC Grad, -Art, -Version)
Systemische Therapie: Datum, Intention, Verabreichte Substanzen (Protokoll), Gesamtbeurteilung des Residualstadiums, Grund des Therapie-Endes, Nebenwirkungen (CTC Grad, -Art, -Version)

Verlaufsmeldung:

Untersuchungsdatum	Angaben zur Gesamtbeurteilung des Tumorstadium
Beschreibung der aufgetretenen Änderung: Tumorstatus Primärtumor, Tumorstatus Lymphknoten, Tumorstatus Fernmetastasen	Lokalisation der Fernmetastasen (falls vorhanden)
Tumorkonferenz: Datum, Typ	Leistungszustand des Patienten

Verlaufsmeldung anlässlich des Todes des Patienten /der Patientin:

Sterbedatum	Todesursache nach ICD-10 Code (Grundleiden)
Tod tumorbedingt?	

