



## Patientendaten

Nachname		Titel (z.B. Dr., Dipl. Ing.)		Namenszusatz (z.B. van, Graf von)	
Vorname(n)		Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)		Nachsorgekalender Nr.	
Geburtsname		Frühere Namen			
Straße		Hausnr.			
PLZ	Wohnort (bei Diagnosestellung)		Land (falls Wohnort außerhalb Deutschlands)		
Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> unbekannt					
Versicherten-/Vertrags-Nr.		Kassen-Nr./Kostenträgerkennung		Krankenkasse/Kostenträger	
Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> nein ja,		Beihilfe-/Personal-Nr.		Beihilfefestsetzungsstelle	

## Einwilligung/Widerspruch der Patientin/des Patienten zur Datenspeicherung

- Patient ist informiert und hat nicht widersprochen
  Patient hat widersprochen
  Meldung von Ärzten ohne Patientenkontakt (z.B. Pathologe)
  Ausnahme: Unterrichtung entfällt, da Patient nicht über Krebserkrankung aufgeklärt

Erstdiagnosedatum	(tt.mm.jjjj)	ICD-10 Code	ICD-10 Version
Tumordiagnose			
Seitenlokalisierung	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> beidseitig <input type="checkbox"/> mittig <input type="checkbox"/> trifft nicht zu <input type="checkbox"/> unbekannt		

## Meldeanlass Operative Therapie

OP-Datum (tt.mm.jjjj)	OPS 5-Code	Text	OPS-Version
Intention der Operation	<input type="checkbox"/> kurativ <input type="checkbox"/> palliativ <input type="checkbox"/> diagnostisch <input type="checkbox"/> Revision/Komplikation <input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="checkbox"/> fehlende Angabe		
1. Operateur	2. Operateur	3. Operateur	
Komplikationen wenn ja, welche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt	Komplikationsschlüssel (siehe Liste)	1. 2. 3.
pTNM	<input type="checkbox"/> r/y <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> c/p <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> c/p <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Pn <input type="checkbox"/> S	TNM Version	pTNM Datum (tt.mm.jjjj)
Lokaler Residual-Status nach OP	<input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1(is) <input type="checkbox"/> R1(cy+) <input type="checkbox"/> RX		
Gesamt Residual-Status nach OP	<input type="checkbox"/> R0 <input type="checkbox"/> R1 <input type="checkbox"/> R2 <input type="checkbox"/> R1(is) <input type="checkbox"/> R1(cy+) <input type="checkbox"/> RX		
Tumorkonferenz	<input type="checkbox"/> prätherapeutisch <input type="checkbox"/> postoperativ		

Anmerkungsfeld (für Sachverhalte, die nicht ausreichend kodierbar sind)

## Melderdaten

Meldedatum (tt.mm.jjjj)

Name	Melder-ID
Krankenhaus, Praxis, Institut	LANR/ZahnarztNr.
Abteilung, Station	BSNR
Straße, Hausnr.	IK (Institutionskennzeichen)
PLZ	Ort

# Ausfüllhinweise Meldeanlass „Operative Therapie“

Zur Erfüllung der im KFRG; §65c SGB V und dem Bayerischen Krebsregistergesetz vom 07.03.2017 festgelegten Meldepflicht muss jede/r Ärztin/Arzt und jede meldepflichtige Person/Einrichtung die **von ihr/ihm durchgeführte** Diagnostik, Therapie und Nachsorge einer Krebserkrankung an das zuständige Regionalzentrum innerhalb von 2 Monaten melden.

**Erkrankungsinformationen, die ein/e Ärztin/Arzt nur nachrichtlich erhält, sind nicht zu melden.** Die Meldepflicht gilt für alle Meldeanlässe mit Leistungsdatum ab dem **01.04.2017**, unabhängig von dem Datum der Erstdiagnose.

Jedes Ereignis ist für jeden Primärtumor auf einem separaten Bogen zu melden.

Eine Meldung sollte für jede **tumortheraeutische** Operation erfolgen, auch bei palliativer Intention wie z.B. Bougierung. Alle im Rahmen eines stationären Aufenthaltes durchgeführten operativen Eingriffe wie z.B. Resektion, Nachresektion sowie evtl. komplikationsbedingte Eingriffe werden in einem Meldeanlass zusammengefasst; ggf. sind bei einer weiteren Operation im Rahmen desselben stationären Aufenthaltes das Datum und die OPS-Codes in einem weiteren Meldebogen ‚Operation‘ einzutragen und anzuhängen. Nicht vergütet werden Meldungen zur Therapieplanung sowie nichttumortheraeutische operative Eingriffe wie z.B. diagnostische Laparoskopie, Portanlage.

## Tumordiagnose, OPS, TNM

Bitte Angabe sowohl des Freitextes als auch der Codes. Die zugehörigen Datums- und Versionsfelder sind für die Zuordnung der Informationen in den korrekten Kontext unbedingt notwendig. Die Versionsfelder sind – um Ihnen das Ausfüllen zu erleichtern – mit der aktuellen Version vorbelegt; bitte unbedingt ändern, falls sich Ihr Eintrag auf eine andere Version bezieht.

Aktuelle Versionen: Diagnose: 5-stelliger Schlüssel, z.B. C50.4, D05.1, ICD-10-GM 2019 ab 01.01.2019

OPS: 6-stelliger Schlüssel, z.B. 5-877.20, OPS Version 2019 ab 01.01.2019

TNM-Version: 8. Auflage 2017 (empfohlen ab 01.01.2018)

Die Angabe eines oder mehrerer Operateure ist nur notwendig, wenn dies eine Kooperationsvereinbarung mit einem Zentrum in der Onkologie vorsieht.

## Komplikationsschlüssel

<b>ABD</b> Abszess in einem Drainagekanal	<b>HRS</b> Herzrhythmusstörungen	<b>PPA</b> Periphere Parese
<b>ABS</b> Abszess, intraabdominaler oder intrathorakaler	<b>HNA</b> Hirnnervenausfälle	<b>PAV</b> Peripherer arterieller Verschluss
<b>ASF</b> Abszess, subfaszialer	<b>HOP</b> Hirnorganisches Psychosyndrom	<b>PER</b> Peritonitis
<b>ANI</b> Akute Niereninsuffizienz	<b>HYB</b> Hyperbilirubinämie	<b>PLB</b> Platzbauch
<b>AEP</b> Alkoholentzugspsychose	<b>HYF</b> Hypopharynxfistel	<b>PEY</b> Pleuraempyem
<b>ALR</b> Allergische Reaktion ohne Schocksymptomatik	<b>IFV</b> Ileoemorale Venenthrombose	<b>PLE</b> Pleuraerguss
<b>ANS</b> Anaphylaktischer Schock	<b>KAS</b> Kardiogener Schock	<b>PMN</b> Pneumonie
<b>AEE</b> Anastomoseninsuffizienz einer Enterostomie	<b>KES</b> Komplikationen einer Stomaanlage	<b>PNT</b> Pneumothorax
<b>API</b> Apoplektischer Insult	<b>KIM</b> Komplikation eines Implantates	<b>PDA</b> Protrahierte Darmatonie (paralytischer Ileus)
<b>BIF</b> Biliäre Fistel	<b>KRA</b> Krampfanfall	<b>PAE</b> Pulmonalarterienembolie
<b>BOG</b> Blutung, obere gastrointestinale	<b>KDS</b> Kurzdarmsyndrom	<b>RPA</b> Rekurrensparese
<b>BOE</b> Bolusverlegung eines Endotubus	<b>LEV</b> Leberversagen	<b>RIN</b> Respiratorische Insuffizienz
<b>BSI</b> Bronchusstumpfinsuffizienz	<b>LOE</b> Lungenödem	<b>SKI</b> Septische Komplikation eines Implantates
<b>CHI</b> Cholangitis	<b>LYF</b> Lymphfistel	<b>SES</b> Septischer Schock
<b>DAI</b> Darmanastomoseinsuffizienz	<b>LYE</b> Lymphozele	<b>SFH</b> Störungen des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säurebasenhaushaltes
<b>DPS</b> Darmpassagestörungen	<b>MES</b> Magenentleerungsstörung	<b>STK</b> Stomakomplikation
<b>DIC</b> Disseminierte intravasale Koagulopathie	<b>MIL</b> Mechanischer Ileus	<b>TZP</b> Thrombozytopenie
<b>DEP</b> Drogenentzugspsychose	<b>MED</b> Mediastinitis	<b>TIA</b> TIA (transitorische ischämische Attacke) oder Rind (reversibles ischäm. neurologisches Defizit)
<b>DLU</b> Druck- und Lagerungsschäden	<b>MAT</b> Mesenterialarterien- oder -venenthrombose	<b>TRZ</b> Transfusionszwischenfall
<b>DSI</b> Duodenalstumpfinsuffizienz	<b>MYI</b> Myokardinfarkt	<b>WUH</b> Wundhämatom (konservativ therapiert)
<b>ENF</b> Enterale Fistel	<b>RNB</b> Nachblutung, revisions-bedürftig, a.n.e.*	<b>WSS</b> Wundheilungsstörung, subkutane
<b>GER</b> Gerinnungsstörung	<b>NAB</b> Nachblutung, nicht revisions-bedürftig, a.n.e.*	
<b>HEM</b> Hämatemesis	<b>NIN</b> Nahtinsuffizienz, a.n.e.*	
<b>HUR</b> Hämaturie	<b>OES</b> Ösophagitis	
<b>HAE</b> Hämorrhagischer Schock	<b>OSM</b> Osteitis, Osteomyelitis	
<b>HFI</b> Harnfistel	<b>PAF</b> Pankreasfistel	
<b>HNK</b> Hautnekrose im Operationsbereich	<b>PIT</b> Pankreatitis	
<b>HZI</b> Herzinsuffizienz	<b>PAB</b> Perianale Blutung	

\*a.n.e. = anderweitig nicht erwähnt

## Generelle Ausfüllhinweise

Für die Meldevergütung durch die Krankenkassen sind folgende Angaben unbedingt notwendig:

**Patient:** Krankenversicherungsdaten (GKV/PKV/Beihilfe/Freie Heilfürsorge); falls diese bereits mit der Diagnosemeldung dem Krebsregister gemeldet wurden, sind sie hier entbehrlich – außer es erfolgte zwischenzeitlich ein Wechsel der Versicherung. Maßgeblich sind die Versicherungsdaten zum Datum der medizinischen Leistung, nicht zum Diagnosedatum.

**Melder:** Institutionskennzeichen (IK) eines Krankenhauses **oder** die Kombination von lebenslanger Arztnummer (LANR) und Betriebsstättennummer (BSNR) der/des an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztin/Arzt oder Zahnarztnummer. Eine Meldung wird vergütet, wenn sie die landesrechtlich vorgesehenen Mindestangaben enthält.

Haben Sie von Ihrem zuständigen Regionalzentrum des Bayerischen Krebsregisters bereits eine **Melder-ID** erhalten, genügt die Angabe dieser und Ihres Nachnamens für alle weiteren Meldungen.

Datumsangaben im Format tt.mm.jjjj Sind Tag und Monat nicht genau bekannt, bitte mit jeweils 00 auffüllen