Vertrauensstelle
des Krebsregisters
bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein

Melderportal

Anleitung zur manuellen Erfassung

Stand: August 2022

Inhaltsverzeichnis

Wozu dient das Melderportal? 4
1. Aufbau Melderportal 4
1.1 Menüpunkt Übersicht 4
1.1.1 Meine Meldungen 5
1.1.2. Mein Postfach 5
1.2 Menüpunkt Meldungen 6
2. Patientendaten 9
2.1 Erfassen von Personendaten 9
2.2 Erfassen der Mindestangaben / Angaben zum Tumor 10
2.3 Suchen 12
2.4 Über die Tumorhistorie 13
2.4.1 Fremdmeldungen und Best-Of 14
3. Meldungen 15
3.1 Diagnosemeldungen 15
3.2 Therapiemeldungen 19
3.2.1 Strahlentherapie 19
3.2.1.1 Beginn einer Strahlentherapie 19
3.2.1.2 Ende einer Strahlentherapie 23
3.2.2 Systemische Therapie 27
3.2.2.1 Beginn einer systemischen Therapie 27
3.2.2.2 Ende einer systemischen Therapie 31
3.2.3 Operative Therapie 35
3.3 Verlaufsmeldung 40
3.3.1 Statusänderung 40
3.3.2 Tod des Patienten 43
3.4 Übermitteln von Meldungen 46
3.5 Ändern von Meldungen 48
3.5.1 Aufrufen von Meldungen mit Korrekturanforderungen 49
3.5.2 Korrekturanforderungsübersicht 50
3.5.3 Ändern von Patientendaten 51
3.5.4 Ändern von klinischen Daten 52
3.5.5 Aufrufen von übermittelten Meldungen ohne Korrekturanforderung 53
3.5.6 Versionsänderung 53
3.6 Löschen von Meldungen - Löschanfragen 54
3.6.1 Gründe für das Löschen von Meldungen 54
3.6.2 Verfahren 54
3.6.2.1 Aufruf über die Tumorhistorie 54
3.6.2.2 Aufruf über die Meldungsübersicht 56
4. Kommunikation mittels Nachrichten 57
4.1 Sinn und Zweck von Nachrichten 57
4.2 Aufrufen von Nachrichten 57
4.3 Nachrichtenübersicht 57
4.4 Aufbau des Nachrichtenfensters 58
4.4.1 Schaltfläche Meldungsübersicht 58
4.4.2 Schaltfläche Korrekturanforderungen 59
4.5 Löschen von Nachrichten 60
4.6 Wege der Nachrichtenerstellung 61
5. Datenrückmeldung 62
5.1 Download 62

5.1.1 Abruf bereitgestellter Dateien ... 62
5.1.2 Krankenkassen ... 62
5.2 Aufwandsentschädigung ... 63
6. Einstellungen ... 64
6.1 meldungsbezogene Voreinstellungen ... 64
6.2 Systemeinstellungen ... 65
7. Freischalten des Zugangs zum Melderportal ... 66
7.1 Passwort/Passwort vergessen ... 69
7.2 Pin/Pin vergessen ... 70
8. Anhang, Abkürzungen, Hintergrundtabellen ... 71
8.1 Ersatzkodes Krankenkassennummer (IK-Nr.) ... 71
8.2 Praktische Ausfüllhilfen für alle Meldungen ... 71
8.3 Praktische Ausfüllhilfen für spezielle Meldungen ... 73
8.4 Tumorspezifische Module (DM, TM) ... 79
8.4.1 Kolon/Rektosigmoid/Rektum ... 79
8.4.2 Mamma ... 80
8.4.3 Prostata ... 80
8.4.4 Malignes Melanom ... 81

Wozu dient das Melderportal?

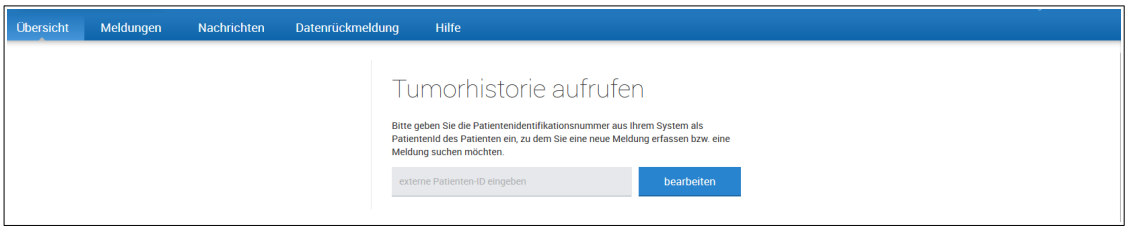
Seit der Einführung der klinisch-epidemiologischen Krebsregistrierung in Schleswig-Holstein am 26.05.2016 erfolgen die Meldungen an das Krebsregister über ein sogenanntes Melderportal im Internet (https://melderportal.krebsregister-sh.de), welches das vorherige Verfahren der Meldungsübermittlung ablöste. Die Eingabe und Übermittlung der Meldungen erfolgt ausschließlich über das Portal. Zudem sind weitere Funktionen eingerichtet (z. B. Korrekturanforderungen, Kommunikation über Nachrichten, Datenrückmeldung), deren Beschreibung Sie den nachfolgenden Kapiteln entnehmen können.

Das Melderportal ist jederzeit zugänglich und erleichtert Ihnen somit die Einhaltung der Meldefrist (10. Werktag des auf den Meldeanlass folgenden Monats). Weitere Charakteristika der klinisch-epidemiologischen Krebsregistrierung (z. B. Meldeanlässe, Meldevergütung) sind auf unserer Homepage (https://www.aeksh.de/wir-ueber-uns/vertrauensstelle-des-krebsregisters-bei-der-aeksh) einsehbar.

1. Aufbau Melderportal

1.1 Menüpunkt Übersicht

Im oberen Teil der Startseite finden Sie in der blauen Menüleiste den Menüpunkt „Übersicht“. Mit diesem gelangen Sie jederzeit zurück zur Startseite. Mit Hilfe der Tumorhistorie (siehe Punkt 2.3) können Sie hier entweder Patientendaten aufrufen oder neu erfassen.



Der untere Teil der Startseite ist untergliedert in die Bereiche „Meine Meldungen“ und „Mein Postfach“.

1.1.1 Meine Meldungen

Unvollständige Meldungen

Unter diesem Punkt werden alle bisher erfassten Meldungen aufgeführt, bei denen die Pflichtangaben nicht vollständig erfasst wurden. Bei unvollständigen Meldungen ist eine Übermittlung an die Vertrauensstelle des Krebsregisters *nicht* möglich.

Meldungen übermitteln

Vollständig erfasste Meldungen mit Bearbeitungsstatus „Gültig“ können über diesen Punkt an das Krebsregister übermittelt werden. Es können dabei sowohl neu erfasste als auch überarbeitete Meldungen (z. B. aufgrund einer Korrekturanforderung) für die Übermittlung zur Auswahl stehen (siehe Punkt 3.4).

Gesperrte Meldungen

Hierunter finden Sie die Meldungen, die von Ihrer Seite zurückgehalten werden. Gründe für die Sperrung einer Meldung sind z. B. das nachträgliche Ergänzen von Informationen, die Ihnen zum Zeitpunkt der Ersterfassung noch nicht vorlagen.

1.1.2. Mein Postfach

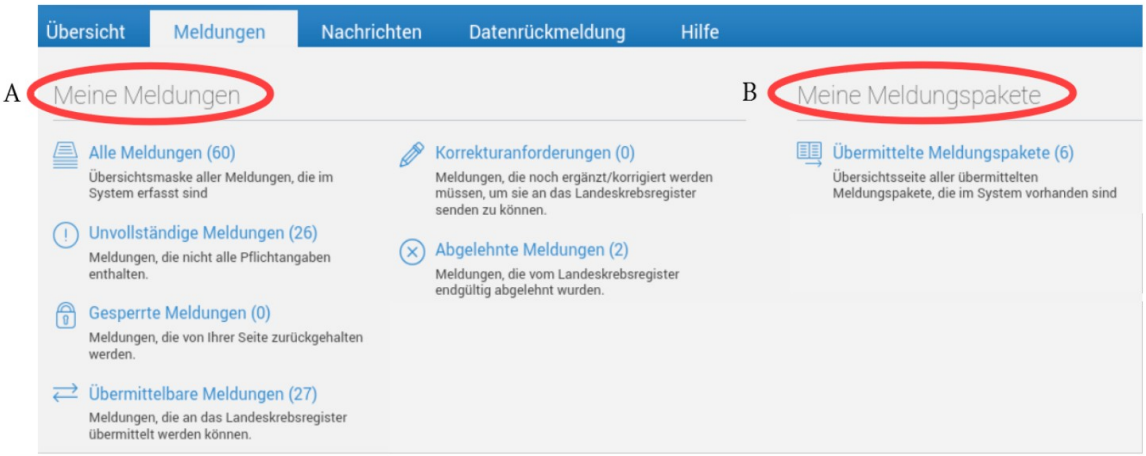
Die Kommunikation zwischen der Vertrauensstelle und Ihnen läuft über Ihr Postfach. Es erfolgt eine Unterteilung in

- Neue Nachrichten (siehe Punkt 4.2)
- Korrekturanforderungen (siehe Punkt 3.5.1)
- Neue bereitgestellte Dateien, z.B. Aufwandsentschädigungen (siehe Punkt 5)

Die farblich markierte Zahl gibt jeweils die Anzahl der zu bearbeitenden Meldungen wieder. **Bitte prüfen Sie Ihr Postfach regelmäßig auf neue Eingänge** (siehe Punkt 6.2)**.**

1.2 Menüpunkt Meldungen

Der Menüpunkt „Meldungen“ ist ebenfalls in der blauen Menüleiste zu finden und ist wiederum unterteilt in „Meine Meldungen“ und „Meine Meldungspakete“.



Alle bisher erfassten Meldungen, die nach verschiedenen Bearbeitungsstadien aufgeteilt werden sowie die bereits übermittelten Meldungspakete sind hier in einer Übersicht aufgeführt. (Hinweis: Der Wert in Klammern gibt dabei jeweils die Anzahl der Meldungen wieder).

A. Meine Meldungen

Alle Meldungen

In dieser Übersichtsmaske können *alle* Meldungen, die sich in Ihrem System befinden, eingesehen werden. Zudem wird der Status, die externe Patienten-ID, die Art und andere Angaben zu einer Meldung angezeigt.

Sie können vorhandene Meldungen öffnen oder auch neue Meldungen erstellen. Weiterhin ist in dieser Übersicht das Löschen, Sperren und Entsperren von einzelnen oder auch mehreren Meldungen gleichzeitig möglich. Auch Nachrichten können hier erstellt werden.

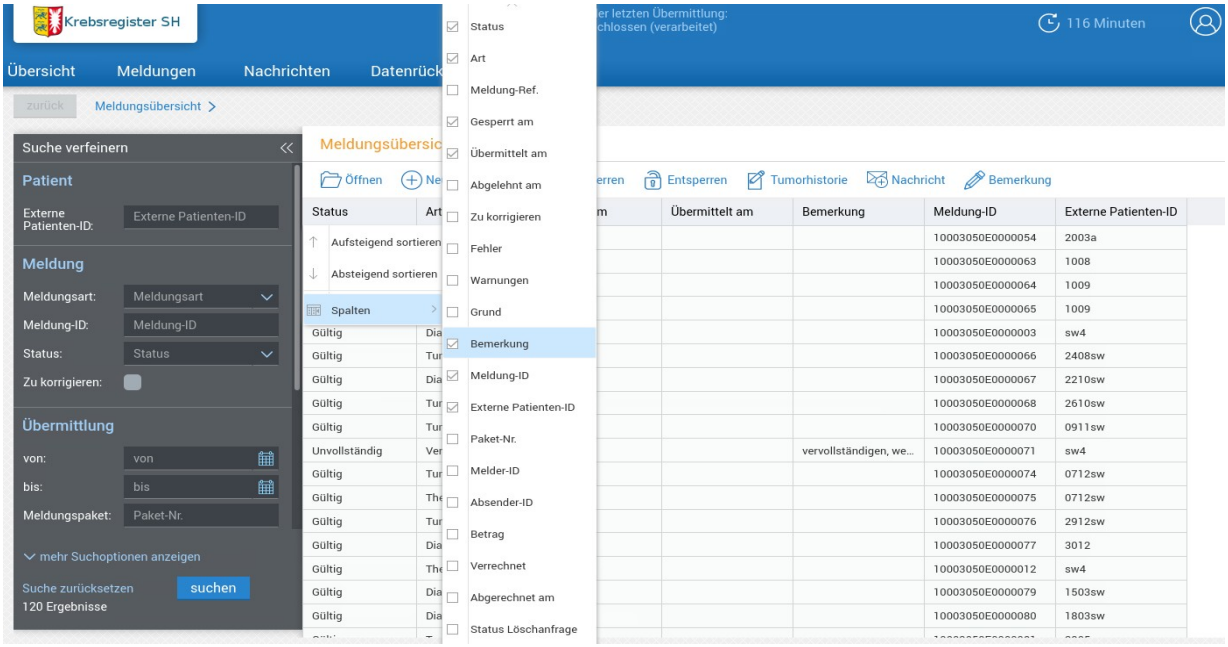
Anpassen einer Spaltendarstellung

In den jeweiligen Übersichten „Meldungen“ und „Nachrichten“ haben Sie die Möglichkeit, zu den verschiedenen Bereichen eine eigene Sortierung zu erstellen. Sie können Ihre Meldungen sowohl auf- und absteigend sortieren als auch die Spalten nach Bereichen filtern und/oder ergänzen.
Um eine auf- oder absteigende Reihenfolge innerhalb der Spalte zu bekommen, klicken Sie einfach in das Feld der Spaltenbezeichnung.
Wollen Sie eine weitere Spalte in die Darstellung aufnehmen, klicken Sie am rechten Rand der Spaltenbezeichnung auf das Symbol ☰. Dadurch erscheint zunächst ein kleines Fenster (siehe Bild). Mit der Auswahl „Spalten“ öffnet sich ein weiteres Fenster. Mit Setzen eines Hakens können Sie zwischen verschiedenen Optionen wählen und eine eigene Spaltenkonfiguration (Sortierung) gestalten. Wird der Haken wieder entfernt, ist der betreffende Bereich in den Spalten Ihrer Meldungsübersicht nicht mehr zu sehen. Haben Sie die Darstellung Ihren Wünschen angepasst, klicken Sie bitte erneut auf die drei waagerechten Striche rechts oben und wählen „Spaltenkonfiguration speichern“.

Ein Klick auf „Spaltenkonfiguration zurücksetzen“ stellt die Standardansicht wieder her.

Falls Sie die Meldungsübersicht z.B. für statistische Zwecke exportieren wollen, können Sie diese in der Meldungsübersicht blau hinterlegen und anschließend über das Symbol ☰ „Exportieren“ auswählen. Beim Export großer Mengen von Meldungen bietet es sich an, den Haken bei „Als Download bereitstellen“ zu setzen. Die Meldungsübersicht wird im CSV-Format exportiert und findet sich anschließend im Reiter „Datenrückmeldung“.

Aufgelistete Meldungen und Nachrichten können aus der Übersicht heraus mit einem internen Vermerk versehen werden. Dazu werden die entsprechenden Meldungen blau markiert und das Bemerkungssymbol angeklickt. Sie haben nun die Möglichkeit alle oder nur die ausgewählten Meldungen oder Nachrichten auszuwählen. Nach Eingabe der gewünschten Bemerkung und der Bestätigung durch Klick auf „Ausführen“ ist der jeweilige Text im Bereich „interne Bemerkung“ der einzelnen Meldungen oder Nachrichten sichtbar. Diese Bemerkungen können auf dem gleichen Wege auch wieder entfernt werden, wenn der Haken neben „Bemerkung zurücksetzen?“ gesetzt wird.



In dem dunkelgrau hinterlegten Bereich am linken Rand lässt sich die Suche noch weiter verfeinern.

Unvollständige Meldungen
Hierbei handelt es sich um Meldungen, die nicht alle Pflichtangaben enthalten und daher *nicht* an die Vertrauensstelle übermittelt werden können. Bitte kontrollieren Sie regelmäßig, ob Sie unvollständige Meldungen haben, denn diese müssen ergänzt und an die Vertrauensstelle übermittelt werden.

Gesperrte Meldungen

Hierunter finden Sie die Meldungen, die von Ihrer Seite zurückgehalten werden.

Übermittelbare Meldungen

Vollständig erfasste Meldungen mit Bearbeitungsstatus „Gültig“, die noch nicht an das Krebsregister übermittelt wurden (Übermittlung siehe Punkt 3.4).

Korrekturanforderungen

Meldungen, die von der Vertrauensstelle beanstandet wurden, werden über das Melderportal an Sie zurückgespiegelt mit der Bitte, Angaben zu ergänzen/korrigieren (siehe Punkt 3.5).

Abgelehnte Meldungen

Hierbei handelt es sich um die *endgültig* von der Vertrauensstelle *abgelehnten* Meldungen. Gründe dafür können z. B. ein fehlender Meldeanlass, Doppelmeldungen, ältere Versionen (sobald eine gültige aktuellere Version in der Vertrauensstelle vorliegt, siehe Punkt 3.5) sein.

B Meine Meldungspakete

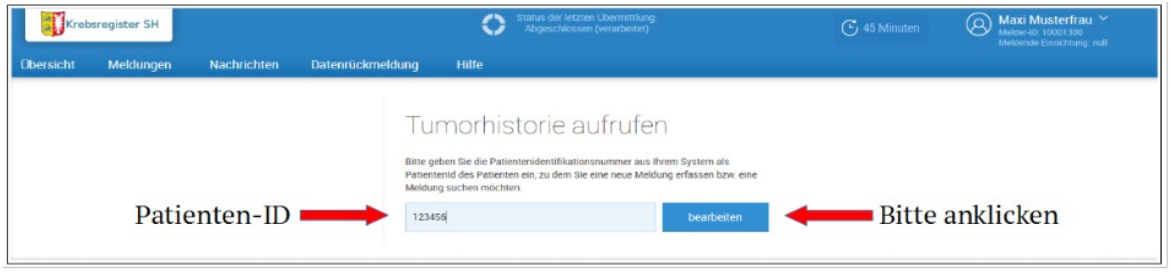
Übermittelte Meldungspakete

Werden eine oder mehrere Meldungen zusammen an die Vertrauensstelle übermittelt, passiert das in einem sogenannten Meldungspaket. Werden am gleichen Tag nochmals mehrere Meldungen zusammen übermittelt, werden diese in einem weiteren Meldungspaket zusammengefasst. Unter dem oben genannten Punkt können Sie alle Ihre bisher an die Vertrauensstelle des Krebsregisters übermittelten Meldungspakete einschließlich ihrer Bearbeitungsstatus einsehen.

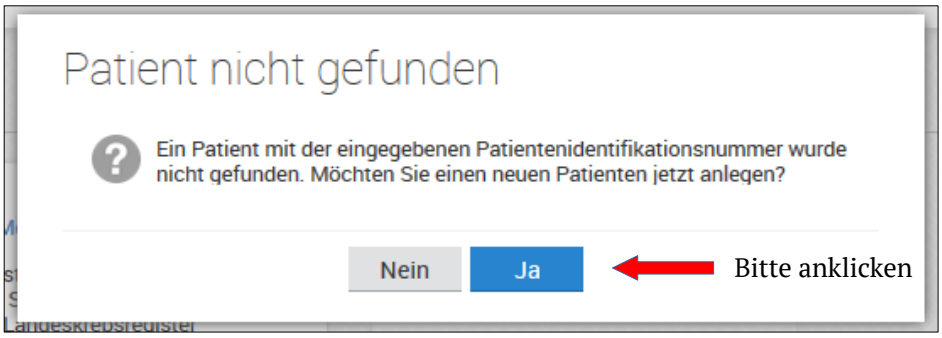
2. Patientendaten

2.1 Erfassen von Personendaten

Nach der Anmeldung befinden Sie sich in der Übersicht des Melderportals (Startseite):
Geben Sie unter „Tumorhistorie aufrufen“ die externe Patienten-ID des Patienten ein, den Sie erfassen möchten. Grundsätzlich sollten Sie einen Patienten im Melderportal unter derselben Patientennummer führen, die Sie auch in Ihrem EDV-System für diesen Patienten verwenden. Aus Datenschutzgründen sollten Sie dabei auf personenidentifizierende Angaben verzichten.



Wenn zu der eingegebenen Patientennummer noch kein Patient in Ihrem Melderportal-Datenbestand vorhanden ist, erscheint ein entsprechender Hinweis.



Erfassen Sie nun die Patientendaten (siehe Abbildung nächste Seite). Alle **Pflichtfelder**-Bezeichnungen sind **fett** gedruckt. Bitte achten Sie auf die **Ausfüllhinweise** und auf die **Plausibilitätsfehler**, die auf der rechten Seite angezeigt werden. Sollten auf Ihrem Bildschirm Plausibilitätsfehler nicht vollständig ersichtlich sein, können Sie über die Schaltfläche „⌄“ die Ausfüllhinweise wegklicken. Sollten die Ausfüllhinweise nicht vollständig ersichtlich sein, verfahren Sie bitte entsprechend mit den Plausibilitätsfehlern. Mit der Schaltfläche „^“ können die Fehler oder Hinweise wieder eingeblendet werden. Diese Schaltflächen finden Sie auch in weiteren Masken.

Das „Adressland“ ist mit Deutschland vorbelegt. Da auch Patienten anderer Nationalitäten der Meldepflicht unterliegen, ist die Angabe des Adresslandes ggf. anzupassen.
Denken Sie **unbedingt** an die Dokumentation der **Versichertenangaben**: Um eine Vergütung zu erhalten, muss für alle Patienten die IK-Nummer der Krankenkasse angegeben werden. Bei gesetzlich Versicherten ist zudem die Angabe der Versichertennummer zwingend vorgeschrieben. Ist Ihnen eine Versichertennummer eines privat versicherten Patienten bekannt, erfassen Sie bitte auch diese.

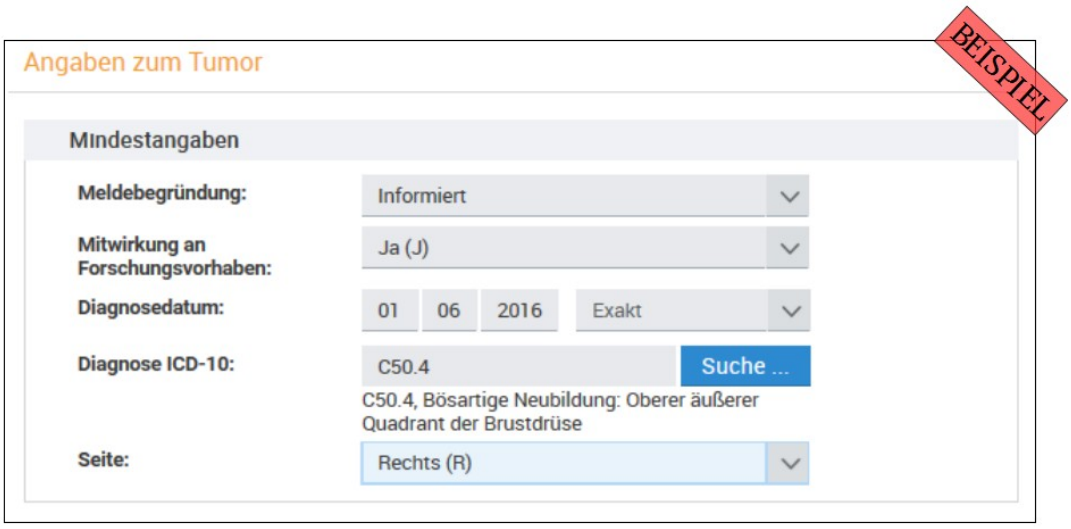
Ist Ihnen bei privat versicherten Patienten keine IK-Nummer bekannt oder handelt es sich um Selbstzahler, Asylbewerber, Gefängnisinsassen oder liegen Ihnen keine Angaben zum Kostenträger vor oder Sie finden die IK-Nummer nicht in unserer Auswahlliste, so verwenden Sie bitte einen der im Anhang (siehe Punkt 8.1) aufgeführten Ersatzkodes für die IK-Nummer. Alle weiteren Informationen erfassen Sie bitte manuell als Anmerkungen im Feld „weitere Angaben“, welches Sie in jeder Diagnose-, Therapie- und Verlaufsmeldung als letztes Eingabefeld finden.
Sollten Sie bei der Kassenauswahl den Hinweis erhalten, dass die IK nicht mehr aktuell ist, recherchieren Sie bitte unbedingt die aktuelle Krankenkasse bevor Sie weitere Eingaben tätigen. Sollte Ihnen keine andere IK-Nummer vorliegen, können die Angaben trotzdem gespeichert werden.

> ! In der nachfolgenden Eingabemaske haben Sie die Möglichkeit, nochmals Korrekturen vorzunehmen. Nach Speichern der Patientendaten liegen diese aus Datenschutzgründen bis auf einige wenige nur noch verschlüsselt vor und werden nicht mehr angezeigt.

2.2 Erfassen der Mindestangaben / Angaben zum Tumor

> ! Bei den sog. Mindestangaben handelt es sich um einmalig angelegte Basisangaben zur Tumorzuordnung, die (unabhängig vom Meldeanlass) **immer** anzugeben sind. Basierend auf diesen Mindestangaben werden alle weiteren Meldungen angelegt. Die alleinige Übermittlung dieser Angaben ist **nicht** ausreichend für eine gültige Meldung!

Sie befinden sich nun in dem Fenster „Angaben zum Tumor“. Dieses Fenster erscheint immer dann, wenn Sie eine Meldung zu einem noch nicht erfassten Tumor erstellen möchten.



Zunächst werden Sie zur „Meldebegründung“ befragt und sollen hier Angaben zur Patientenaufklärung machen. Da Sie gesetzlich verpflichtet sind Ihre Patienten über die Meldung an das Krebsregister zu informieren, wählen Sie hier in der Regel „informiert“ aus. „Ausnahme“ kann nur gewählt werden, wenn durch die Unterrichtung gesundheitliche Nachteile zu befürchten sind (die Information ist dann frühestmöglich nachzuholen!). „Ohne Patientenkontakt“ von Pathologen vorbehalten.
Die Patienten müssen darüber aufgeklärt werden, dass sie der **dauerhaften Speicherung Ihrer Personendaten** widersprechen können. Entscheidet sich der Patient für einen Widerspruch, so ist das in der Meldebegründung zu vermerken. Dies allein reicht aber zum Wirksamwerden eines Widerspruchs nicht aus: Gemäß Krebsregistergesetz ist der Widerspruch schriftlich entweder durch den Patienten direkt oder durch den behandelnden Arzt bei der Vertrauensstelle des Krebsregisters einzureichen. Der Meldung an das Krebsregister kann **nicht** widersprochen werden.

Zusätzlich sollen Sie Ihre Patienten befragen, ob diese bereit sind an Befragungen im Rahmen von Forschungsvorhaben mitzuwirken. Bitte tragen Sie die Antwort des Patienten in das entsprechende Feld ein. Ein Informationsblatt für Patienten sowie ein Formular für die Mitwirkung an Forschungsvorhaben finden Sie unter **https://www.aeksh.de/wir-ueber-uns/vertrauensstelle-des-krebsregisters-bei-der-aeksh**. Das ausgefüllte Formular mit der Patientenentscheidung archivieren Sie bitte in Ihrer Patientenakte.

Das Krebsregister darf nur Meldungen aufnehmen, deren **Leistungsdatum ab dem 26.05.2016** liegt. D.h. im Falle einer Diagnosemeldung muss das Diagnosedatum der 26.05.2016 oder später sein Bei Therapie- und Verlaufsmeldungen kann das Erstdiagnosedatum auch davor liegen, sofern das eigentliche Leistungsdatum (z.B. Therapiebeginn oder Untersuchungsdatum) ab dem 26.05.2016 liegt.

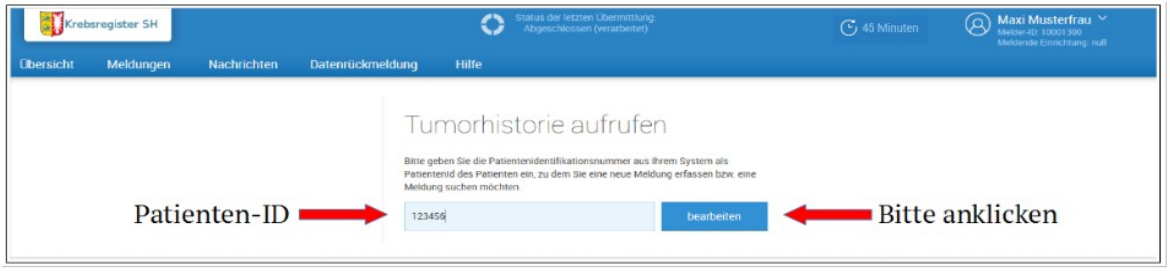
Im nächsten Feld geben Sie die gestellte Diagnose gemäß ICD-10 an. Mit Hilfe des Buttons „Suche“ können Sie nach Kodierung oder nach Beschreibung (z.B. Mamma) suchen. Sollte ein von Ihnen gesuchter Code dort nicht aufgeführt sein, handelt es sich möglicherweise um eine nicht meldepflichtige Erkrankung.

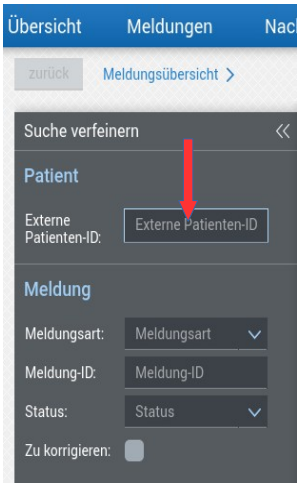
Das Feld „Seite“ muss immer ausgefüllt werden. Sofern es sich um einen Tumor eines paarigen Organs (Augen, Brust, Lunge usw.) handelt, wählen Sie nun die Seite aus, auf der der Primärtumor lokalisiert ist. Unpaarige Organe, z. B. Leber dokumentieren Sie bitte mit „Trifft nicht zu (T)“. Um zu überprüfen ob die Tumorangaben vollständig sind, klicken Sie nach Eingabe Ihrer Daten auf „Prüfen“, nehmen die ggf. angezeigten Korrekturen/Ergänzungen vor und klicken anschließend auf „Speichern“.

!	Bitte beachten Sie, dass Sie jetzt noch keine vollständige Meldung erstellt haben. Für das Erstellen einer ▶ Diagnosemeldung: weiter mit Punkt 3.1, ▶ Therapiemeldung: weiter mit Punkt 3.2, ▶ Verlaufsmeldung: weiter mit Punkt 3.3

2.3 Suchen

Wenn der Patient bereits in Ihrem Melderportal-Datenbestand vorhanden ist, geben Sie unter „Tumorhistorie aufrufen“ (aus der Übersichtsmaske) die externe Patienten-ID des Patienten ein, den Sie suchen möchten (z. B. um vorhandene Daten einzusehen, zu korrigieren oder um eine weitere Meldung zu erfassen).





Als weitere Option besteht die Möglichkeit aus dem Reiter Meldungen in die Meldungsübersicht zu gehen und dort die Patientennummer einzugeben.

2.4 Über die Tumorhistorie

In der Tumorhistorie werden alle von Ihnen angelegten tumorbezogenen Daten zu einem bestimmten Patienten angezeigt, sortiert pro Tumor.
Nach der Erfassung von Patientendaten inkl. der Mindestangaben (siehe Punkte 2.1 und 2.2) oder nach Aufrufen eines bereits bestehenden Datensatzes mittels einer von Ihnen vergebenen Patienten-Identifikationsnummer gelangen Sie in folgende Übersicht:

In der grau unterlegten Leiste werden aus Datenschutz-/Sicherheitsgründen die Identitätsangaben des Patienten in eingekürzter Form abgebildet und können nicht vollständig abgerufen werden. Um persönliche Daten des Patienten korrigieren und/oder ergänzen zu können, ist die Funktion „ändern“ auszuwählen. Die weitere Vorgehensweise entnehmen Sie bitte dem Kapitel 3.5.3 „Ändern von Patientendaten“.

Wenn Sie die Mindestangaben oder eine vollständige Diagnosemeldung eingegeben haben, können in der Tumorhistorie weitere Meldungen erfasst werden. Folgende Meldeanlässe stehen zur Auswahl:

- Therapie
- Verlauf
- Neuer Tumor

Die Angaben zum Tumor des Patienten (z.B. eine Operation als Therapie und ein Rezidiv als Verlauf) sind in einer Übersicht chronologisch dargestellt. Zusätzlich ist eine Filterung nach Kategorie möglich.

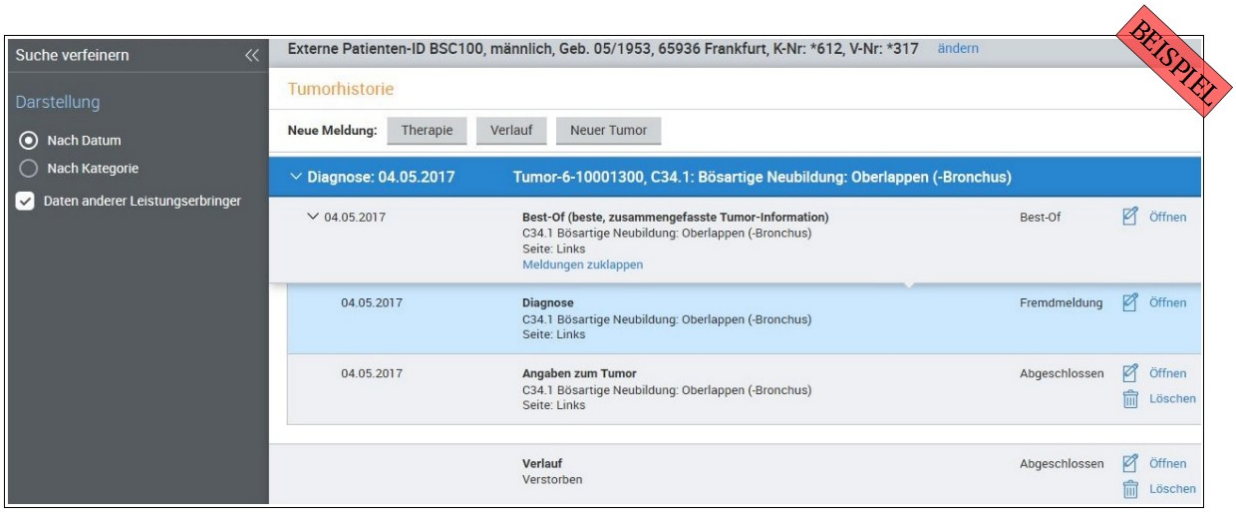
Weiterhin ist der Status einer Meldung ersichtlich. Dieser definiert den Bearbeitungszustand und kann wie folgt lauten:

Unvollständig	Noch nicht an die Vertrauensstelle übermittelte Meldung
Abgelehnt	Von Vertrauensstelle oder Registerstelle abgelehnte Meldung
Gültig	Die Meldung ist vollständig und kann an die Vertrauensstelle übermittelt werden.
Bearbeitung VS	Übermittelte Meldung, die in der Vertrauensstelle eingelesen wurde
Bearbeitung RS	Übermittelte Meldung, die von der Vertrauensstelle an die Registerstelle weitergeleitet wurde.
Abgeschlossen	Übermittelte Meldung, die in der Registerstelle abgeschlossen wurde und somit den endgültigen Bearbeitungszustand erreicht hat.
	Die Meldung wurde vom Melder gesperrt, damit sie nicht versehentlich übermittelt wird.

Zudem ist aus dieser Übersicht heraus das Stellen einer Löschanfrage möglich (siehe Punkt 3.6.2).

2.4.1 Fremdmeldungen und Best-Of

Wenn Sie sich in der Tumorhistorie eines Patienten befinden, haben Sie die Möglichkeit, Fremdmeldungen und den Best-Of eines Tumors einzusehen. Möchten Sie diese Funktionalität nutzen, müssen Sie links unter „Suche verfeinern“ die „Daten anderer Leistungserbringer“ anhaken. Sie haben die Möglichkeit, die Meldungen nach Datum oder nach Kategorie zu sortieren. Haben Sie eine Diagnose gemeldet, zu der auch ein anderer Leistungserbringer eine Meldung angelegt hat, wird in der Registerstelle daraus ein „Best-Of“ (beste, zusammengefasste Tumor-Information) gebildet. Darunter befinden sich dann die jeweiligen Diagnosemeldungen. Die Meldung des anderen Leistungserbringers ist als „Fremdmeldung“ gekennzeichnet. Sie können diese öffnen und einsehen.



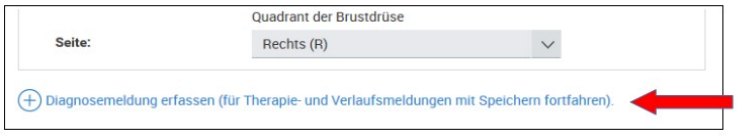
3. Meldungen

3.1 Diagnosemeldungen

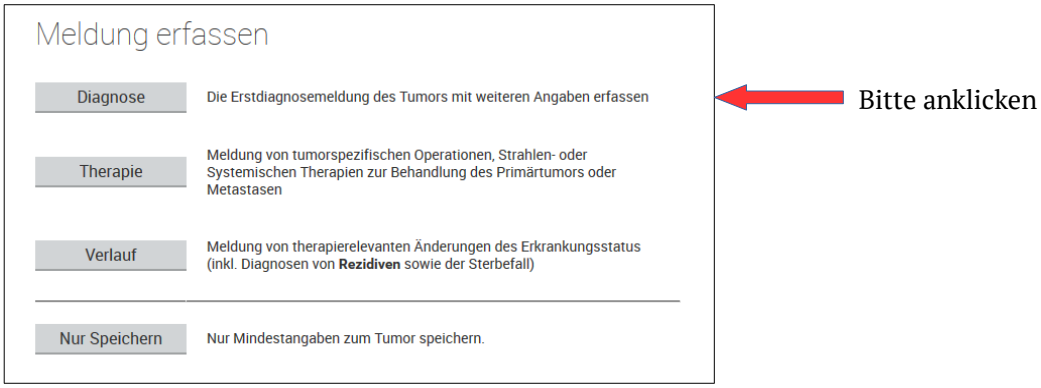
Die ausführliche Meldung der Diagnose soll von der Ärztin oder dem Arzt erfolgen, die/der nach der Zusammenführung der diagnostischen Befunde von einer Krebserkrankung ausgeht und die Patientin/den Patienten in einem Gespräch darüber aufklärt. Der reine Verdacht einer Krebserkrankung ist nicht zu melden.

Zur Erstellung einer vollständigen Diagnosemeldung müssen zusätzlich zu den Mindestangaben (s. Punkt 2.2) noch weitere Daten erfasst werden. Hierzu gibt es zwei Möglichkeiten:

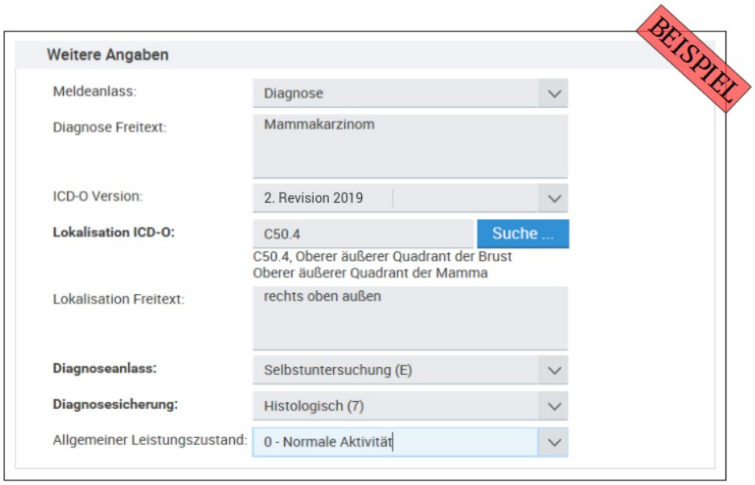
Möglichkeit 1: Klicken Sie dafür bitte auf das entsprechend markierte Feld



Möglichkeit 2: Nach Eingabe der Mindestangaben (s. Punkt 2.2) wählen Sie bitte „Prüfen“ und „Speichern“. Es erscheint folgende Maske



In beiden beschriebenen Optionen öffnen sich daraufhin die weiteren Eingabefelder:



Im ersten Feld ist der Meldeanlass „**Diagnose**“ voreingestellt. Auch wenn Ihnen histologische und/oder zytologische Informationen über den zu meldenden Tumor vorliegen, ist hier der Anlass „Diagnose“ korrekt! Der Meldeanlass „Histologie/Zytologie“ bleibt ausschließlich den Pathologen vorbehalten.

Optional können in den Freitextfeldern weitere Angaben und/oder Ergänzungen zur Diagnose eingegeben werden.

Als ICD-O Version ist von den vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten die aktuellste Version zu wählen. Sollte nicht die aktuellste Version angezeigt werden, können Sie diese in den Einstellungen unter Punkt 6.1 hinterlegen.

Zum Ausfüllen der „Lokalisation ICD-O“ kann die Suchfunktion über den Button „Suche“ aufgerufen werden. Sie können sowohl nach einer Kodierung als auch nach einem Text suchen. Dabei erscheint die Kodierung, eine Bezeichnung sowie eine Beschreibung im Auswahlfenster, wobei die Bezeichnung eine Kurzform der Beschreibung ist.

Im Feld „Diagnoseanlass“ soll der Grund, der zur Diagnosestellung geführt hat, erfasst werden. Hierfür liegen im Auswahlfeld entsprechende Optionen vor.

Für das folgende Feld „Diagnosesicherung“ wählen Sie bitte aus den Vorgaben, wie die Diagnose gesichert wurde.

Weiterhin soll der allgemeine Leistungszustand des Patienten dokumentiert werden.

Histologie (ICD-O)

Das Feld „Datum“ ist mit dem bei den Mindestangaben erfassten Erstdiagnosedatum vorbelegt. Sollte die histologische Bestimmung später erfolgt sein, passen Sie das Datum entsprechend an.

Sofern Ihnen die Einsendenummer des Histologiebefundes bekannt ist, können Sie diese im folgenden Feld eingeben.

Als ICD-O Version ist von den vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten die aktuellste Version zu wählen. Sollte nicht die aktuellste Version angezeigt werden, können Sie diese in den Einstellungen unter Punkt 6.1 hinterlegen.

Dem ICD-O Feld ist der zugehörige Katalog hinterlegt. Durch Anklicken des Buttons „Suche“ können Sie nach dem passenden Code oder Text suchen.

Optional können in den Freitextfeldern weitere Angaben und/oder Ergänzungen zur Histologie eingegeben werden.

Im Feld „Grading“ kann das tumorspezifische Grading anhand einer vorgegebenen Auswahl erfasst werden.

„Sentinel bef./unters.“ dient der Eingabe der Anzahl evtl. entnommener und befallener Sentinel-Lymphknoten.

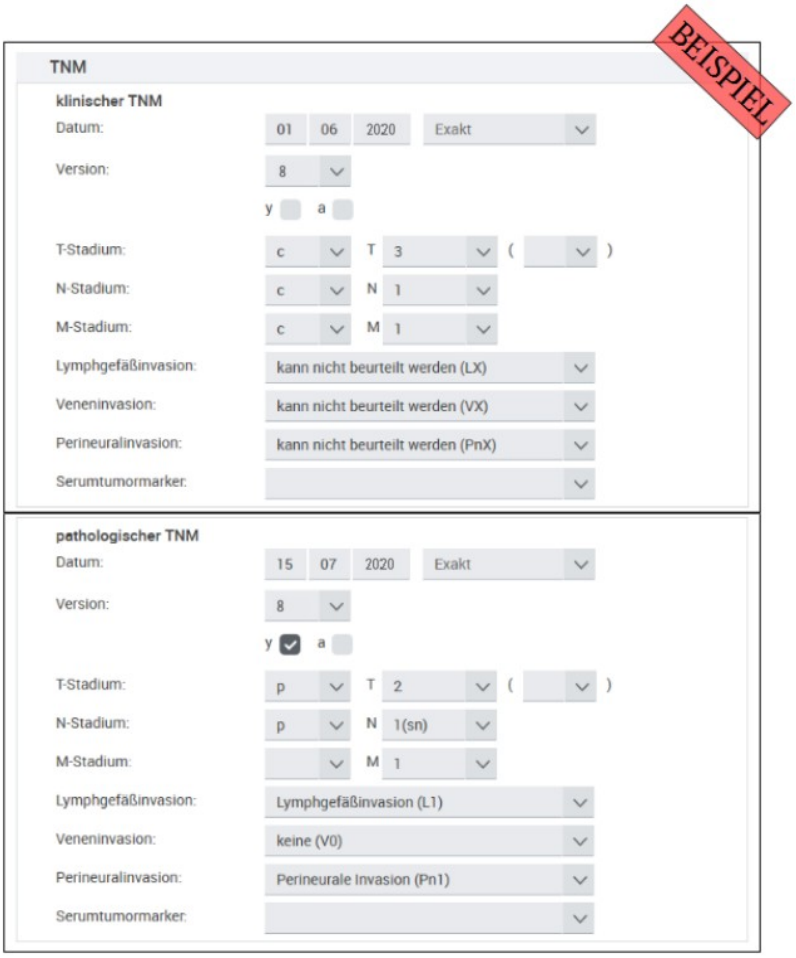
Die Felder „Lymphknoten bef./unters.“ sollen mit der Gesamtzahl evtl. entnommener und befallener

Lymphknoten befüllt werden. Das Ergebnis möglicherweise entnommener und befallener Sentinel-Lymphknoten muss hierbei berücksichtigt/eingeschlossen werden.

Sofern Ihnen Tumorerkrankungen aus zurückliegenden Zeiten bekannt sind, können diese nach Öffnen des Feldes „Frühere Tumorerkrankungen“ hinzugefügt werden.

TNM (Stadieneinteilung des Tumors)

Verpflichtend für eine gültige Diagnosemeldung ist die Angabe eines **vollständigen TNM;** die Angabe eines klinischen TNM ist hierfür ausreichend. Wenn Ihnen sowohl eine klinische als auch eine pathologische TNM-Klassifikation vorliegt, können beide innerhalb einer Meldung dokumentiert werden.



Das Feld „Datum“ ist mit dem bei den Mindestangaben erfassten Erstdiagnosedatum vorbelegt. Sollte die Stadieneinteilung des Tumors (Staging) später erfolgt sein, passen Sie das Datum entsprechend an.

Im Feld „Version“ ist die Version auszuwählen, nach der die TNM-Klassifikation erstellt wurde. Sollte nicht die aktuellste Version angezeigt werden, können Sie diese in den Einstellungen unter Punkt 6.1 hinterlegen.
Das Befüllen der Felder erfolgt nach eigenen Untersuchungsergebnissen oder aufgrund von vorliegenden Befunden. Entsprechende Begriffsdefinitionen und Erläuterungen finden Sie in Kapitel 8.3 Tabellen 8 und 9.

Zum 01.10.2018 wurde im Melderportal ein Umstieg von XML-Version 1.0.5. auf XML-Version 2.1.1 vorgenommen. Sollten Sie bereits eingegebene Meldungen vor diesem Datum nicht an die Vertrauensstelle übermittelt haben und Meldungen mit **mehr als einem** TNM darunter sein, werden Sie, beim Aufruf der Meldung oder beim Versuch die Meldungen nach der Umstellung zu übermitteln, aufgefordert, sich für einen maßgeblichen TNM zu entscheiden. Weiterhin ist es nun nicht mehr möglich, mehr als **eine** Histologie anzugeben.

Sofern Ihnen Fernmetastasen bekannt sind, können diese nach Öffnen des Feldes „Fernmetastasen“ mit Datum und Lokalisation erfasst werden.
Sollte für die zu meldende Tumorerkrankung kein TNM definiert, aber eine weitere Klassifikation bekannt sein, erfassen Sie diese unter „Weitere Klassifikationen“. Sollten Ihnen Ausprägungen für eine hier nicht aufgeführte Klassifikation vorliegen, erfassen Sie diese bitte im Feld „Weitere Angaben“ am Ende dieser Seite.

Tumorspezifische Module

Für Tumore des Colons/Rektosigmoids/Rektums, der Mamma und der Prostata sowie für das maligne Melanom gibt es spezifische Module, die ausschließlich bei diesen Entitäten erscheinen und entsprechend auszufüllen sind.

Modul Allgemein

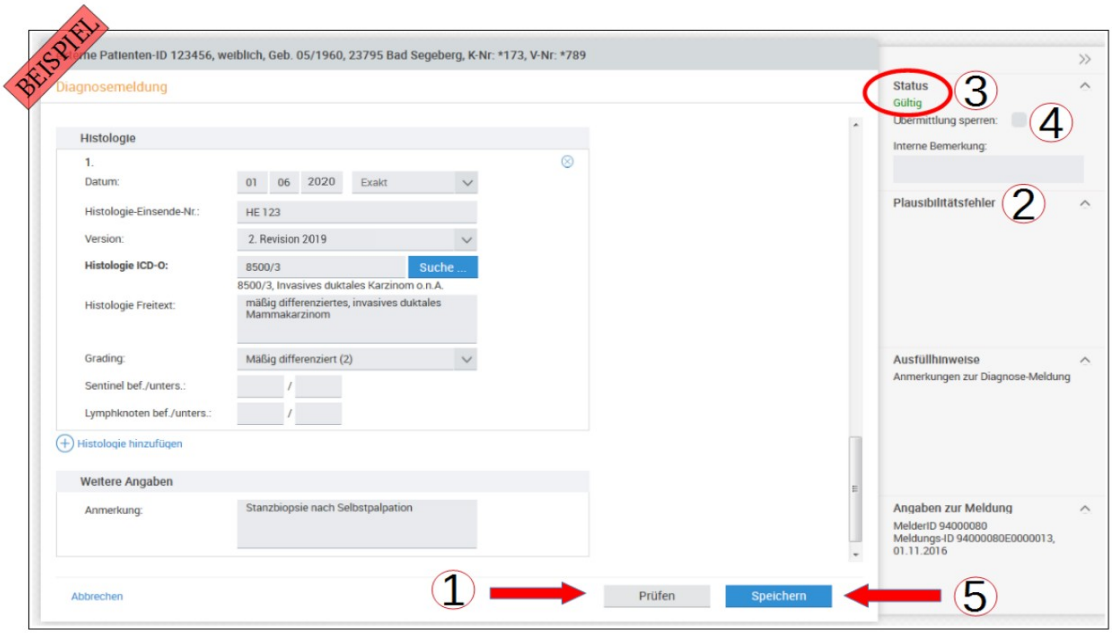
Erscheint nur bei Tumoren des Colons/Rektosigmoids/Rektums und der Mamma. An dieser Stelle können Angaben zu einem veranlassten Sozialdienstkontakt gemacht und/oder die Teilnahme an einer Studie dokumentiert werden.

Weitere Angaben

Sollten Sie zusätzliche Angaben zu Ihrer Meldung machen können/wollen (z. B. Angaben zum Kostenträger oder zu weiteren Klassifikationen), steht Ihnen noch ein weiteres Freitextfeld zur Verfügung. Achten Sie darauf, dass Sie hier keine Angaben machen, die einen Rückschluss auf die persönlichen Daten des Patienten ermöglichen!

Meldungsabschluss/Plausibilitätsprüfung

Sobald Sie alle erforderlichen Angaben getätigt haben, können Sie mittels Anklicken von „Prüfen“ (1) diese vom System kontrollieren lassen. Eventuell erscheinende Plausibilitätsfehler (2) sollten von Ihnen geprüft und nach Möglichkeit korrigiert werden.
Der Status „gültig“ (3) kann nur erreicht werden, wenn keine dunkelrot angezeigten Fehlermeldungen vorhanden sind.



Um sicherzustellen, dass nicht vollständig erfasste Meldungen versehentlich an die Vertrauensstelle übermittelt werden, kann ein Haken bei „Übermittlung sperren“(4) gesetzt werden. Nach Anklicken von Speichern (5) wird die Eingabemaske geschlossen.

Die erfasste Meldung ist nun gespeichert, aber noch nicht an das Krebsregister übermittelt (siehe Punkt 3.4).

3.2 Therapiemeldungen

Bei Langzeittherapien (Strahlentherapie und systemische Therapien) ist für den Beginn und für das Ende der Therapie jeweils eine eigenständige Meldung mit entsprechendem Meldeanlass zum jeweiligen Zeitpunkt zu erfassen. Bei kurzzeitiger oder einzeitiger Therapie (operative Therapie) ist nur eine Meldung mit dem Meldeanlass „Behandlungsende“ zu erfassen.

3.2.1 Strahlentherapie

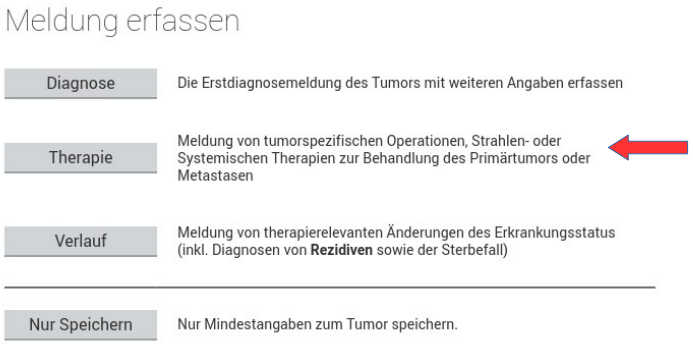
3.2.1.1 Beginn einer Strahlentherapie

Die Meldung einer Strahlentherapie soll von der Ärztin/dem Arzt erfolgen, die/der die Therapie durchführt (NICHT auf Grund vorliegender Befunde).

Erfassung des Meldeanlasses Behandlungsbeginn

Es gibt 2 Möglichkeiten:

Möglichkeit 1: Nach Eingabe der Mindestangaben (siehe Punkte 2.1 und 2.2) wählen Sie bitte „Prüfen“ und „Speichern“. Es erscheint folgende Maske

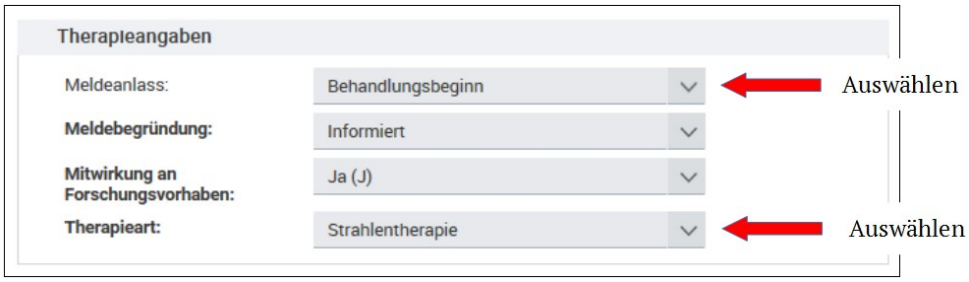


Es öffnet sich das Eingabefeld zur Therapiemeldung. In der Tumorzuordnung werden die bereits erfassten Mindestangaben zum ausgewählten Tumor angezeigt.

Möglichkeit 2: Rufen Sie zunächst die Tumorhistorie auf (Punkt 2.4). Klicken Sie anschließend den Button „Therapie“ an:

Es öffnet sich das Eingabefeld zur Therapiemeldung. In der Tumorzuordnung werden die bereits erfassten Mindestangaben zum ausgewählten Tumor angezeigt.

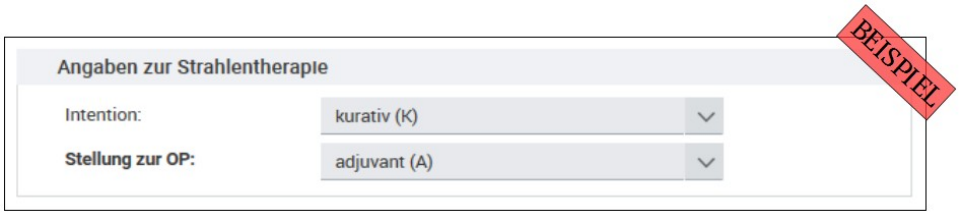
Es sind nun die grundsätzlichen Angaben zur Therapie zu erfassen:



Bei der hier beschriebenen Meldung zum Beginn einer Strahlentherapie ist als Meldeanlass „Behandlungsbeginn“ auszuwählen.

Die Felder „Meldebegründung“ und „Mitwirkung an Forschungsvorhaben“ sind ggf. analog der Angaben bei der Erfassung der Mindestangaben auszufüllen.

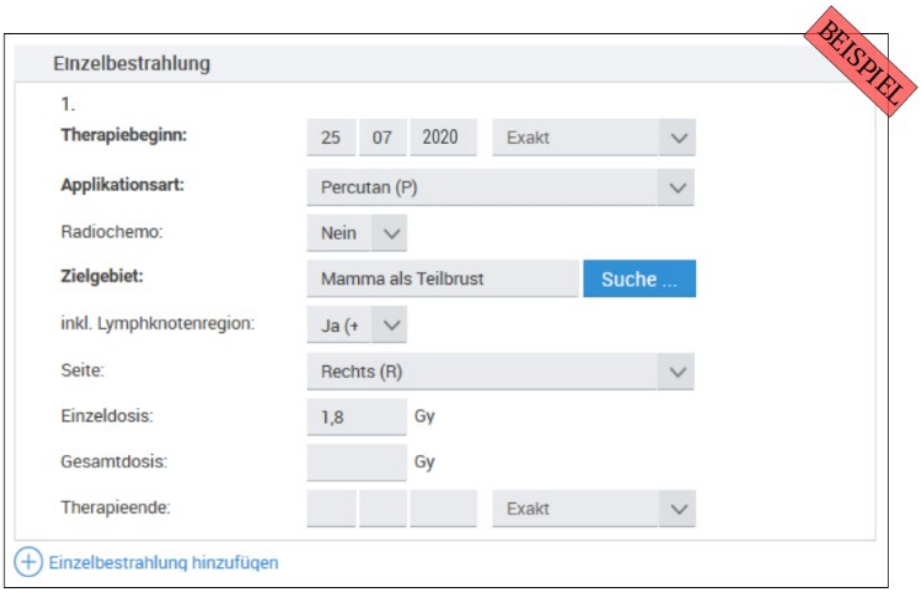
Im Feld „Therapieart“ wählen Sie hier Strahlentherapie.



Im ersten Feld müssen Sie die „Intention“, unter welcher die Strahlentherapie stattfindet, aus den vorgegebenen Möglichkeiten auswählen.

Mit der „Stellung zur OP“ ist die zeitliche Abfolge der Strahlentherapie zur Operation zu dokumentieren.

Im Folgenden sind die Angaben zur Einzelbestrahlung auszufüllen:



Unter Meldeanlass Behandlungsbeginn sind ausschließlich Therapien zu erfassen, deren Beginndatum ab dem 26.05.2016 liegt. Dies gilt auch, wenn das **Erstdiagnosedatum des Primärtumors vor** dem 26.05.2016 liegt.

Abhängig von den vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten ändern sich ggf. die nächsten Eingabefelder.

Angaben zu den Abschnitten Beendigung, Residualstatus und Nebenwirkungen sind nur bei Therapieende zu befüllen.

Modul Allgemein

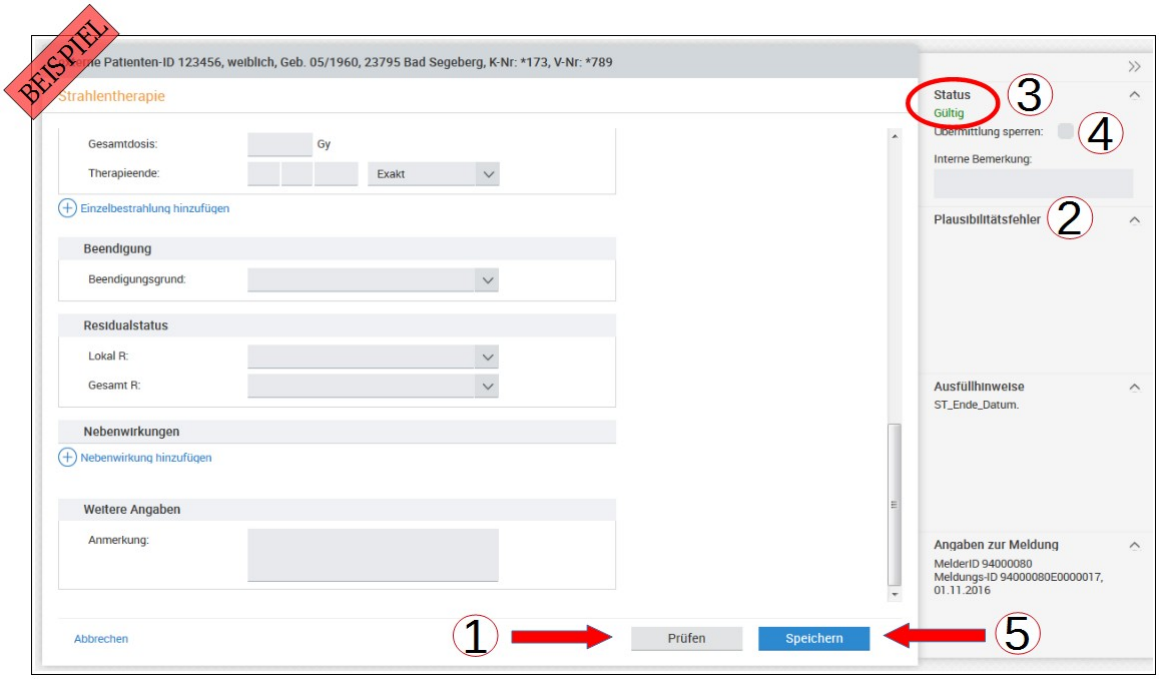
Erscheint nur bei Tumoren des Colons/Rektosigmoids/Rektums und der Mamma. An dieser Stelle können Angaben zu einem veranlassten Sozialdienstkontakt gemacht und/oder die Teilnahme an einer Studie dokumentiert werden..

Weitere Angaben

Sollten Sie zusätzliche Angaben zu Ihrer Meldung machen können/wollen, steht Ihnen noch ein weiteres Freitextfeld zur Verfügung. Achten Sie darauf, dass Sie hier keine Angaben machen, die einen Rückschluss auf die persönlichen Daten des Patienten ermöglichen!

Meldungsabschluss/Plausibilitätsprüfung

Sobald Sie alle erforderlichen Angaben getätigt haben, können Sie mittels Anklicken von „Prüfen“ (1) diese vom System kontrollieren lassen. Eventuell erscheinende Plausibilitätsfehler (2) sollten von Ihnen geprüft und nach Möglichkeit korrigiert werden.



Der Status „gültig“ (3) kann nur erreicht werden, wenn keine dunkelrot angezeigten Fehlermeldungen vorhanden sind.

Sollten die Tumorangaben unvollständig sein (z.B. fehlender Diagnosecode), ist das Feld des Tumoridentifikators in der Tumorzuordnung rot hinterlegt. In diesem Fall sind Angaben aus der dazugehörigen Diagnose/Angaben zum Tumor zu ergänzen. Eine Änderung/Ergänzung ist in der vorliegenden Therapiemeldung nicht möglich. Bitte speichern Sie die Meldung daher zunächst, um dann in der darauf folgenden Tumorhistorie erneut die Angaben zum Tumor auszuwählen. Nun können Sie die Korrekturen entsprechend der angezeigten Plausibilitätsfehler vornehmen. Dieser Vorgang wird wiederum mit „Prüfen“ und „Speichern“ beendet. Daraufhin erscheint erneut die Maske „Meldung erfassen“. Bitte wählen Sie hier den Punkt „Nur speichern (Nur Mindestangaben zum Tumor speichern)“, da die Therapiemeldung bereits angelegt und gespeichert wurde.

Um sicherzustellen, dass nicht vollständig erfasste Meldungen versehentlich an die Vertrauensstelle übermittelt werden, kann ein Haken bei „Übermittlung sperren“(4) gesetzt werden. Nach Anklicken von Speichern (5) wird die Eingabemaske geschlossen.

Die erfasste Meldung ist nun gespeichert, aber noch nicht an das Krebsregister übermittelt (siehe Punkt 3.4).

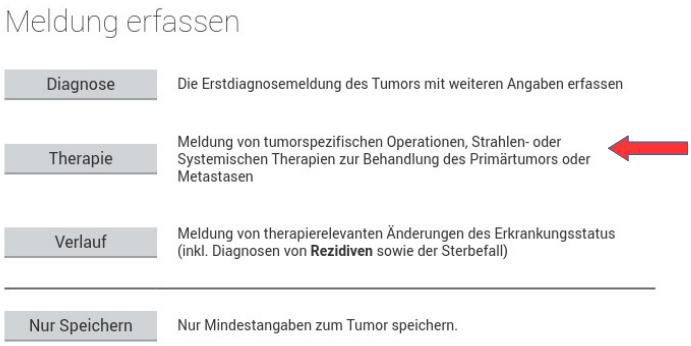
3.2.1.2 Ende einer Strahlentherapie

Die Meldung einer Strahlentherapie soll von der Ärztin/dem Arzt erfolgen, die/der die Therapie durchführt (NICHT auf Grund vorliegender Befunde).

Erfassen des Meldeanlasses Behandlungsende

Es gibt 2 Möglichkeiten:

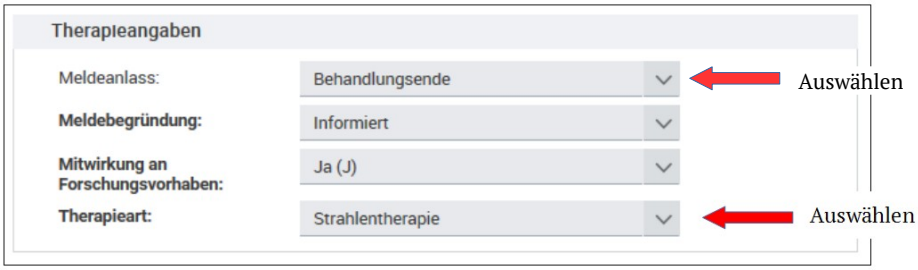
Möglichkeit 1: Nach Eingabe der Mindestangaben (siehe Punkte 2.1 und 2.2) wählen Sie bitte „Prüfen“ und „Speichern“. Es erscheint folgende Maske



Möglichkeit 2: Rufen Sie zunächst die Tumorhistorie auf (Punkt 2.4). Klicken Sie anschließend den Button „Therapie“ an:

Es öffnet sich das Eingabefeld zur Therapiemeldung. In der Tumorzuordnung werden die bereits erfassten Mindestangaben zum ausgewählten Tumor angezeigt.

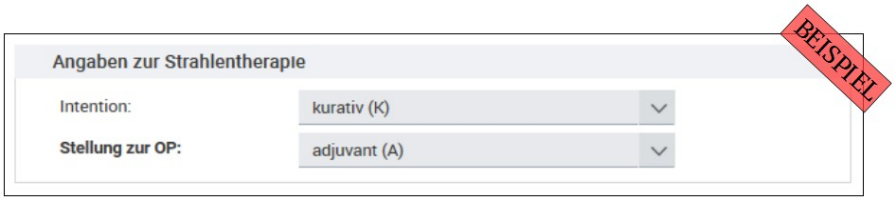
Es sind nun die grundsätzlichen Angaben zur Therapie zu erfassen:



Bei der hier beschriebenen Meldung zum Ende einer Strahlentherapie ist als Meldeanlass „Behandlungsende“ auszuwählen.

Die Felder „Meldebegründung“ und „Mitwirkung an Forschungsvorhaben“ sind ggf. analog der Angaben bei der Erfassung der Mindestangaben auszufüllen.

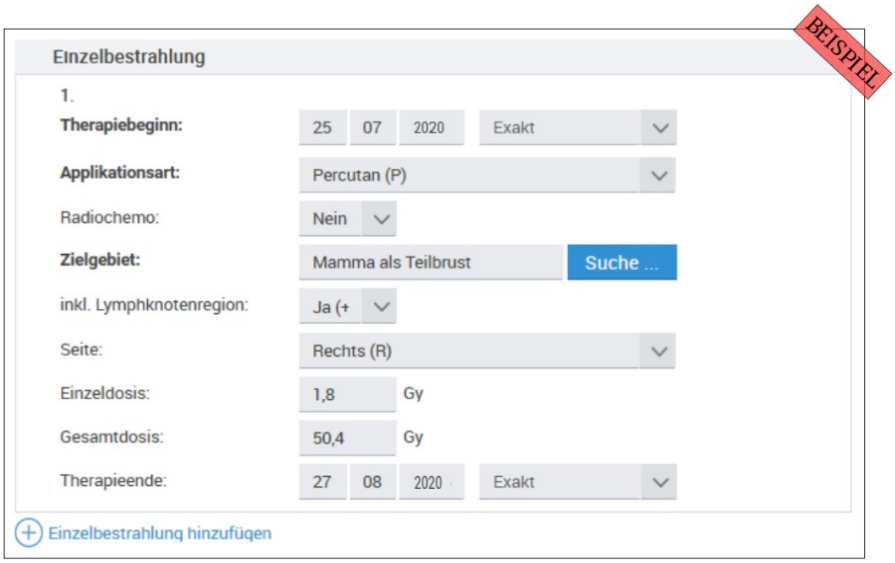
Im Feld „Therapieart“ wählen Sie hier Strahlentherapie.



Im ersten Feld müssen Sie die „Intention“, unter welcher die Strahlentherapie stattfand, aus den vorgegebenen Möglichkeiten auswählen.

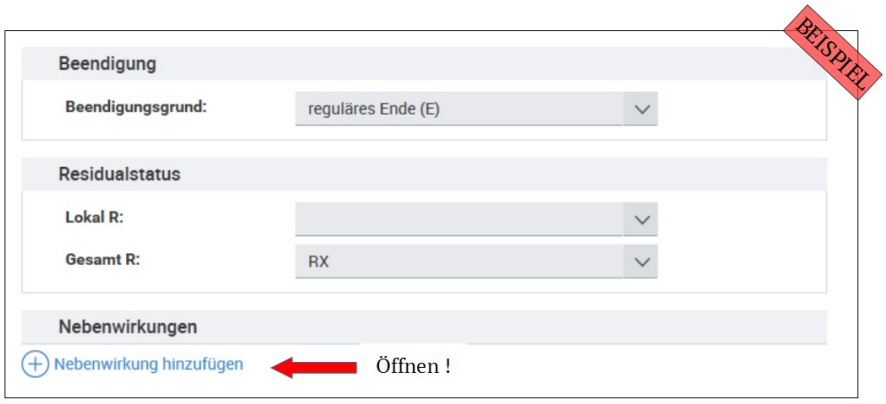
Mit der „Stellung zur OP“ ist die zeitliche Abfolge der Strahlentherapie zur Operation zu dokumentieren.

Im Folgenden sind die Angaben zur Einzelbestrahlung auszufüllen:



Beim Meldeanlass Behandlungsende sind ausschließlich Therapien zu erfassen, deren Enddatum **ab dem 26.05.2016** liegt!

Abhängig von den vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten ändern sich ggf. die nächsten Eingabefelder.



Anders als bei dem Therapie**beginn** sind bei dem Therapie**ende** die Abschnitte Beendigung, Residualstatus und ggf. Nebenwirkungen zu befüllen.

Unter „Residualstatus“ muss die Beurteilung des Tumorstatus nach Beendigung der Strahlentherapie erfasst werden.

Modul Allgemein

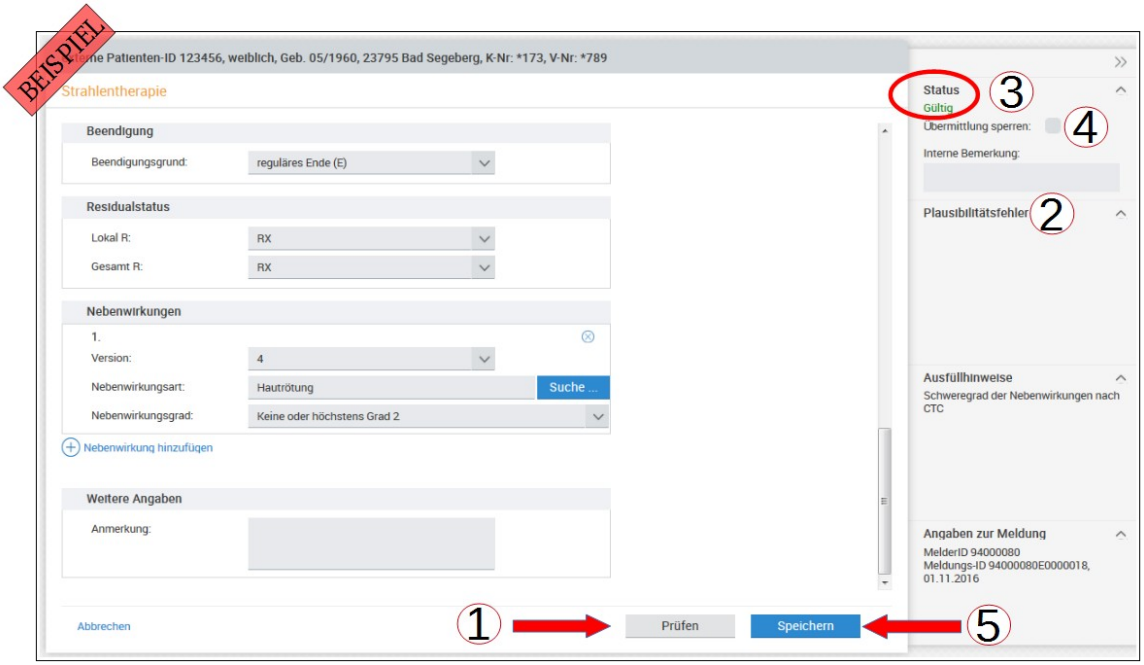
Erscheint nur bei Tumoren des Colons/Rektosigmoids/Rektums und der Mamma. An dieser Stelle können Angaben zu einem veranlassten Sozialdienstkontakt gemacht und/oder die Teilnahme an einer Studie dokumentiert werden.

Weitere Angaben

Sollten Sie zusätzliche Angaben zu Ihrer Meldung machen können/wollen, steht Ihnen noch ein weiteres Freitextfeld zur Verfügung. Achten Sie darauf, dass Sie hier keine Angaben machen, die einen Rückschluss auf die persönlichen Daten des Patienten ermöglichen!

Meldungsabschluss/Plausibilitätsprüfung

Sobald Sie alle erforderlichen Angaben getätigt haben, können Sie mittels Anklicken von „Prüfen“ (1) diese vom System kontrollieren lassen. Eventuell erscheinende Plausibilitätsfehler (2) sollten von Ihnen geprüft und nach Möglichkeit korrigiert werden.



Der Status „gültig“ (3) kann nur erreicht werden, wenn keine dunkelrot angezeigten Fehlermeldungen vorhanden sind.

Sollten die Tumorangaben unvollständig sein (z.B. fehlender Diagnosecode), ist das Feld des Tumoridentifikators in der Tumorzuordnung rot hinterlegt. In diesem Fall sind Angaben aus der dazugehörigen Diagnose/Angaben zum Tumor zu ergänzen. Eine Änderung/Ergänzung ist in der vorliegenden Therapiemeldung nicht möglich. Bitte speichern Sie die Meldung daher zunächst, um dann in der darauf folgenden Tumorhistorie erneut die Angaben zum Tumor auszuwählen. Nun können Sie die Korrekturen entsprechend der angezeigten Plausibilitätsfehler vornehmen. Dieser Vorgang wird wiederum mit „Prüfen“ und „Speichern“ beendet. Daraufhin erscheint erneut die Maske „Meldung erfassen“. Bitte wählen Sie hier den Punkt „Nur speichern (Nur Mindestangaben zum Tumor speichern)“, da die Therapiemeldung bereits angelegt und gespeichert wurde.

Um sicherzustellen, dass nicht vollständig erfasste Meldungen versehentlich an die Vertrauensstelle übermittelt werden, kann ein Haken bei „Übermittlung sperren“(4) gesetzt werden. Nach Anklicken von Speichern (5) wird die Eingabemaske geschlossen.

Die erfasste Meldung ist nun gespeichert, aber noch nicht an das Krebsregister übermittelt (siehe Punkt 3.4).

3.2.2 Systemische Therapie

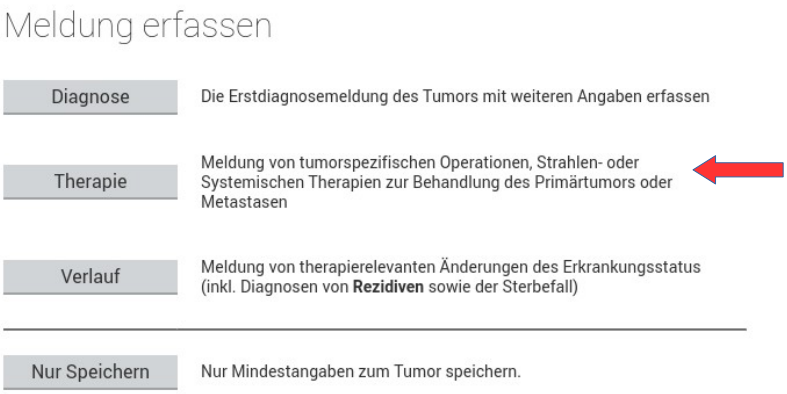
3.2.2.1 Beginn einer systemischen Therapie

Die Meldung einer systemischen Therapie soll von der Ärztin/dem Arzt erfolgen, die/der die Therapie durchführt (NICHT auf Grund vorliegender Befunde).

Erfassung des Meldeanlasses Behandlungsbeginn

Es gibt 2 Möglichkeiten:

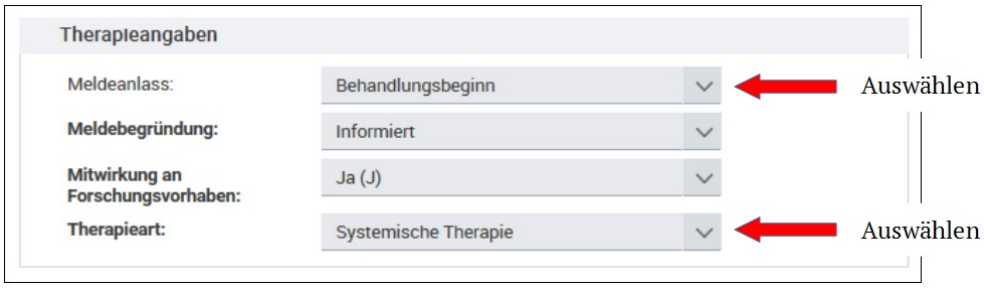
Möglichkeit 1: Nach Eingabe der Mindestangaben (siehe Punkte 2.1 und 2.2) wählen Sie bitte „Prüfen“ und „Speichern“. Es erscheint folgende Maske



Möglichkeit 2: Rufen Sie zunächst die Tumorhistorie auf (siehe Punkt 2.4). Klicken Sie anschließend den Button „Therapie“ an:

Es öffnet sich das Eingabefeld zur Therapiemeldung. In der Tumorzuordnung werden die bereits erfassten Mindestangaben zum ausgewählten Tumor angezeigt.

Es sind nun die grundsätzlichen Angaben zur Therapie zu erfassen:



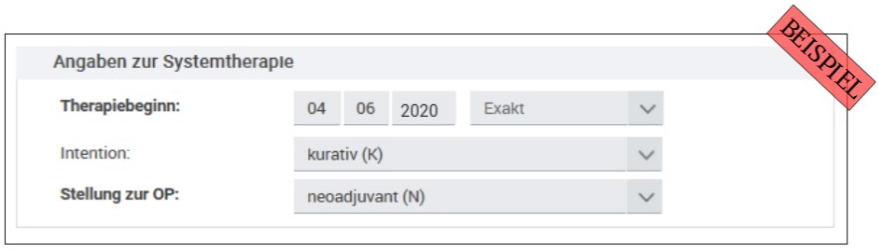
Bei der hier beschriebenen Meldung zum Beginn einer systemischen Therapie ist als Meldeanlass „Behandlungsbeginn“ auszuwählen.

Die Felder „Meldebegründung“ und „Mitwirkung an Forschungsvorhaben“ sind ggf. analog der Angaben bei der Erfassung der Mindestangaben auszufüllen.

Im Feld „Therapieart“ wählen Sie hier systemische Therapie.

Angaben zur Systemtherapie

In den sich öffnenden Fenstern erfassen Sie nun die weiteren Angaben zur Systemtherapie:

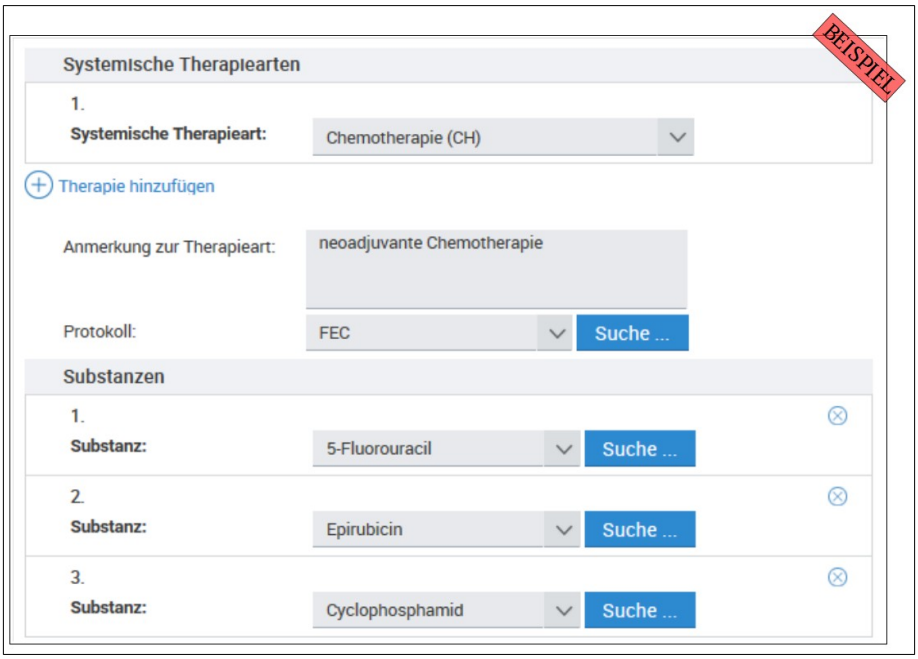


Unter Meldeanlass Behandlungsbeginn sind ausschließlich Therapien zu erfassen, deren Beginndatum ab dem 26.05.2016 liegt. Dies gilt auch, wenn das **Erstdiagnosedatum des Primärtumors vor** dem 26.05.2016 liegt.

Im nächsten Feld müssen Sie die „Intention“, unter welcher die Strahlentherapie stattfindet, aus den vorgegebenen Möglichkeiten auswählen.

Mit der „Stellung zur OP“ ist die zeitliche Abfolge der Systemtherapie zur Operation zu dokumentieren.

Im Folgenden ist zunächst die Art der Systemischen Therapie auszuwählen:



Im Feld „Systemische Therapieart“ können Sie aus den vorgegebenen Möglichkeiten die entsprechende Therapie auswählen. Abhängig von den vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten ändern sich ggf. die nächsten Eingabefelder.

Mögliche Ergänzungen können in das Freitextfeld „Anmerkungen zur Therapieart“ eingetragen werden.

In das Feld Protokoll ist ausschließlich für die Therapieart Chemotherapie das angewandte Schema einzutragen.

Im Abschnitt „Substanzen“ sind alle tumortherapeutisch verabreichten Substanzen anzugeben.

Angaben zu den Abschnitten Beendigung, Residualstatus und Nebenwirkungen sind nur bei Therapieende zu befüllen.

Modul Allgemein

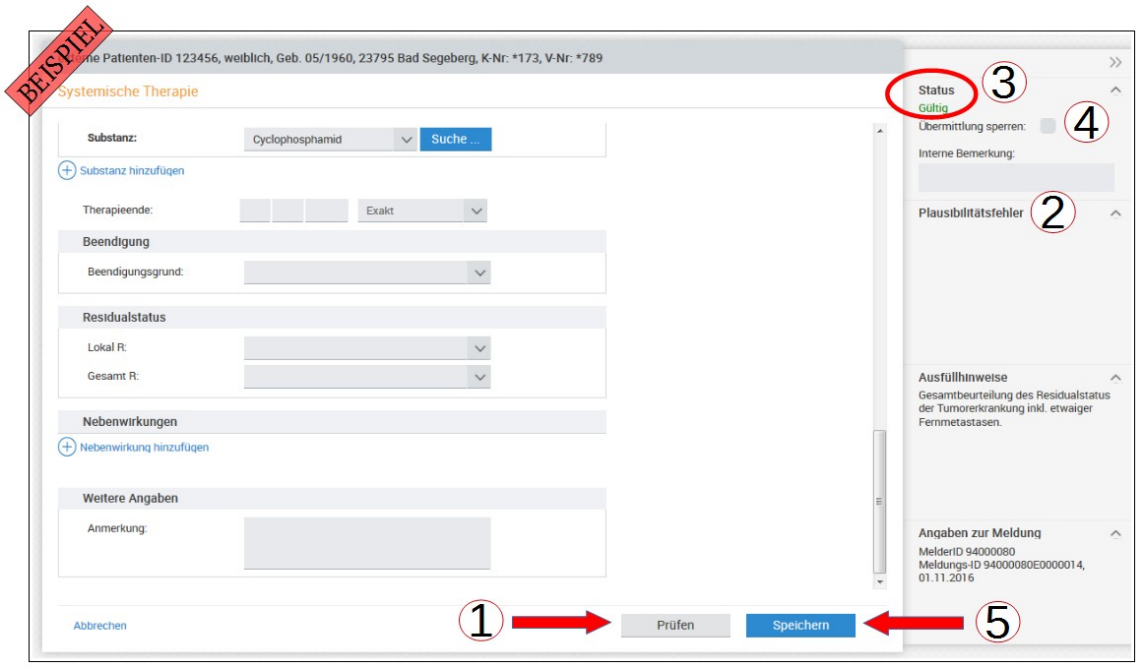
Erscheint nur bei Tumoren des Colons/Rektosigmoids/Rektums und der Mamma. An dieser Stelle können Angaben zu einem veranlassten Sozialdienstkontakt gemacht und/oder die Teilnahme an einer Studie dokumentiert werden.

Weitere Angaben

Sollten Sie zusätzliche Angaben zu Ihrer Meldung machen können/wollen, steht Ihnen noch ein weiteres Freitextfeld zur Verfügung. Achten Sie darauf, dass Sie hier keine Angaben machen, die einen Rückschluss auf die persönlichen Daten des Patienten ermöglichen!

Meldungsabschluss/Plausibilitätsprüfung

Sobald Sie alle erforderlichen Angaben getätigt haben, können Sie mittels Anklicken von „Prüfen“ (1) diese vom System kontrollieren lassen. Eventuell erscheinende Plausibilitätsfehler (2) sollten von Ihnen geprüft und nach Möglichkeit korrigiert werden.



Der Status „gültig“ (3) kann nur erreicht werden, wenn keine dunkelrot angezeigten Fehlermeldungen vorhanden sind.

Sollten die Tumorangaben unvollständig sein (z.B. fehlender Diagnosecode), ist das Feld des Tumoridentifikators in der Tumorzuordnung rot hinterlegt. In diesem Fall sind Angaben aus der dazugehörigen Diagnose/Angaben zum Tumor zu ergänzen. Eine Änderung/Ergänzung ist in der vorliegenden Therapiemeldung nicht möglich. Bitte speichern Sie die Meldung daher zunächst, um dann in der darauf folgenden Tumorhistorie erneut die Angaben zum Tumor auszuwählen. Nun können Sie die Korrekturen entsprechend der angezeigten Plausibilitätsfehler vornehmen. Dieser Vorgang wird wiederum mit „Prüfen“ und „Speichern“ beendet. Daraufhin erscheint erneut die Maske „Meldung erfassen“. Bitte wählen Sie hier den Punkt „Nur speichern (Nur Mindestangaben zum Tumor speichern)“, da die Therapiemeldung bereits angelegt und gespeichert wurde.

Um sicherzustellen, dass nicht vollständig erfasste Meldungen versehentlich an die Vertrauensstelle übermittelt werden, kann ein Haken bei „Übermittlung sperren“(4) gesetzt werden. Nach Anklicken von Speichern (5) wird die Eingabemaske geschlossen.

Die erfasste Meldung ist nun gespeichert, aber noch nicht an das Krebsregister übermittelt (siehe Punkt 3.4).

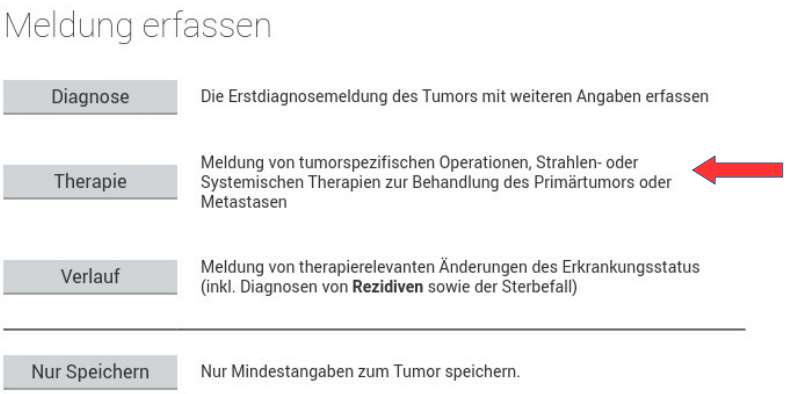
3.2.2.2 Ende einer systemischen Therapie

Die Meldung einer systemischen Therapie soll von der Ärztin/dem Arzt erfolgen, die/der die Therapie durchführt (NICHT auf Grund vorliegender Befunde).

Erfassung des Meldeanlasses Behandlungsende

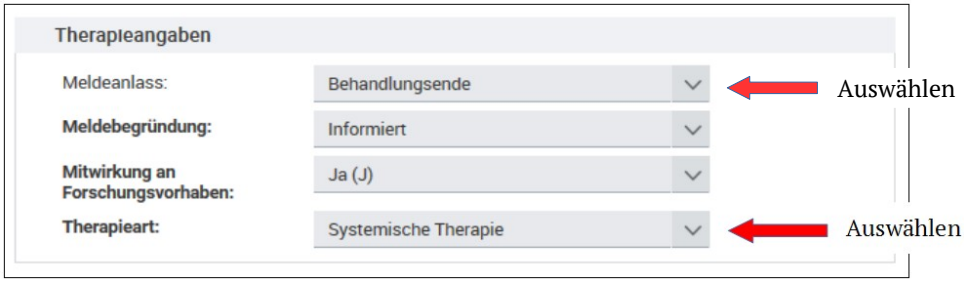
Es gibt 2 Möglichkeiten:

Möglichkeit 1: Nach Eingabe der Mindestangaben (siehe Punkte 2.1 und 2.2) wählen Sie bitte „Prüfen“ und „Speichern“. Es erscheint folgende Maske



Möglichkeit 2: Rufen Sie zunächst die Tumorhistorie auf (siehe Punkt 2.4). Klicken Sie anschließend den Button „Therapie“ an:

Es öffnet sich das Eingabefeld zur Therapiemeldung. In der Tumorzuordnung werden die bereits erfassten Mindestangaben zum ausgewählten Tumor angezeigt.
Es sind nun die grundsätzlichen Angaben zur Therapie zu erfassen:



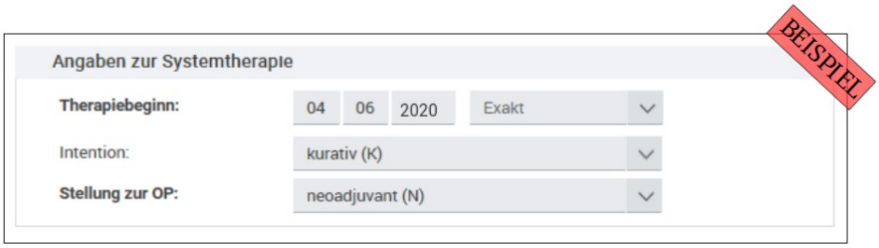
Bei der hier beschriebenen Meldung zum Ende einer Strahlentherapie ist als Meldeanlass „Behandlungsende“ auszuwählen.

Die Felder „Meldebegründung“ und „Mitwirkung an Forschungsvorhaben“ sind ggf. analog der Angaben bei der Erfassung der Mindestangaben auszufüllen.

Im Feld „Therapieart“ wählen Sie hier systemischen Therapie.

Angaben zur Systemtherapie

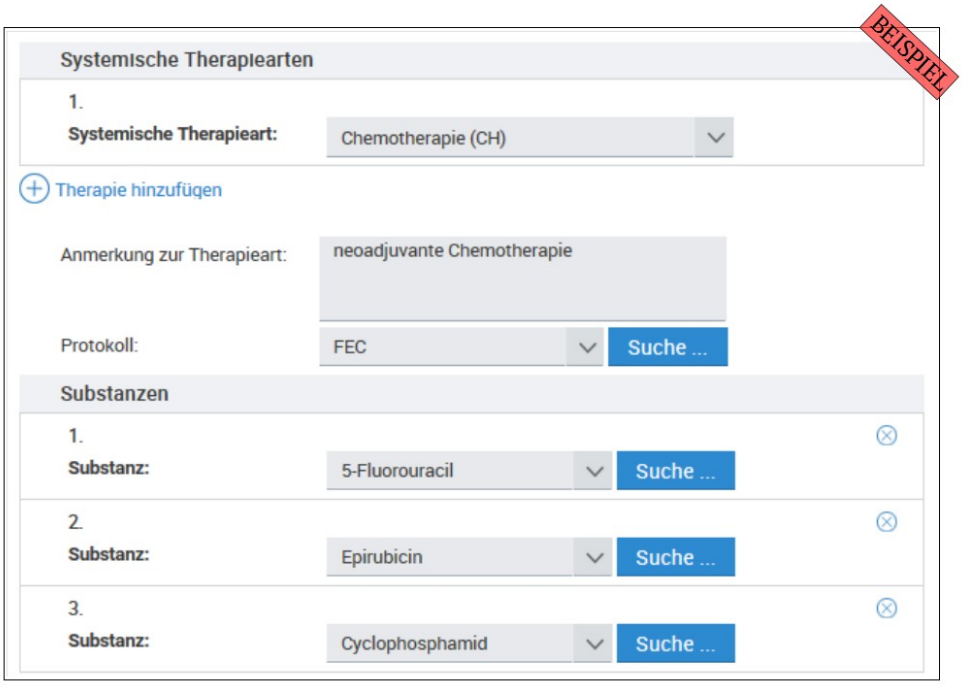
In den sich öffnenden Fenstern erfassen Sie nun die weiteren Angaben zur Systemtherapie:



Im nächsten Feld müssen Sie die „Intention“, unter welcher die Systemtherapie stattfand, aus den vorgegebenen Möglichkeiten auswählen.

Mit der „Stellung zur OP“ ist die zeitliche Abfolge der Systemtherapie zur Operation zu dokumentieren.

Im Folgenden ist zunächst die Art der Systemischen Therapie auszuwählen:



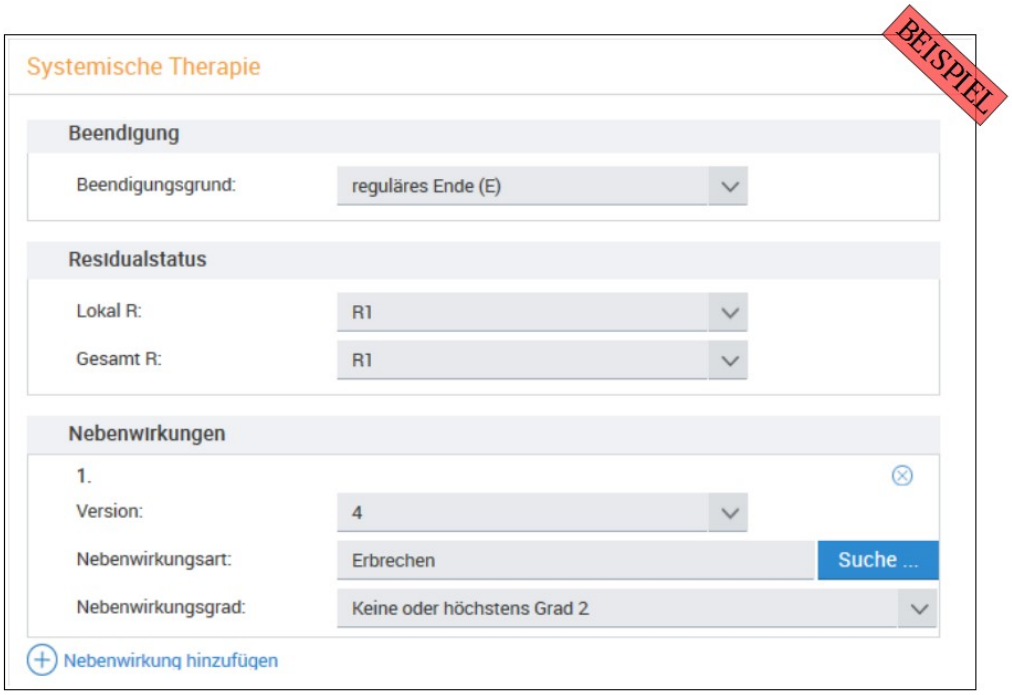
Im Feld „Systemische Therapieart“ können Sie aus den vorgegebenen Möglichkeiten die entsprechende Therapie auswählen. Abhängig von den vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten ändern sich ggf. die nächsten Eingabefelder.

Mögliche Ergänzungen können in das Freitextfeld „Anmerkungen zur Therapieart“ eingetragen werden.

In das Feld „Protokoll“ ist ausschließlich für die Therapieart Chemotherapie das angewandte Schema einzutragen.

Im Abschnitt „Substanzen“ sind alle tumortherapeutisch verabreichten Substanzen anzugeben.

Beim Meldeanlass Behandlungsende sind ausschließlich Therapien zu erfassen, deren Enddatum **ab dem 26.05.2016** liegt!



Anders als bei dem Therapie**beginn** sind bei dem Therapie**ende** die Abschnitte Beendigung, Residualstatus und ggf. Nebenwirkungen zu befüllen.

Unter „Residualstatus“ muss die Beurteilung des Tumorstatus nach Beendigung der Chemotherapie erfasst werden,

Modul Allgemein

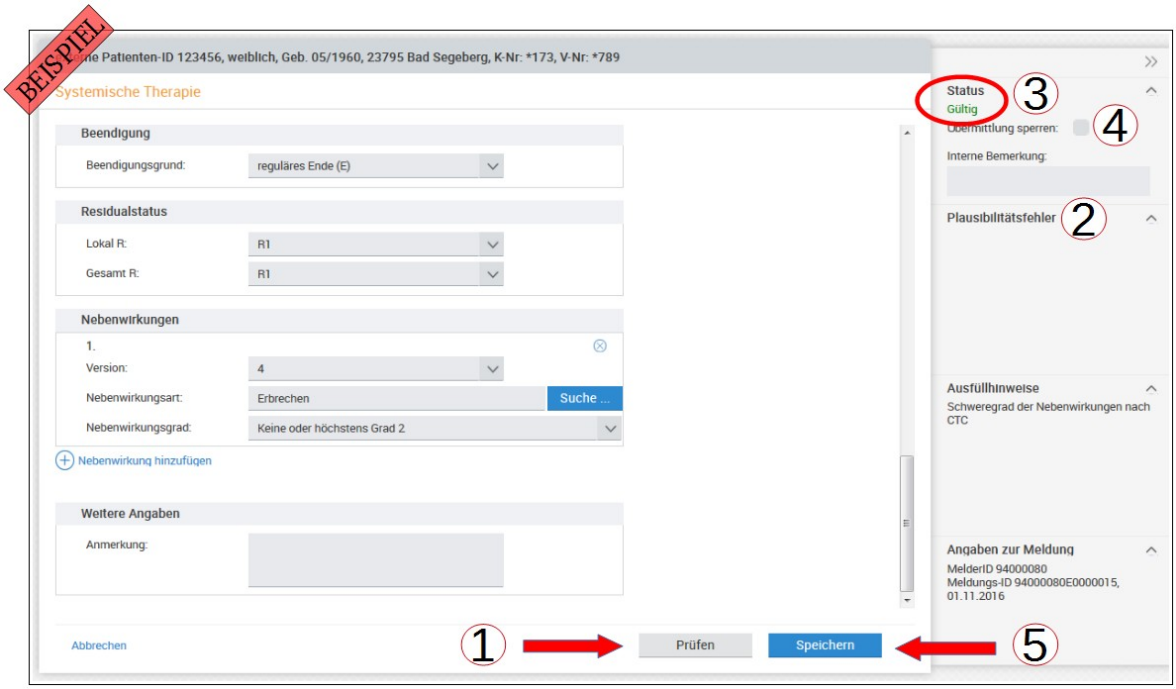
Erscheint nur bei Tumoren des Colons/Rektosigmoids/Rektums und der Mamma. An dieser Stelle können Angaben zu einem veranlassten Sozialdienstkontakt gemacht und/oder die Teilnahme an einer Studie dokumentiert werden.

Weitere Angaben

Sollten Sie zusätzliche Angaben zu Ihrer Meldung machen können/wollen, steht Ihnen noch ein weiteres Freitextfeld zur Verfügung. Achten Sie darauf, dass Sie hier keine Angaben machen, die einen Rückschluss auf die persönlichen Daten des Patienten ermöglichen!

Meldungsabschluss/Plausibilitätsprüfung

Sobald Sie alle erforderlichen Angaben getätigt haben, können Sie mittels Anklicken von „Prüfen“ (1) diese vom System kontrollieren lassen. Eventuell erscheinende Plausibilitätsfehler (2) sollten von Ihnen geprüft und nach Möglichkeit korrigiert werden.



Der Status „gültig“ (3) kann nur erreicht werden, wenn keine dunkelrot angezeigten Fehlermeldungen vorhanden sind.

Sollten die Tumorangaben unvollständig sein (z.B. fehlender Diagnosecode), ist das Feld des Tumoridentifikators in der Tumorzuordnung rot hinterlegt. In diesem Fall sind Angaben aus der dazugehörigen Diagnose/Angaben zum Tumor zu ergänzen. Eine Änderung/Ergänzung ist in der vorliegenden Therapiemeldung nicht möglich. Bitte speichern Sie die Meldung daher zunächst, um dann in der darauf folgenden Tumorhistorie erneut die Angaben zum Tumor auszuwählen. Nun können Sie die Korrekturen entsprechend der angezeigten Plausibilitätsfehler vornehmen. Dieser Vorgang wird wiederum mit „Prüfen“ und „Speichern“ beendet. Daraufhin erscheint erneut die Maske „Meldung erfassen“. Bitte wählen Sie hier den Punkt „Nur speichern (Nur Mindestangaben zum Tumor speichern)“, da die Therapiemeldung bereits angelegt und gespeichert wurde.

Um sicherzustellen, dass nicht vollständig erfasste Meldungen versehentlich an die Vertrauensstelle übermittelt werden, kann ein Haken bei „Übermittlung sperren“(4) gesetzt werden. Nach Anklicken von Speichern (5) wird die Eingabemaske geschlossen.

Die erfasste Meldung ist nun gespeichert, aber noch nicht an das Krebsregister übermittelt (siehe Punkt 3.4).

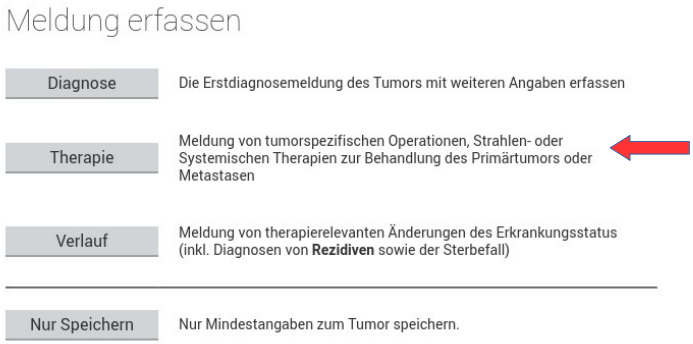
3.2.3 Operative Therapie

Die Meldung einer operativen Therapie soll von der Ärztin/dem Arzt erfolgen, die/der die Therapie durchführt (NICHT auf Grund vorliegender Befunde). Da Beginn und Abschluss der Therapie hier zusammenfallen, ist nur der Meldeanlass „Behandlungsende“ zu bedienen.

Erfassung des Meldeanlasses Behandlungsende

Es gibt 2 Möglichkeiten:

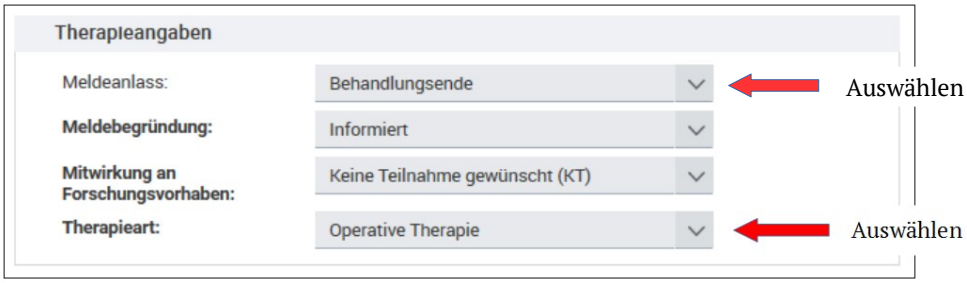
Möglichkeit 1: Nach Eingabe der Mindestangaben (siehe Punkte 2.1 und 2.2) wählen Sie bitte „Prüfen“ und „Speichern“. Es erscheint folgende Maske



Möglichkeit 2: Rufen Sie zunächst die Tumorhistorie auf (siehe Punkt 2.4). Klicken Sie anschließend den Button „Therapie“ an:

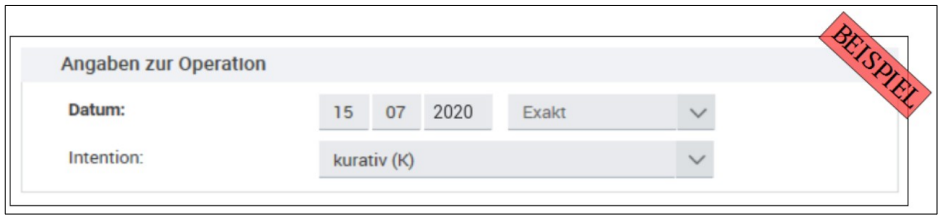
Es öffnet sich das Eingabefeld zur Therapiemeldung. In der Tumorzuordnung werden die bereits erfassten Mindestangaben zum ausgewählten Tumor angezeigt.

Es sind nun die grundsätzlichen Angaben zur Therapie zu erfassen:



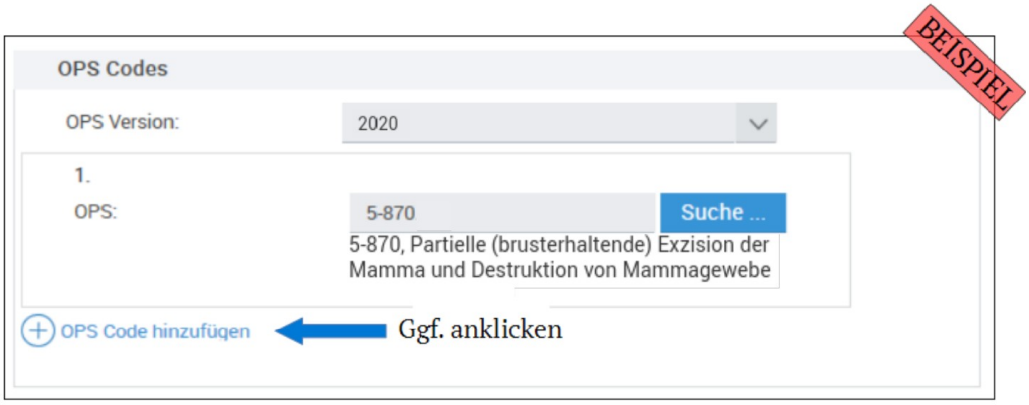
Da es sich bei der Operation um eine kurzzeitige Therapie handelt, ist in der hier beschriebenen Meldung der Meldeanlass „Behandlungsende“ auszuwählen.

In den sich öffnenden Fenstern erfassen Sie nun die weiteren „Angaben zur Operation“:

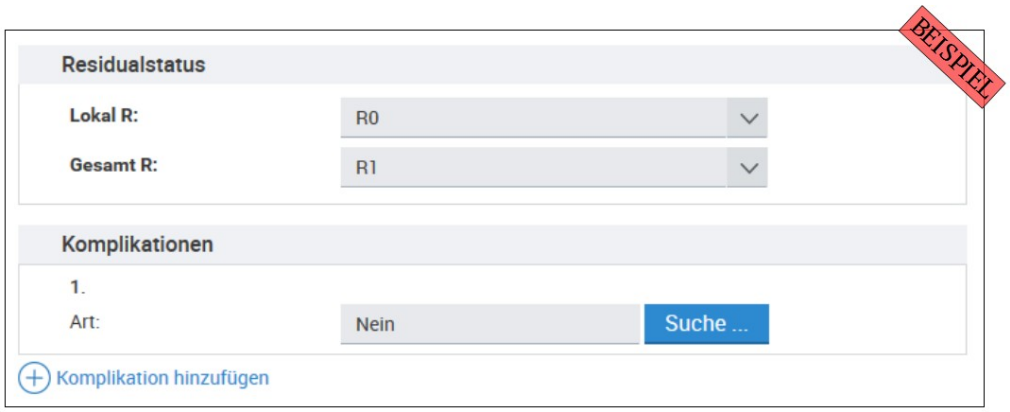


In das erste Feld ist das Operationsdatum einzugeben. Denken Sie daran, dass mittels des Meldeportals ausschließlich Operationen **ab dem 26.05.2016** erfasst werden dürfen!

Im nächsten Feld muss die „Intention“, unter welcher die Operation stattfand, aus den vorgegebenen Möglichkeiten ausgewählt werden.



Residualstatus, Komplikationen

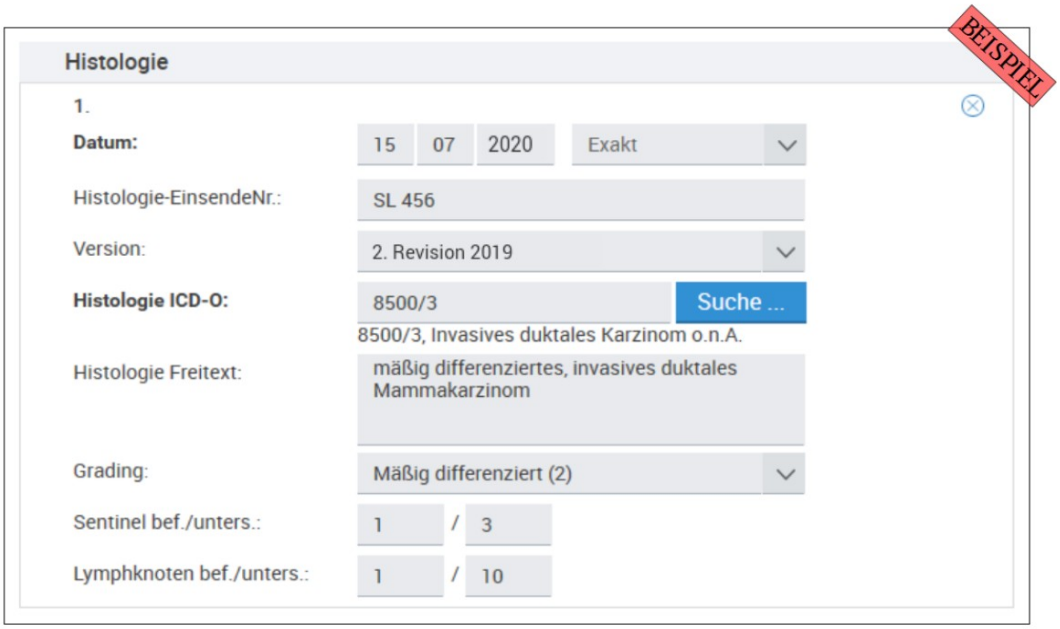


Unter „Residualstatus“ muss die Beurteilung des Tumorstatus nach Beendigung der Operation erfasst werden, zum einen in Bezug auf den Status des Primärtumors („Lokal R“) und zum anderen in Bezug auf den Gesamttumorstatus inkl. möglicher Lymphknoten- und/oder Fernmetastasen („Gesamt R“).

„Komplikationen“ sind im nächsten Feld zu dokumentieren. Auch wenn keine Komplikationen aufgetreten sind, vermerken Sie dies bitte mit „Nein“. Wenn Ihnen keine Information bekannt ist, wählen Sie bitte „unbekannt“.

Histologie

Um die Angaben zur Histologie zu erfassen, befüllen Sie die folgenden Eingabefelder.



Das Feld „Datum“ ist mit dem bereits erfassten Operationsdatum vorbelegt. Sollte die histologische Bestimmung später erfolgt sein, passen Sie das Datum entsprechend an.

Sofern Ihnen die Einsendenummer des Histologiebefundes bekannt ist, können Sie diese im folgenden Feld eingeben.

Als ICD-O Version ist von den vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten die aktuellste Version zu wählen. Sollte nicht die aktuellste Version angezeigt werden, können Sie diese in den Einstellungen unter Punkt 6.1 hinterlegen

Dem ICD-O Feld ist der zugehörige Katalog hinterlegt. Durch Anklicken des Buttons „Suche“ können Sie nach dem passenden Code oder Text suchen.

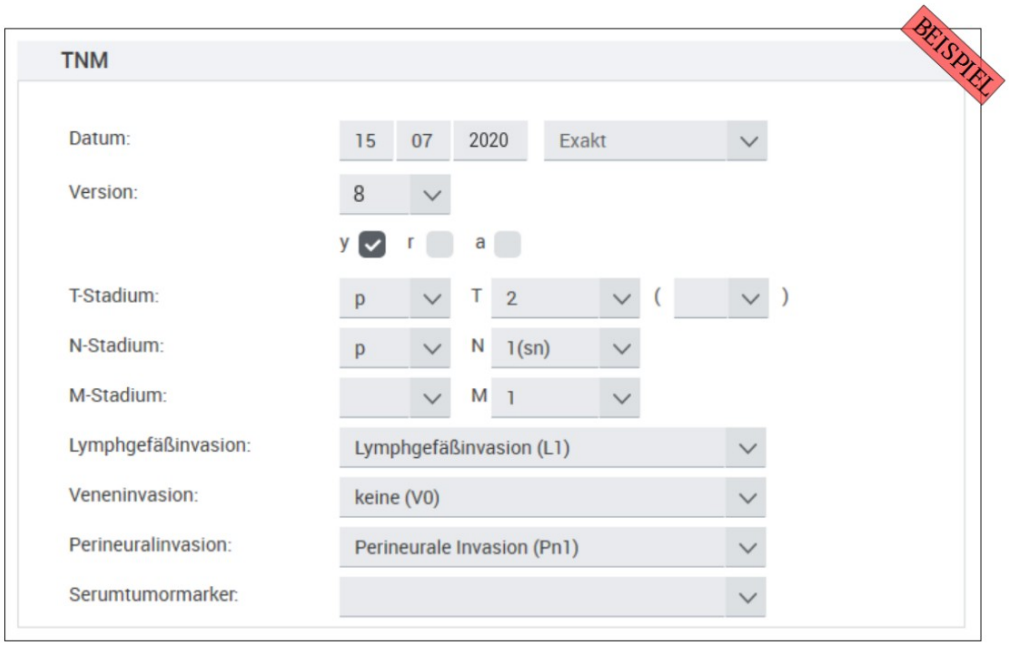
Optional können in den Freitextfeldern weitere Angaben und/oder Ergänzungen zur Histologie eingegeben werden.

Im Feld „Grading“ kann das tumorspezifische Grading anhand einer vorgegebenen Auswahl erfasst werden.

„Sentinel bef./unters.“ dient der Eingabe der Anzahl evtl. entnommener und befallener Sentinel-Lymphknoten.

Die Felder „Lymphknoten bef./unters.“ sollen mit der Gesamtzahl evtl. entnommener und befallener Lymphknoten befüllt werden. Das Ergebnis möglicherweise entnommener und befallener Sentinel-Lymphknoten muss hierbei berücksichtigt/eingeschlossen werden.

TNM (Stadieneinteilung des Tumors)

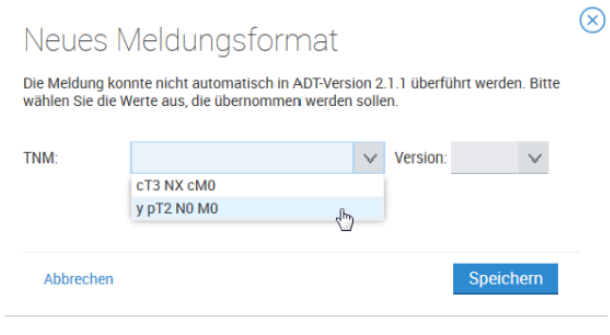


Das Feld „Datum“ ist mit dem bereits erfassten Operationsdatum vorbelegt. Sollte die Stadieneinteilung des Tumors (Staging) später erfolgt sein, passen Sie das Datum entsprechend an.

Im Feld „Version“ ist die Version auszuwählen, nach der die TNM-Klassifikation erstellt wurde.

Das Befüllen der Felder erfolgt nach eigenen Untersuchungsergebnissen oder aufgrund von vorliegenden Befunden. Entsprechende Begriffsdefinitionen und Erläuterungen finden Sie in Kapitel 8.3 Tabellen 8 und 9.

Zum 01.10.2018 wurde im Melderportal ein Umstieg von XML-Version 1.0.5. auf XML-Version 2.1.1. vorgenommen. Sollten Sie bereits eingegebene Meldungen vor diesem Datum nicht an die Vertrauensstelle übermittelt haben und Meldungen mit mehr als einem TNM darunter sein, werden Sie, beim Aufruf der Meldung oder beim Versuch die Meldungen nach der Umstellung zu übermitteln, aufgefordert, sich für einen maßgeblichen TNM zu entscheiden.



Modul Allgemein

Falls Sie eine Mamma- bzw. Darm-Op melden, erscheint dieses Zusatzmodul. An dieser Stelle können Angaben zu einem veranlassten Sozialdienstkontakt gemacht und/oder die Teilnahme an einer Studie dokumentiert werden.

Tumorspezifische Module

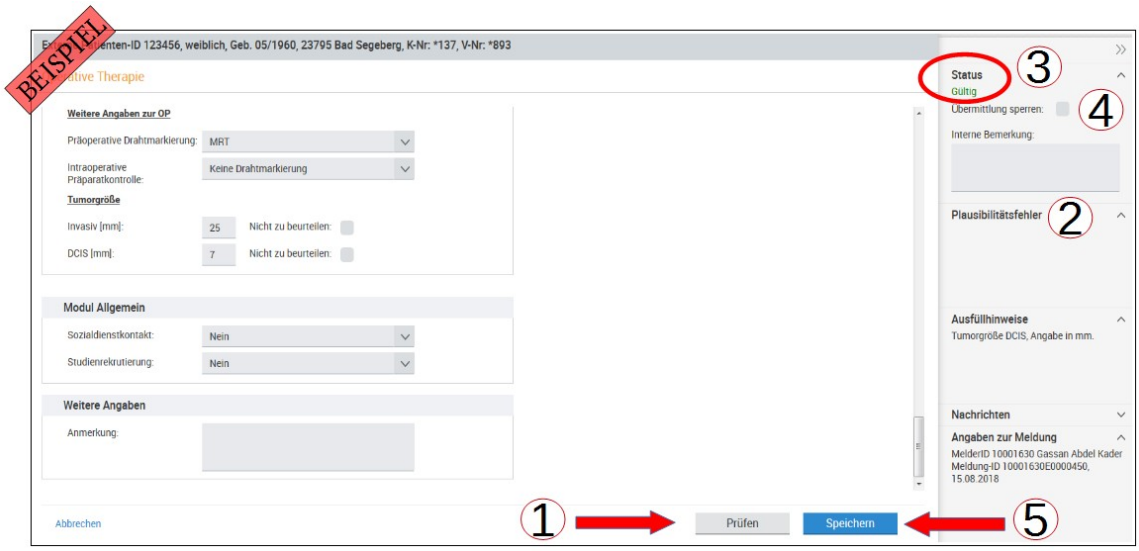
Für Tumore des Colons/Rektosigmoids/Rektums, der Mamma und der Prostata sowie für das maligne Melanom gibt es spezifische Module, die ausschließlich bei diesen Entitäten erscheinen und entsprechend auszufüllen sind.

Weitere Angaben

Sollten Sie zusätzliche Angaben zu Ihrer Meldung machen können/wollen, steht Ihnen noch ein weiteres Freitextfeld zur Verfügung. Achten Sie darauf, dass Sie hier keine Angaben machen, die einen Rückschluss auf die persönlichen Daten des Patienten ermöglichen!

Meldungsabschluss/Plausibilitätsprüfung

Sobald Sie alle erforderlichen Angaben getätigt haben, können Sie mittels Anklicken von „Prüfen“ (1) diese vom System kontrollieren lassen. Eventuell erscheinende Plausibilitätsfehler (2) sollten von Ihnen geprüft und nach Möglichkeit korrigiert werden.



Der Status „gültig“ (3) kann nur erreicht werden, wenn keine dunkelrot angezeigten Fehlermeldungen vorhanden sind.

Sollten die Tumorangaben unvollständig sein (z.B. fehlender Diagnosecode), ist das Feld des Tumoridentifikators in der Tumorzuordnung rot hinterlegt. In diesem Fall sind Angaben aus der dazugehörigen Diagnose/Angaben zum Tumor zu ergänzen. Eine Änderung/Ergänzung ist in der vorliegenden Therapiemeldung nicht möglich. Bitte speichern Sie die Meldung daher zunächst, um dann in der darauf folgenden Tumorhistorie erneut die Angaben zum Tumor auszuwählen. Nun können Sie die Korrekturen entsprechend der angezeigten Plausibilitätsfehler vornehmen. Dieser Vorgang wird wiederum mit „Prüfen“ und „Speichern“ beendet. Daraufhin erscheint erneut die Maske „Meldung erfassen“. Bitte wählen Sie hier den Punkt „Nur speichern (Nur Mindestangaben zum Tumor speichern)“, da die Therapiemeldung bereits angelegt und gespeichert wurde.

Um sicherzustellen, dass nicht vollständig erfasste Meldungen versehentlich an die Vertrauensstelle übermittelt werden, kann ein Haken bei „Übermittlung sperren“(4) gesetzt werden. Nach Anklicken von Speichern (5) wird die Eingabemaske geschlossen.

Die erfasste Meldung ist nun gespeichert, aber noch nicht an das Krebsregister übermittelt (siehe Punkt 3.4).

3.3 Verlaufsmeldung

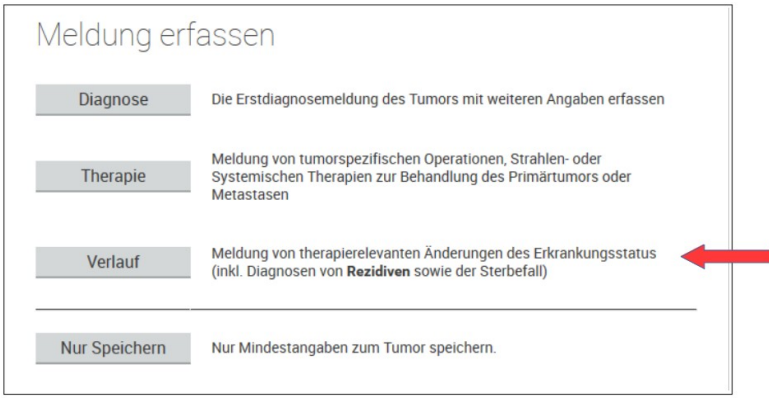
3.3.1 Statusänderung

Änderungen im Krankheitsverlauf, z. B. Rezidive und Metastasen sollen von der Ärztin oder dem Arzt erfolgen, die/der diese Änderung feststellt und die Patientin/den Patienten in einem Gespräch über diesen Befund aufklärt. Sofern sich hieraus der Beginn einer Therapie ergibt, muss diese ebenfalls entsprechend gemeldet werden (siehe Punkt 3.2).

Erfassen der Verlaufsmeldung

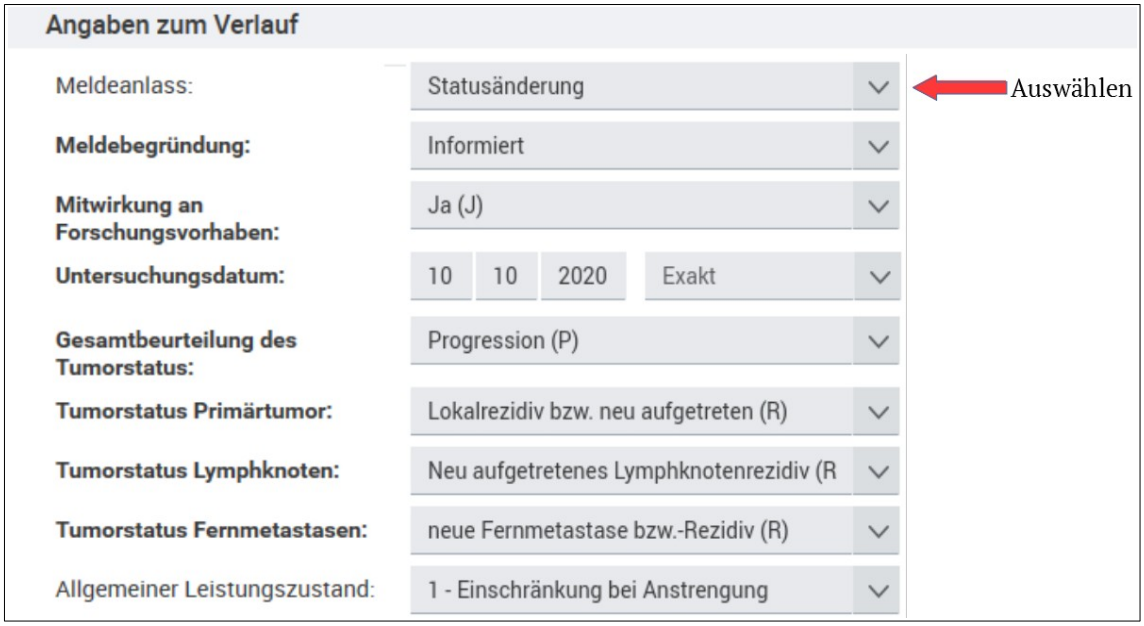
Es gibt 2 Möglichkeiten:

Möglichkeit 1: Nach Eingabe der Mindestangaben (siehe Punkte 2.1 und 2.2) wählen Sie bitte „Prüfen“ und „Speichern“. Es erscheint folgende Maske



Möglichkeit 2: Rufen Sie zunächst die Tumorhistorie auf (siehe Punkt 2.4). Klicken Sie anschließend den Button „Verlauf“ an:

Nun können die weiteren „Angaben zum Verlauf“ erfasst werden:



Änderungen im Krankheitsverlauf werden als Statusänderung definiert und sind entsprechend als Meldeanlass auszuwählen. Der Meldeanlass „Statusmeldung“ ist in Schleswig-Holstein **nicht** vorgesehen und daher nicht auszuwählen.

Im Feld „Untersuchungsdatum“ geben Sie bitte an, wann die Änderung im Krankheitsverlauf festgestellt wurde, sofern dieses Datum **nach dem 25.05.2016** liegt. Dies gilt auch, wenn das **Erstdiagnosedatum des Primärtumors vor** dem 26.05.2016 liegt.

In den folgenden Feldern bzgl. Gesamtbeurteilung und des „Tumorstatus des Primärtumors“, des „Tumorstatus der Lymphknoten“ und des „Tumorstatus der Fernmetastasen“ muss die Zustandsänderung des Tumorstatus gemäß der vorgegebenen Auswahlmöglichkeiten dokumentiert werden.

Fernmetastasen

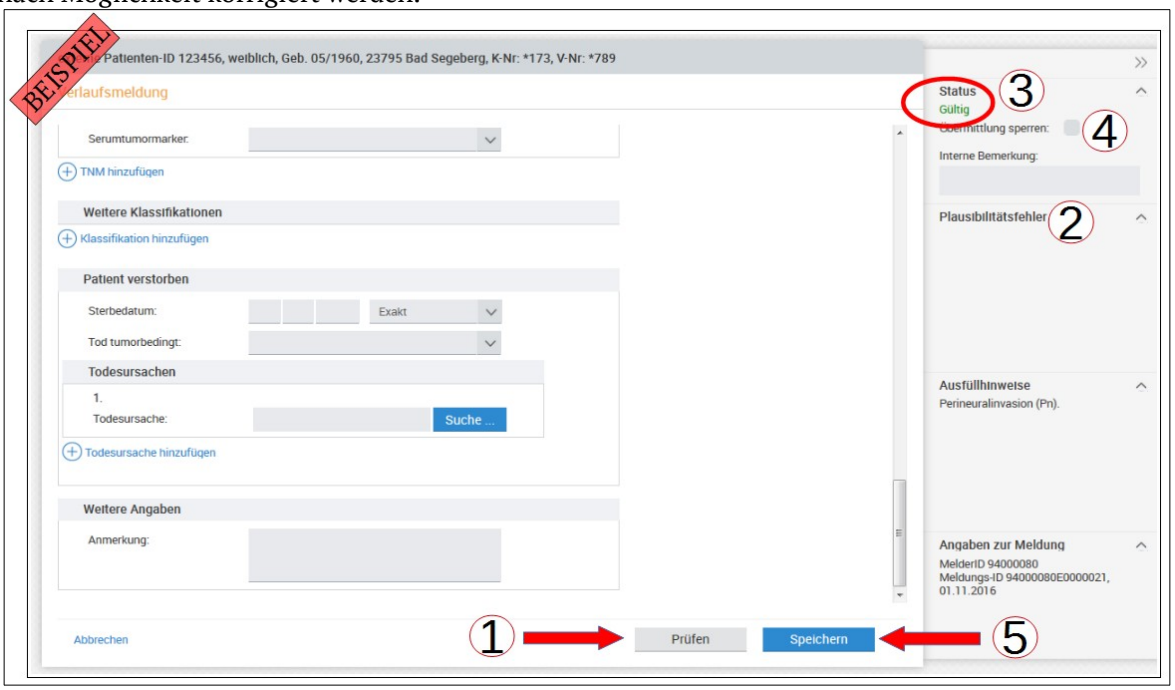
Hier sollen neu aufgetretene oder ggf. vorhandene Fernmetastasen erfasst werden:

Im Folgenden ist sowohl die Lokalisation (auch mehrere auswählbar) als auch zwingend das Datum der Metastase anzugeben.

Sofern Ihnen weitere Informationen z. B. Histologie und/oder TNM-Klassifikation (Erläuterungen finden Sie in Kapitel 8.3) vorliegen, können diese zusätzlich erfasst werden.

Meldungsabschluss/Plausibilitätsprüfung

Sobald Sie alle erforderlichen Angaben getätigt haben, können Sie mittels Anklicken von „Prüfen“ (1) diese vom System kontrollieren lassen. Eventuell erscheinende Plausibilitätsfehler (2) sollten von Ihnen geprüft und nach Möglichkeit korrigiert werden.



Der Status „gültig“ (3) kann nur erreicht werden, wenn keine dunkelrot angezeigten Fehlermeldungen vorhanden sind.

Sollten die Tumorangaben unvollständig sein (z.B. fehlender Diagnosecode), ist das Feld des Tumoridentifikators in der Tumorzuordnung rot hinterlegt. In diesem Fall sind Angaben aus der dazugehörigen Diagnose/Angaben zum Tumor zu ergänzen. Eine Änderung/Ergänzung ist in der vorliegenden Verlaufsmeldung nicht möglich. Bitte speichern Sie die Meldung daher zunächst, um dann in der darauf folgenden Tumorhistorie erneut die Angaben zum Tumor auszuwählen. Nun können Sie die Korrekturen entsprechend der angezeigten Plausibilitätsfehler vornehmen. Dieser Vorgang wird wiederum mit „Prüfen“ und „Speichern“ beendet. Daraufhin erscheint erneut die Maske „Meldung erfassen“. Bitte wählen Sie hier den Punkt „Nur speichern (Nur Mindestangaben zum Tumor speichern)“, da die Therapiemeldung bereits angelegt und gespeichert wurde.

Um sicherzustellen, dass unvollständige Meldungen versehentlich an die Vertrauensstelle übermittelt werden, kann ein Haken bei „Übermittlung sperren“(4) gesetzt werden. Nach Anklicken von Speichern (5) wird die Eingabemaske geschlossen.

Die erfasste Meldung ist nun gespeichert, aber noch nicht an das Krebsregister übermittelt (siehe Punkt 3.4).

3.3.2 Tod des Patienten

Das Versterben eines Patienten mit und/oder anlässlich einer Tumorerkrankung soll von der Ärztin oder dem Arzt gemeldet werden, die/der den Tod des Patienten feststellt.

Erfassen einer Meldung anlässlich des Todes eines Patienten

Es gibt 2 Möglichkeiten

Möglichkeit 1: Nach Eingabe der Mindestangaben (siehe Punkte 2.1 und 2.2) wählen Sie bitte „Prüfen“ und „Speichern“. Es erscheint folgende Maske

Möglichkeit 2: Rufen Sie zunächst die Tumorhistorie auf (siehe Punkt 2.4). Klicken Sie anschließend den Button „Verlauf“ an:

Es öffnet sich das Eingabefeld zur Verlaufsmeldung.

Beim Versterben eines Patienten ist der Meldeanlass „Tod“ zu wählen.

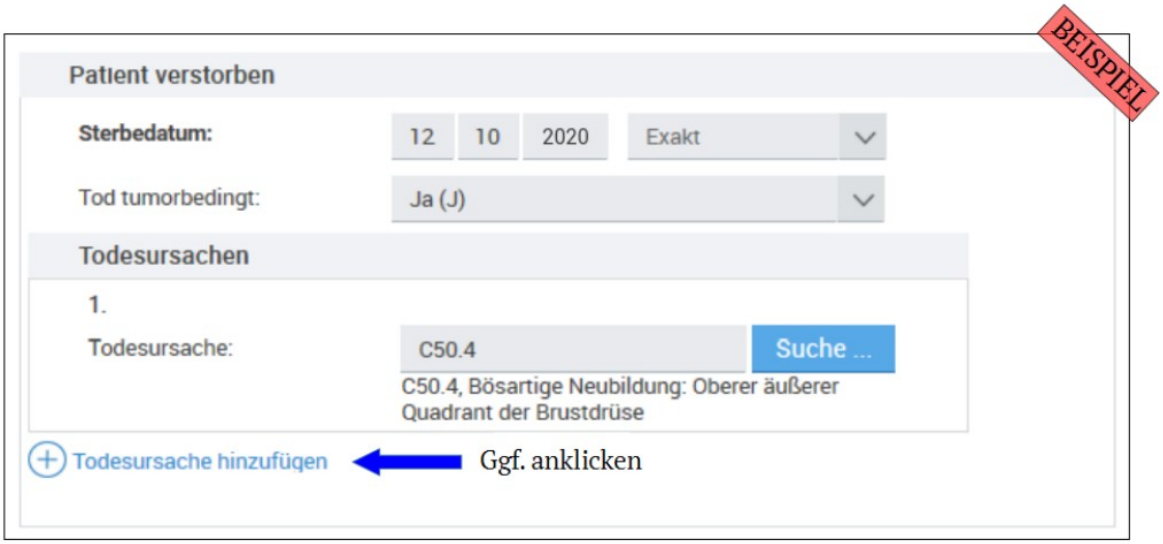
Im Feld „Meldebegründung“ muss ggf. die voreingestellte Angabe „Informiert“ in „Verstorben“ geändert werden, sofern keine andere Meldung zu diesem Patienten von Ihnen abgegeben wurde

Sofern Ihnen, als den Tod des Patienten feststellende Person, keine anders lautende Entscheidung des Patienten vorliegt, tragen Sie im Feld „Mitwirkung an Forschungsvorhaben“ bitte „nicht befragt“ ein.

Die Felder „Untersuchungsdatum“, „Gesamtbeurteilung des Tumorstatus“, „Tumorstatus Primärtumor“, „Tumorstatus Lymphknoten“, „Tumorstatus Fernmetastasen“ und „Allgemeiner Leistungszustand“ brauchen für die Abgabe einer gültigen Todesmeldung nicht ausgefüllt zu werden.

Patient verstorben und Todesursachen

Zwingend erforderlich zur Abgabe einer Meldung anlässlich des Versterbens eines Patienten ist das Ausfüllen der folgenden Eingabemaske:

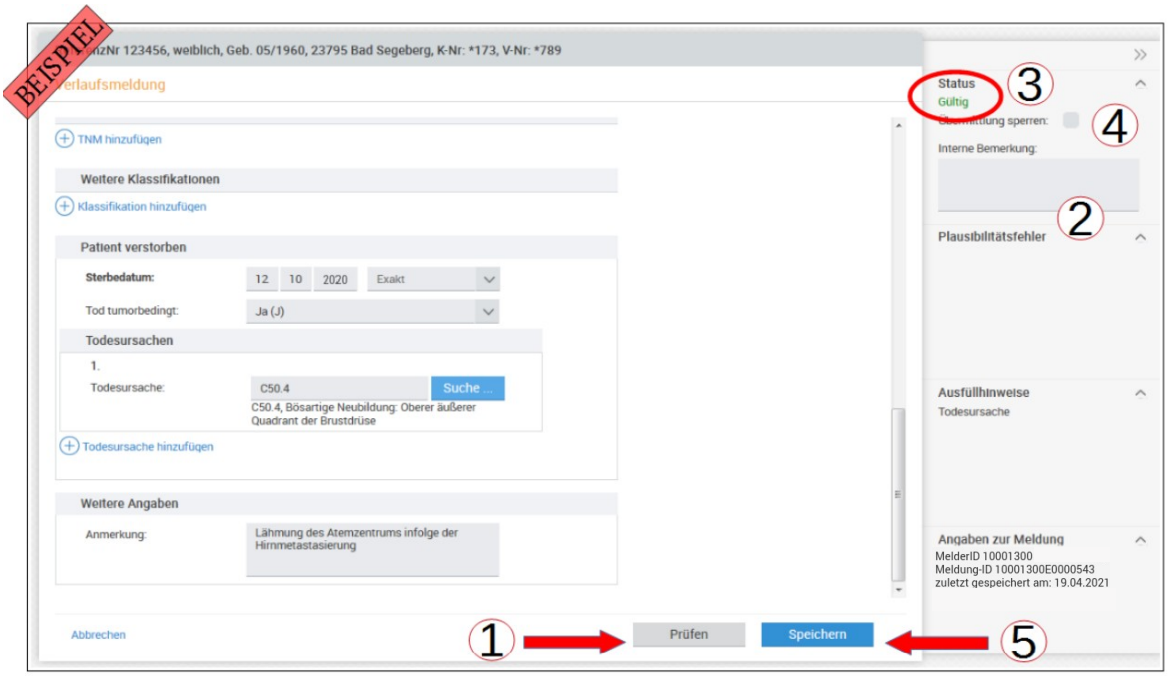


Unter „Sterbedatum“ erfassen Sie das Datum des Todestages des Patienten, sofern dieses **nach dem 25.05.2016** liegt! Dies gilt auch, wenn das **Erstdiagnosedatum des Primärtumors vor** dem 26.05.2016 liegt.

Eine Eingabe mehrerer Todesursachen ist möglich.

Meldungsabschluss/Plausibilitätsprüfung

Sobald Sie alle erforderlichen Angaben getätigt haben, können Sie mittels Anklicken von „Prüfen“ (1) diese vom System kontrollieren lassen. Eventuell erscheinende Plausibilitätsfehler (2) sollten von Ihnen geprüft und nach Möglichkeit korrigiert werden.



Der Status „gültig“ (3) kann nur erreicht werden, wenn keine dunkelrot angezeigten Fehlermeldungen vorhanden sind.

Sollten die Tumorangaben unvollständig sein (z.B. fehlender Diagnosecode), ist das Feld des Tumoridentifikators in der Tumorzuordnung rot hinterlegt. In diesem Fall sind Angaben aus der dazugehörigen Diagnose/Angaben zum Tumor zu ergänzen. Eine Änderung/Ergänzung ist in der vorliegenden Verlaufsmeldung nicht möglich. Bitte speichern Sie die Meldung daher zunächst, um dann in der darauf folgenden Tumorhistorie erneut die Angaben zum Tumor auszuwählen. Nun können Sie die Korrekturen entsprechend der angezeigten Plausibilitätsfehler vornehmen. Dieser Vorgang wird wiederum mit „Prüfen“ und „Speichern“ beendet. Daraufhin erscheint erneut die Maske „Meldung erfassen“. Bitte wählen Sie hier den Punkt „Nur speichern (Nur Mindestangaben zum Tumor speichern)“, da die Therapiemeldung bereits angelegt und gespeichert wurde.

Um sicherzustellen, dass unvollständige Meldungen versehentlich an die Vertrauensstelle übermittelt werden, kann ein Haken bei „Übermittlung sperren“(4) gesetzt werden. Nach Anklicken von Speichern (5) wird die Eingabemaske geschlossen.

Die erfasste Meldung ist nun gespeichert, aber noch nicht an das Krebsregister übermittelt (siehe Punkt 3.4).

3.4 Übermitteln von Meldungen

Meldungen, die vollständig erfasst oder korrigiert wurden und den Status „gültig“ besitzen, können an das Krebsregister übermittelt werden.

Der Vorgang kann von drei unterschiedlichen Stellen aus gestartet werden:

- Menüpunkt „Übersicht“ unter „Meldungen übermitteln“ (Abb. 1)
- Menüpunkt „Meldungen“ unter „Übermittelbare Meldungen“ (Abb. 2)
- Aus der Tumorhistorie heraus (Abb. 3)

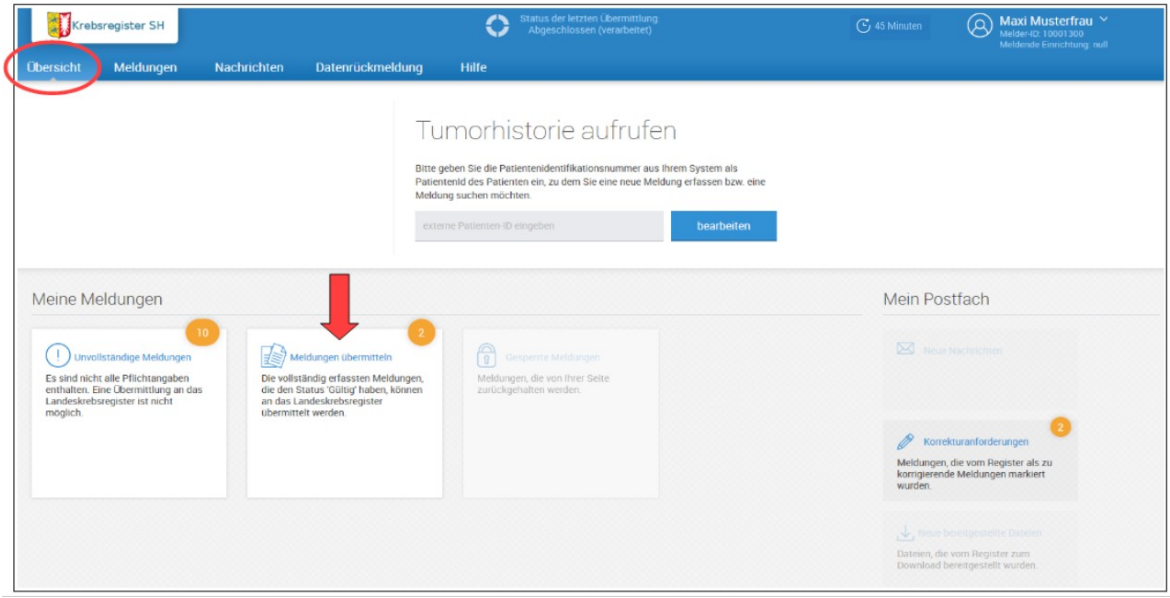
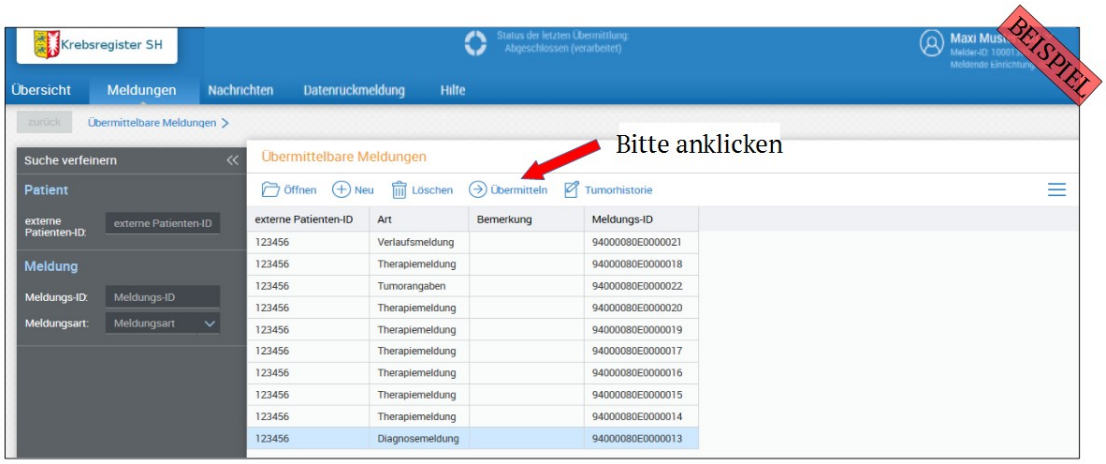


Abb. 1

Der Wert in Klammern gibt die Anzahl der Meldungen wieder.

Abb. 2



Es können sowohl eine als auch mehrere Meldungen in einem Arbeitsschritt übermittelt werden. Wenn Sie keine Meldungen markieren, werden alle Meldungen ausgewählt. Klicken Sie anschließend „Übermitteln“ an.

Wählen Sie die gewünschte Meldung aus und starten Sie nach Beantwortung der Abfrage, ob Sie alle Meldungen, alle gefilterten oder alle selektierten Meldungen übermitteln wollen den Übermittlungsvorgang.

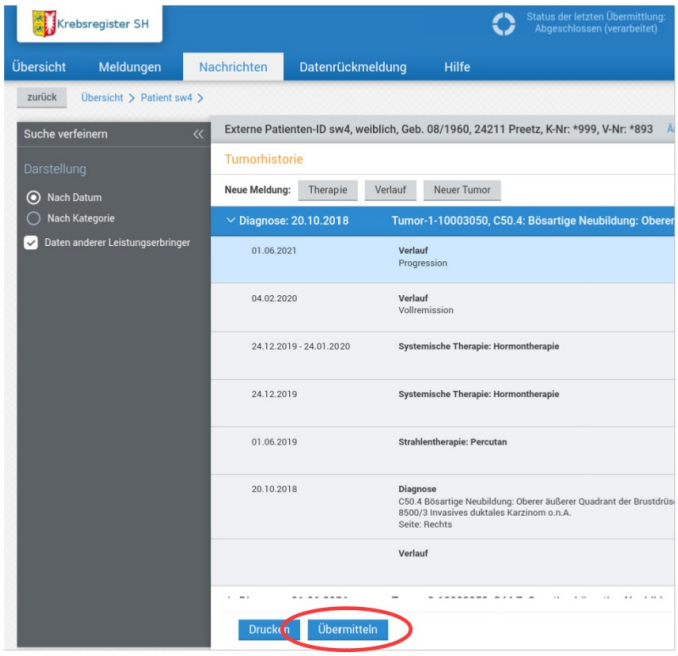
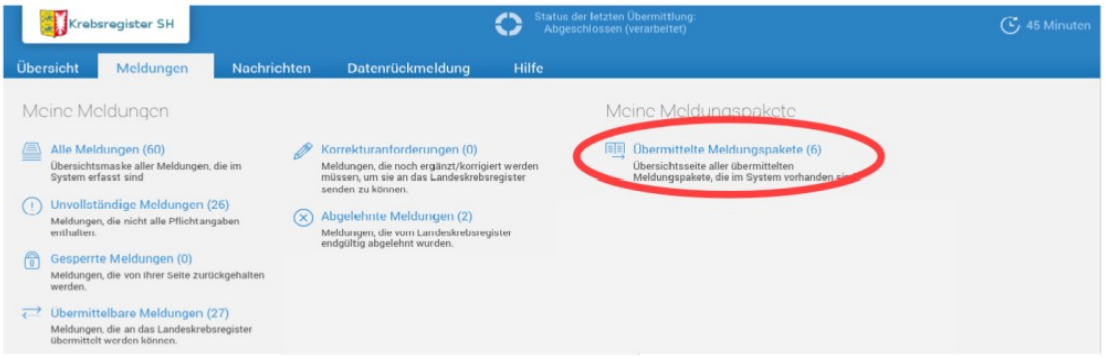


Abb. 3

Bei der Meldungsübermittlung aus der Tumorhistorie heraus werden alle gültigen Meldungen von einem Patienten übermittelt.

Der Status der letzten Übermittlung ist im oberen Teil des Meldeportals ersichtlich:

Alle übermittelten Meldungen können zur Kontrolle unter dem Abschnitt „Übermittelte Meldungspakete“ eingesehen werden. In der Klammer dahinter ist die Anzahl der übermittelten Meldungspakete dargestellt.



3.5 Ändern von Meldungen

An das Krebsregister übermittelte Meldungen werden in der Vertrauensstelle regelmäßig gesichtet und auf Vollständigkeit und mögliche Eingabe- und/oder Plausibilitätsfehler überprüft. Werden hierbei Unstimmigkeiten festgestellt, fordert die Vertrauensstelle eine Korrektur der Meldung an. Diese ist dann zu überarbeiten und erneut an das Krebsregister zu übermitteln. Inhaltliche Änderungen seitens der Vertrauensstelle sind grundsätzlich nicht möglich.

Änderungsanfragen können auf 3 Wegen erfolgen:

- Korrekturanforderungen über das Melderportal (siehe Punkt 3.5.1)
- Nachrichten über das Melderportal (siehe Punkt 4)
- telefonische Rückfragen

Korrekturanforderungen werden ins Melderportal zurückgespiegelt. Bitte prüfen Sie regelmäßig, ob Eingänge (siehe Abb. unten) für Sie vorliegen und versuchen Sie, diese zeitnah zu bearbeiten.

3.5.1 Aufrufen von Meldungen mit Korrekturanforderungen

Menüpunkt „Übersicht“, unter „Mein Postfach“ (Abbildung 1)
oder
Menüpunkt „Meldungen“ unter „Korrekturanforderungen“ (Abbildung 2)

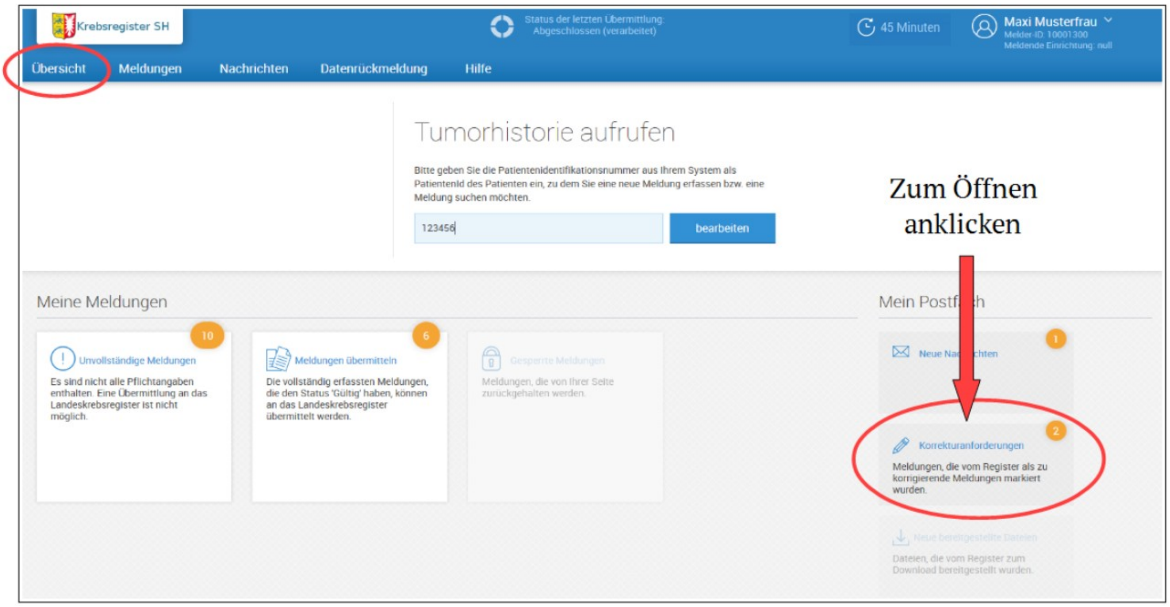


Abbildung 1

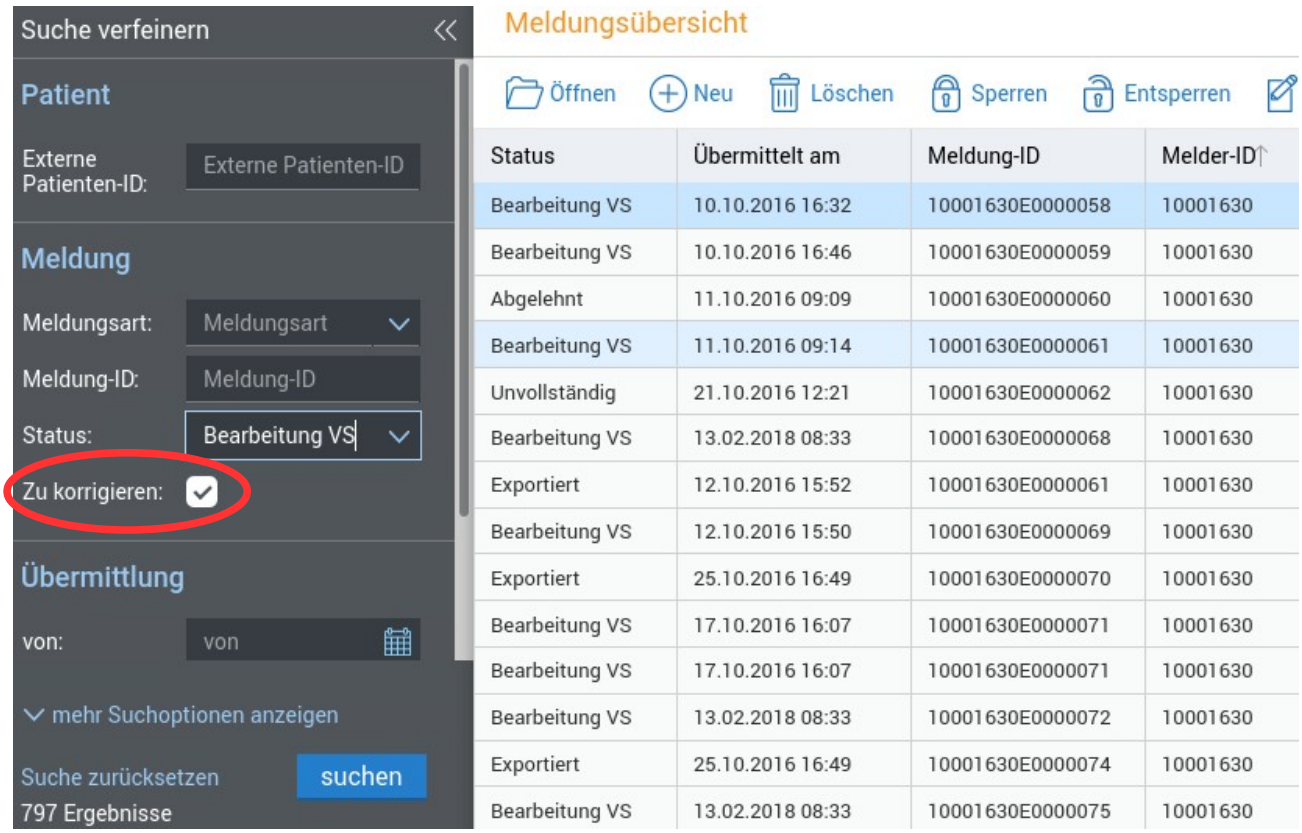
Abbildung 2

3.5.2 Korrekturanforderungsübersicht

In dieser Übersicht werden nun alle von Ihnen zu bearbeitenden Meldungen dargestellt.
In der Spalte „Grund“ ist von der Vertrauensstelle angegeben, welche Daten korrigiert und/oder ergänzt werden müssen. Bei einer erforderlichen Korrektur/Ergänzung (z. B. Versichertendaten) verfahren Sie bitte wie im folgenden Abschnitt „Ändern von Patientendaten“ (3.5.3) beschrieben. Beziehen sich die Anfragen nur auf die klinischen Daten und **nicht** auf die persönlichen Angaben des Patienten, verfahren Sie bitte wie unter Abschnitt „Ändern von klinischen Daten“ (Punkt 3.5.4) beschrieben.

Externe Patienten-ID	Art	Übermittelt am	Abgelehnt am	A...	Fehler	Warnungen	Grund
104977	Verlaufsmeldung	13.08.2016 20:...	30.08.2016 11:...	VS	Mitwirkung an Forschung...		
MW20180309	Tumorangaben	28.05.2019 12:...	02.07.2019 13:...	VS	IK-Nummer nicht gesetzt		bitte korrigieren Sie ...
TestAblehnung	Diagnosemeldung	18.05.2017 12:...	18.05.2017 12:...	VS			Bitte ergänzen Sie ...
BSC20	Verlaufsmeldung	21.03.2017 11:...	21.03.2017 11:...	VS			V2
CHE1	Therapiemeldung	21.03.2017 11:...	21.03.2017 11:...	VS	IK-Nummer nicht gesetzt	Versichertennummer nicht...	Bitte ergänzen Sie d...

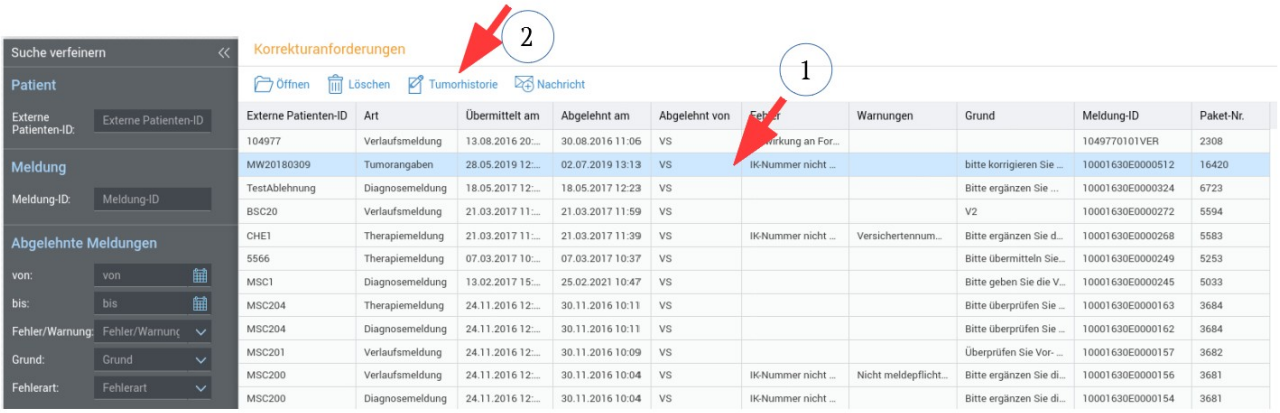
Alternativ haben Sie in der Meldungsübersicht (erreichbar über „Meldungen“- „Alle Meldungen“) die Möglichkeit durch Setzen eines Hakens bei „zu korrigieren“ (s. Abb. unten) eine Filterung der Meldungen vorzunehmen, zu denen eine Korrekturanforderung der Vertrauensstelle vorliegt.



Status	Übermittelt am	Meldung-ID	Melder-ID
Bearbeitung VS	10.10.2016 16:32	10001630E0000058	10001630
Bearbeitung VS	10.10.2016 16:46	10001630E0000059	10001630
Abgelehnt	11.10.2016 09:09	10001630E0000060	10001630
Bearbeitung VS	11.10.2016 09:14	10001630E0000061	10001630
Unvollständig	21.10.2016 12:21	10001630E0000062	10001630
Bearbeitung VS	13.02.2018 08:33	10001630E0000068	10001630
Exportiert	12.10.2016 15:52	10001630E0000061	10001630
Bearbeitung VS	12.10.2016 15:50	10001630E0000069	10001630
Exportiert	25.10.2016 16:49	10001630E0000070	10001630
Bearbeitung VS	17.10.2016 16:07	10001630E0000071	10001630
Bearbeitung VS	17.10.2016 16:07	10001630E0000071	10001630
Bearbeitung VS	13.02.2018 08:33	10001630E0000072	10001630
Exportiert	25.10.2016 16:49	10001630E0000074	10001630
Bearbeitung VS	13.02.2018 08:33	10001630E0000075	10001630

3.5.3 Ändern von Patientendaten

Wählen Sie die zu bearbeitende Meldung aus (1) und öffnen Sie die dazugehörige Tumorhistorie (2).

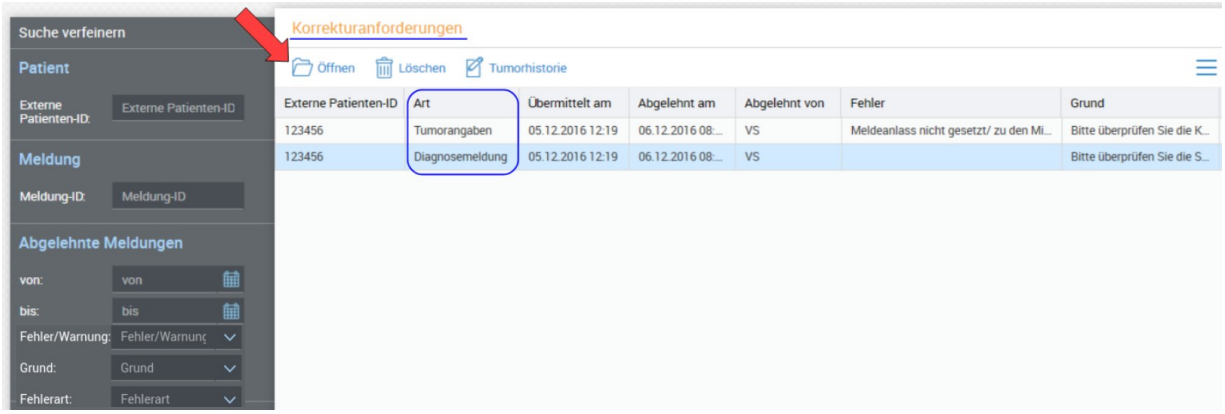


Die Patientendaten liegen aus sicherheitstechnischen Gründen nur noch verschlüsselt vor. Um die Daten ergänzen und/oder korrigieren zu können, klicken Sie bitte im Bereich „Externe Patienten-ID“ auf das in blauer Schrift dargestellte „ändern“:

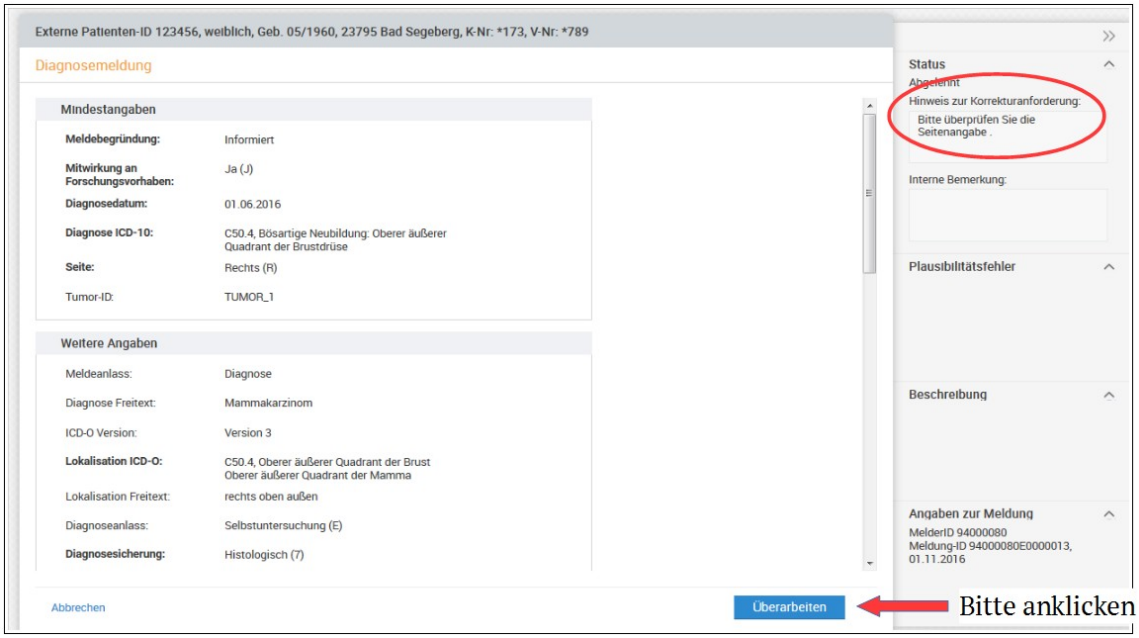
Nach Bestätigung des Sicherheitshinweises können die Patientendaten erneut erfasst werden. Ausgefüllt sind nur die Felder der unverschlüsselt abgespeicherten Daten. Geben Sie hier nun bitte **alle** Patientendaten erneut ein.
Bitte beachten Sie: Es ist zwingend notwendig, anschließend einen entsprechenden Korrekturvermerk in das Anmerkungsfeld im tumorbezogenen Teil einer Meldung (Diagnose-, Therapie,- oder Verlaufsmeldung) vorzunehmen, damit die Korrekturen übermittelt (siehe Punkt 3.4) werden können. Dabei dürfen keine personenidentifizierenden Angaben verwendet werden.

3.5.4 Ändern von klinischen Daten

Öffnen Sie die zu bearbeitende Meldung.



Beim Aufrufen einer Meldung, die zuvor bereits an das Krebsregister übermittelt wurde, werden nur die bislang eingegebenen Daten dargestellt, nicht befüllte Felder sind ausgeblendet. Damit Angaben korrigiert und/oder ergänzt werden können, müssen Sie zunächst mit Hilfe des blauen Buttons „Überarbeiten“ am unteren rechten Rand der Meldung wieder in den Eingabemodus wechseln. Sollte der Button nicht vorhanden sein, verfahren Sie wie im Punkt 3.5.6 „Versionsänderung“ beschrieben.
Auf der rechten oberen Seite der Meldung sehen Sie nochmals den Hinweis zur Korrekturanforderung.



Sie können nun Daten neu eintragen, ergänzen und/oder Korrekturen vornehmen.

> **!** Korrekturen aus dem Bereich der Mindestangaben (z. B. Erstdiagnosedatum) können ausschließlich in „Tumorangaben“ oder „Diagnosemeldungen“ (siehe Abb. „Korrekturanforderungen“ auf der vorhergehenden Seite) durchgeführt werden.

Die überarbeitete Meldung wurde aus der Liste der Korrekturanforderungen entfernt, aber noch nicht an das Krebsregister übermittelt. Sie ist im Bereich „Übermittelbare Meldungen“ in der Meldungsübersicht aufrufbar. Von hier aus oder aus der Tumorhistorie heraus muss sie in einem separaten Vorgang – ggf. zusammen mit weiteren Meldungen – an die Vertrauensstelle des Krebsregisters übermittelt werden (siehe Punkt 3.4 „Übermittlung von Meldungen“).

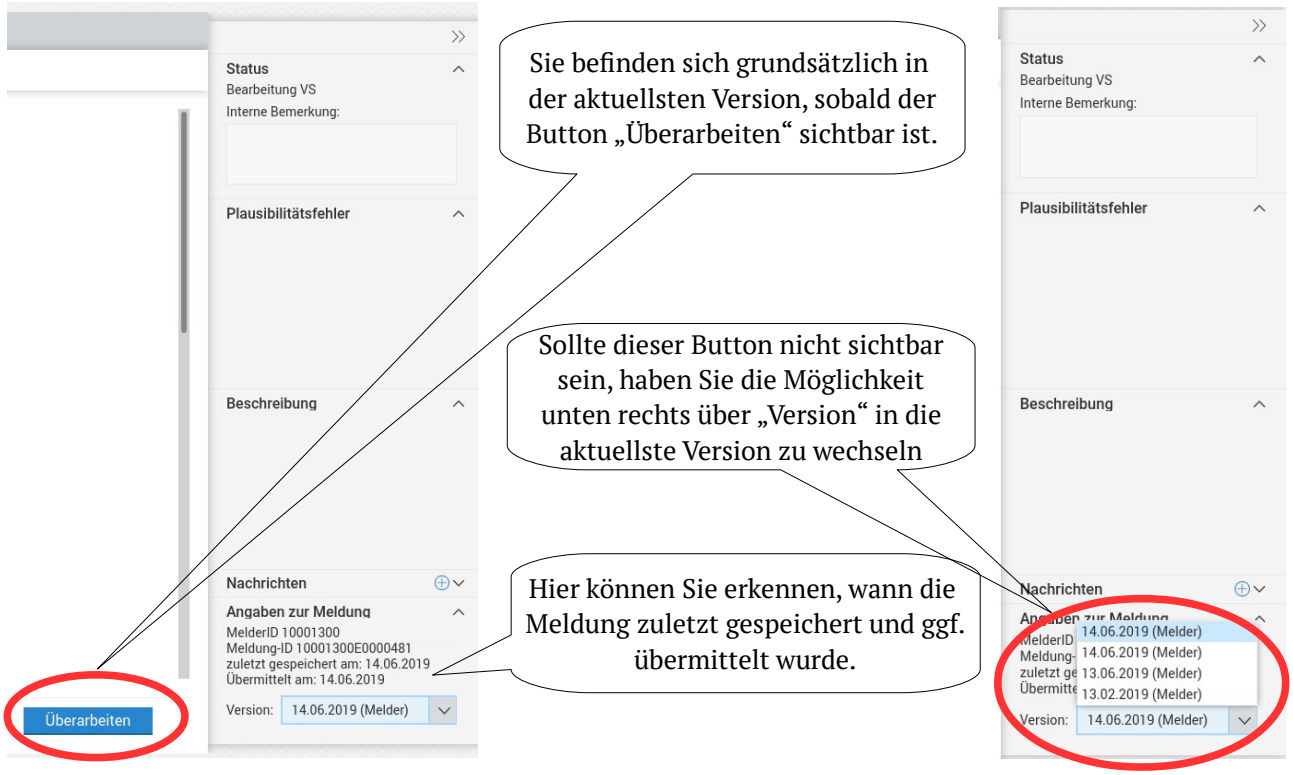
3.5.5 Aufrufen von übermittelten Meldungen ohne Korrekturanforderung

Möchten Sie bei bereits übermittelten Meldungen aufgrund einer telefonischen Nachfrage oder einer Nachricht (siehe Punkt 4.2) Angaben korrigieren und/oder ergänzen (z. B. ein Geburtsdatum ändern oder Informationen zu dem Tumor nachtragen), öffnen Sie diese entweder

- über „Tumorhistorie aufrufen“ **oder**
- unter „Alle Meldungen“ im Reiter „Meldungen“

Verfahren Sie anschließend wie oben beschrieben, je nachdem ob Patienten- oder Tumordaten bearbeitet werden sollen.

3.5.6 Versionsänderung



Wechseln Sie in die aktuellste Meldungsversion und nehmen die gewünschten Korrekturen vor, wie unter Abschnitt 3.5.4 „Ändern von klinischen Daten“ beschrieben. Die überarbeitete Meldung muss anschließend in einem separaten Vorgang an die Vertrauensstelle des Krebsregisters übermittelt werden (Kapitel 3.4.).

Beziehen sich die vorgenommenen Änderungen auf die Mindestangaben/Angaben zum Tumor (z.B. Diagnosecode), werden die dazugehörigen Therapie- und/oder Verlaufsmeldungen automatisch angepasst. Auch diese Meldungen müssen dann in einem separaten Vorgang übermittelt werden.

3.6 Löschen von Meldungen - Löschanfragen

Fälschlicherweise im Melderportal erfasste Meldungen können dort auch wieder gelöscht werden.

Beim endgültigen Löschen werden alle Angaben entfernt, sowohl die Angaben zum Patienten, als auch die Angaben zum Tumor. Ein Wiederherstellen einer gelöschten Meldung ist nicht mehr möglich.

3.6.1 Gründe für das Löschen von Meldungen

Das Überarbeiten/Korrigieren von Meldungen ist **jederzeit** möglich, daher sollte prioritär auf diesem Wege versucht werden, Unstimmigkeiten in einer Meldung zu korrigieren.

Löschanfragen sollten beispielsweise nur dann gestellt werden, wenn für die entsprechende Meldung kein Meldeanlass vorlag (z. B. Diagnose hat sich nicht bestätigt) oder die Meldung doppelt angelegt und übermittelt wurde.

3.6.2 Verfahren

Für das Löschen von Meldungen gibt es zwei Optionen:

Meldungen, die den Status „unvollständig“ oder „gültig“ haben, wurden noch nicht an die Vertrauensstelle übermittelt. Diese Meldungen können zu jedem Zeitpunkt vom Melder gelöscht werden.

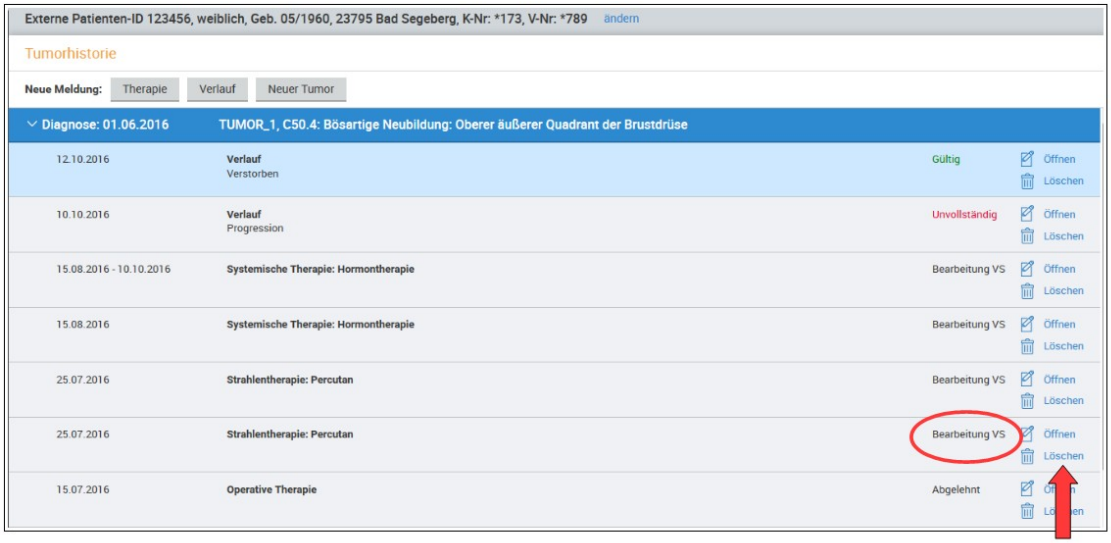
Meldungen, die bereits an die Vertrauensstelle des Krebsregisters übermittelt und / oder von dort bereits an die Registerstelle des Krebsregisters weitergeleitet wurden, können vom Melder nicht selbst gelöscht werden. Diese Meldungen befinden sich im Status „Bearbeitung VS“, „Bearbeitung RS“, „Abgelehnt“ oder „Abgeschlossen“. Für diese Meldungen kann eine Löschanfrage gestellt werden.

Das Löschen von Meldungen sowie das Stellen von Löschanfragen kann sowohl über die Tumorhistorie als auch über die Meldungsübersicht erfolgen.

3.6.2.1 Aufruf über die Tumorhistorie

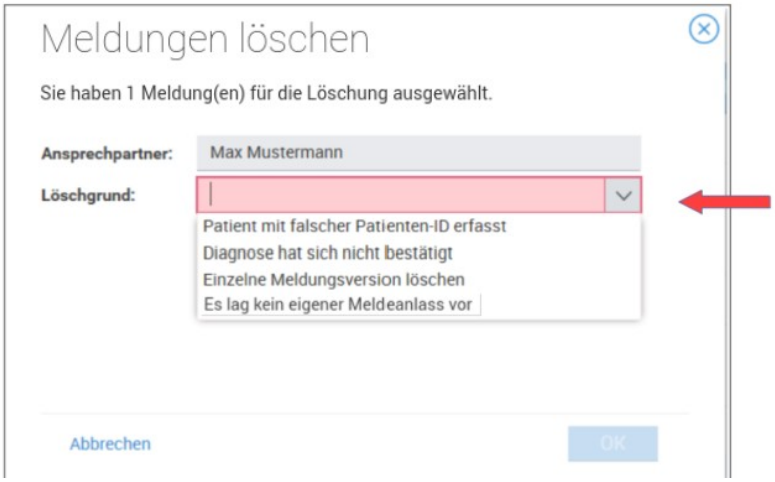
Wenn Sie für *einzelne* Meldungen zu einem bestimmten Patienten eine Löschanfrage stellen möchten, können Sie diese über die Tumorhistorie aufrufen.

Hier sehen Sie alle Meldungen zu dem ausgewählten Patienten:



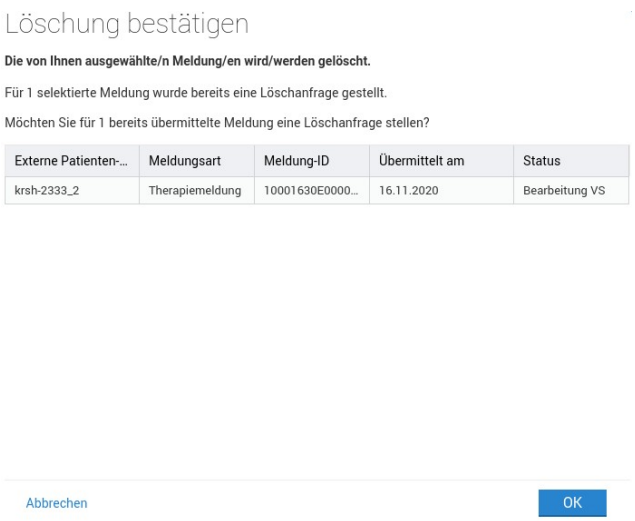
Wählen Sie den gewünschten Datensatz aus und klicken Sie auf „Löschen“.

Nun ist der Grund der Meldungslöschung anzugeben. Wählen Sie dazu in der nächsten Maske eine passende Vorgabe aus.



Sollten Sie eine Löschanfrage für eine Diagnosemeldung stellen, zu der Sie ggf. bereits eine Therapie- und/oder Verlaufsmeldung angelegt haben, bezieht sich diese Löschanfrage auch auf die dazugehörigen Therapie- und/oder Verlaufsmeldungen.

Der Löschgrund „Einzelne Meldungsversion löschen“ bezieht sich nur auf die ausgewählte Meldung.



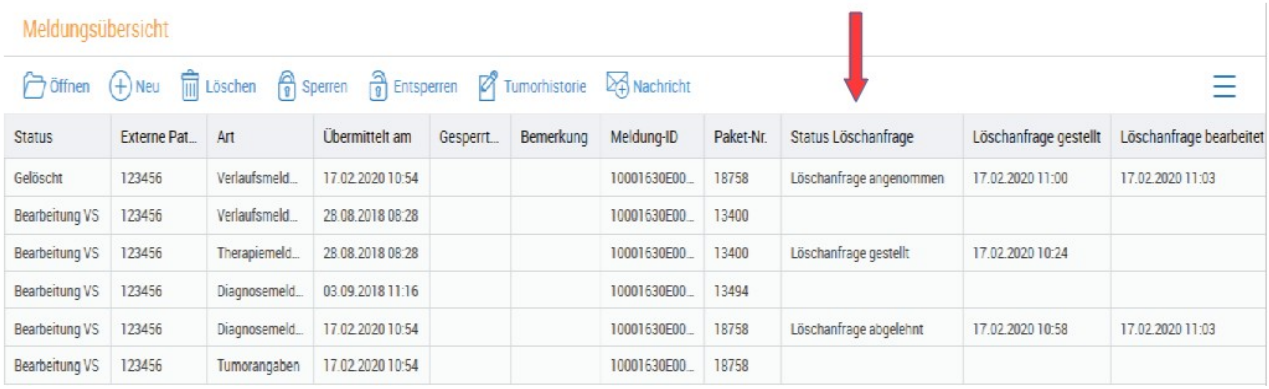
Nachdem Sie die endgültige Löschung bestätigt haben, wird die Anfrage automatisch an die Vertrauensstelle übermittelt und kann dort bearbeitet werden.

3.6.2.2 Aufruf über die Meldungsübersicht

Um in die Meldungsübersicht zu gelangen, wählen Sie den Menüpunkt „Alle Meldungen“ unter dem Reiter „Meldungen“. Hier können sowohl einzelne als auch mehrere Meldungen in einem Arbeitsgang gelöscht werden.

Zudem können auch Meldungen, die einen *unterschiedlichen Status* haben, zum Löschen selektiert werden. Für Meldungen, die bereits an die Vertrauensstelle des Krebsregisters übermittelt und / oder von dort bereits an die Registerstelle des Krebsregisters weitergeleitet wurden, wird dann eine Löschanfrage erstellt, die noch nicht übermittelten Meldungen werden sofort gelöscht.

Der jeweilige Bearbeitungsstand wird in der Spalte „Status Löschanfrage“ angezeigt. Die Spalte „Status Löschanfrage“ kann in der Meldungsübersicht ergänzt werden (Punkt 1.2 bei „Anpassen einer Spaltendarstellung“).



Status	Externe Pat...	Art	Übermittelt am	Gesperrt...	Bemerkung	Meldung-ID	Paket-Nr.	Status Löschanfrage	Löschanfrage gestellt	Löschanfrage bearbeitet
Gelöscht	123456	Verlaufsmeld...	17.02.2020 10:54			10001630E00...	18758	Löschanfrage angenommen	17.02.2020 11:00	17.02.2020 11:03
Bearbeitung VS	123456	Verlaufsmeld...	28.08.2018 08:28			10001630E00...	13400			
Bearbeitung VS	123456	Therapiemeld...	28.08.2018 08:28			10001630E00...	13400	Löschanfrage gestellt	17.02.2020 10:24	
Bearbeitung VS	123456	Diagnosemeld...	03.09.2018 11:16			10001630E00...	13494			
Bearbeitung VS	123456	Diagnosemeld...	17.02.2020 10:54			10001630E00...	18758	Löschanfrage abgelehnt	17.02.2020 10:58	17.02.2020 11:03
Bearbeitung VS	123456	Tumorangaben	17.02.2020 10:54			10001630E00...	18758			

Die Vertrauensstelle ist berechtigt, eine Löschanfrage abzulehnen.

4. Kommunikation mittels Nachrichten

Zwischen der Vertrauensstelle des Krebsregisters und den Meldestellen ist ein Nachrichtenaustausch über das Melderportal möglich. Dieser gleicht in Aufbau und Funktion einem herkömmlichen E-Mail-Programm, es können z. B. weitergehende Erläuterungen bzgl. Meldungsbearbeitung o. ä. ausgetauscht werden. Personenbezogene Daten dürfen auf diesem Wege aus Datenschutzgründen jedoch NICHT kommuniziert werden!

4.1 Sinn und Zweck von Nachrichten

Ziel des Nachrichtensystems ist es, eine unmittelbare Kommunikation zwischen Melder und Vertrauensstelle des Krebsregisters zu ermöglichen, mit der auf direktem und schnellem Wege Fragen zu abgegebenen Meldungen geklärt werden können, um das Erreichen und Sichern einer gleichbleibenden Qualität der Meldungen zu gewährleisten.

Im Gegensatz zu einer Korrekturanforderung (siehe Punkt 3.5.2), auf die eine Änderung und/oder Ergänzung einer Meldung zu erfolgen hat, können mittels Nachrichten auch inhaltliche Angaben durch den Melder bestätigt werden.

Bitte prüfen Sie regelmäßig, ob Nachrichten an Sie vorliegen und versuchen Sie, diese zeitnah zu bearbeiten.

Ebenso können Sie als Melder auf diesem Wege meldungsbezogene oder allgemeine Nachrichten an das Krebsregister erstellen und/oder auf empfangene Nachrichten antworten.

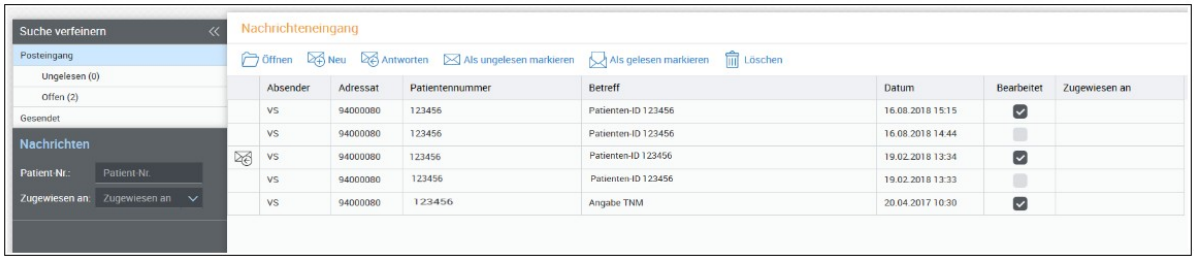
4.2 Aufrufen von Nachrichten

Wenn Nachrichten für Sie vorliegen, können Sie diese entweder

- über den Reiter „Nachrichten“ (Punkt 1.1) oder
- über den Reiter „Übersicht“, Abschnitt „Mein Postfach“ aufrufen. Die Zahl in Klammern gibt an, wie viele Nachrichten derzeit für Sie vorliegen.

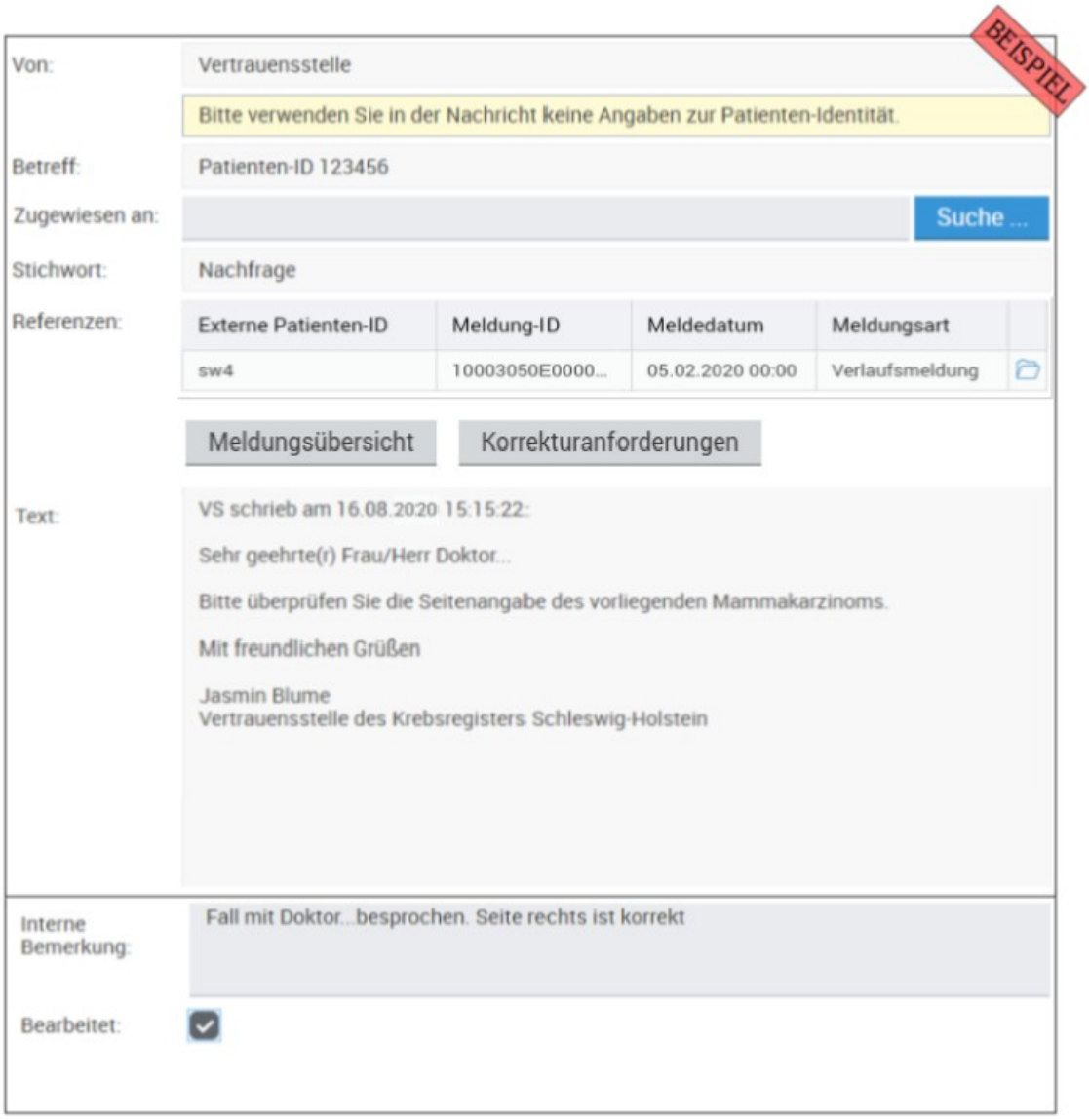
4.3 Nachrichtenübersicht

Unabhängig davon, welchen Weg Sie gewählt haben, gelangen Sie in den Nachrichteneingang.



Die jüngsten Nachrichten befinden sich oben, ungelesene Nachrichten sind „fett“dargestellt.
Mit Hilfe der Einstellmöglichkeiten unter „Suche verfeinern“ am linken Rand, können Nachrichten bei Bedarf nach verschiedenen Kriterien (z. B. Pat.-ID) gesucht werden.

4.4 Aufbau des Nachrichtenfensters

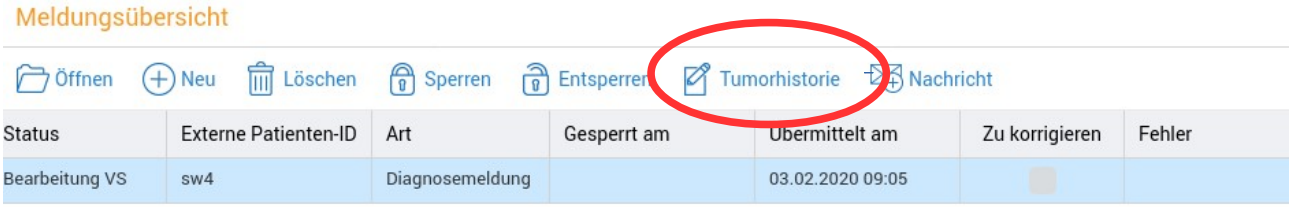


Zu den bekannten Funktionen eines E-Mail-Aufbaus findet sich gleich unter dem „Betreff“ der Nachricht eine Zeile, mittels derer innerhalb der Meldestelle ein Bearbeiter für diese Nachricht zugewiesen werden kann. Durch Anwählen der „Suche“ Funktion öffnet sich ein Auswahlfenster, in welchem alle für diese Meldestelle eingetragen Benutzer mit ihren E-Mail-Adressen aufgelistet sind.

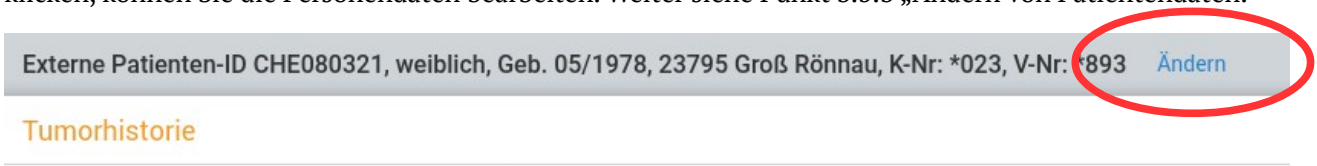
In die Zeile „Stichwort“ kann optional eine Umschreibung/Ergänzung des Betreffs eingetragen werden.

4.4.1 Schaltfläche Meldungsübersicht

Wollen Sie die zur Nachricht dazugehörige Meldung korrigieren, klicken Sie bitte auf Meldungsübersicht. Wollen Sie Personendaten ändern, klicken Sie nur einmal auf die Meldung, so dass sie blau unterlegt ist. Dann klicken Sie bitte auf „Tumorhistorie“.



Wenn Sie jetzt über dem Wort Tumorhistorie am rechten Ende des grauen Balkens auf das Wort „Ändern“ klicken, können Sie die Personendaten bearbeiten. Weiter siehe Punkt 3.5.3 „Ändern von Patientendaten.“



4.4.2 Schaltfläche Korrekturanforderungen

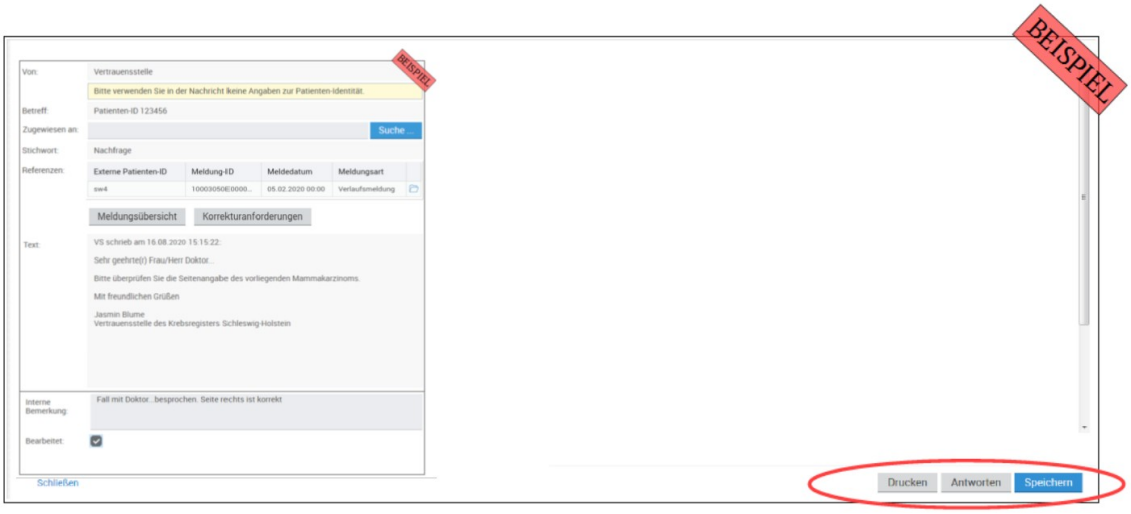
Sollte Sie zusätzlich zur Nachricht eine Korrekturanforderung bekommen haben, gelangen Sie mit einem Klick auf die Schaltfläche Korrekturanforderungen und einem Klick auf Meldung direkt in den Bearbeitungsmodus der Meldung und Sie können meldungsbezogene Inhalte überarbeiten (siehe Punkt 3.5.4 „Ändern von klinischen Daten“).

Bezieht sich die Nachricht auf eine bestimmte Meldung, so wird diese in der Referenzzeile benannt. Mittels eines Klicks auf das blaue Ordnersymbol am rechten Rand der Referenzzeile kann direkt in die aufgeführte Meldung gewechselt werden und Sie können meldungsbezogene Inhalte überarbeiten (siehe Punkt 3.5.4 „Ändern von klinischen Daten“).

Unter dem Text der Nachricht gibt es ein weiteres Feld, in dem Sie Eintragungen zu der Nachricht vornehmen können. Diese Eintragungen sind nur für Sie als Melder sichtbar und dienen der internen Bearbeitung.

Darunter findet sich ein Auswahlkästchen, in das ein Haken gesetzt werden kann, um den Abschluss der Bearbeitung der Nachricht zu dokumentieren.

Am unteren rechten Rand des Nachrichtenfensters sind weitere Schaltflächen zum Bearbeiten der Nachricht zu finden:



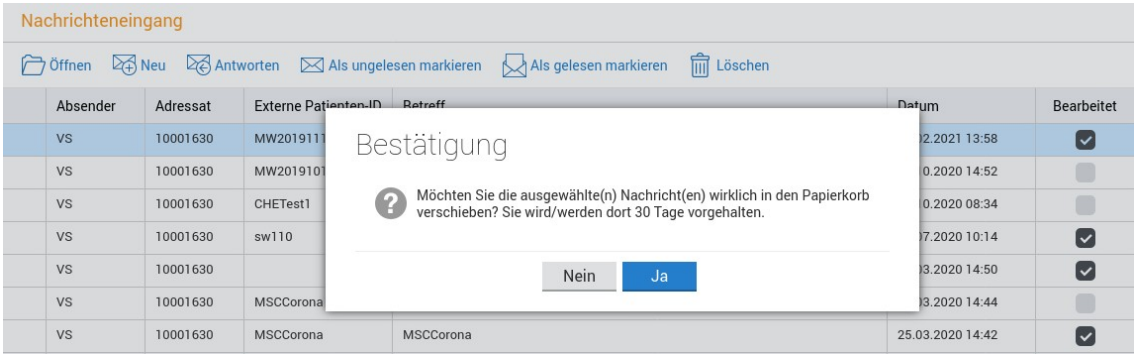
- **Drucken**
  Durch Auswählen dieser Funktion kann die geöffnete Nachricht in ein PDF-Dokument umgewandelt werden. Dieses Dokument kann entweder mittels eines auf Ihrem PC installierten PDF-Reader-Programmes direkt geöffnet oder abgespeichert werden.

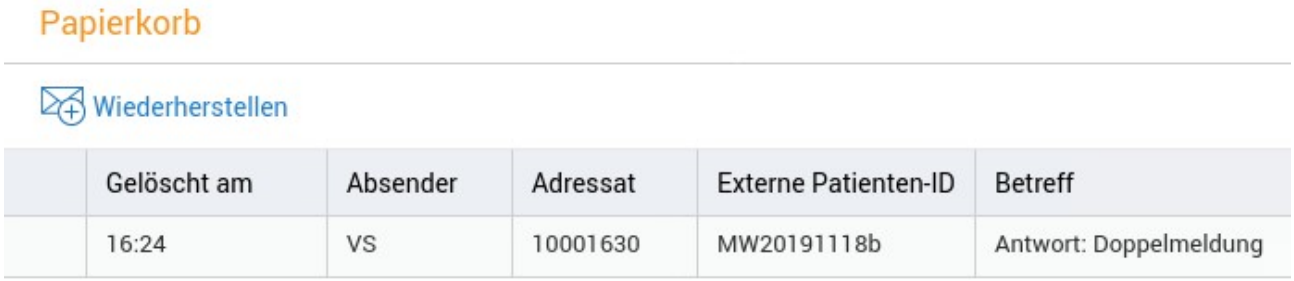
- **Antworten**
  Mittels Anwählen dieser Schaltfläche können Sie direkt auf die ausgewählte Nachricht antworten. Ein Antwortfenster öffnet sich und Sie können Ihren Antworttext eingeben.

- **Speichern**
  Das Anwählen dieser Schaltfläche speichert alle Änderungen, die Sie in der Nachricht vorgenommen haben, z. B. einen zugewiesenen Bearbeiter, einen Eintrag im Feld „Interne Anmerkung“ oder das Setzen des Hakens im Feld „Bearbeitet“. Anschließend wird das Nachrichtenfenster geschlossen und zurück in die Nachrichtenübersicht gewechselt.

4.5 Löschen von Nachrichten

Sie können eine verfasste Nachricht auch wieder löschen (z.B. wenn der Sachverhalt schon geklärt ist). Die gelöschte Nachricht ist dann für 30 Tage einsehbar und kann bei Bedarf wiederhergestellt werden.

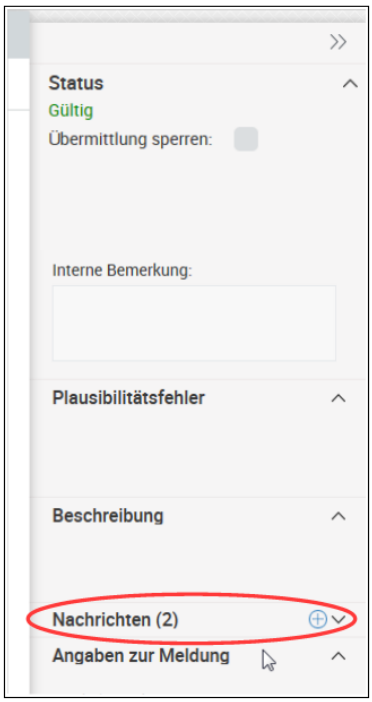




4.6 Wege der Nachrichtenerstellung

Nachrichten können von drei Ausgangspositionen verfasst werden

- über das Menü „Nachrichten“
- aus der Meldungsübersicht (siehe Punkt 1.1)
- aus der geöffneten Meldung



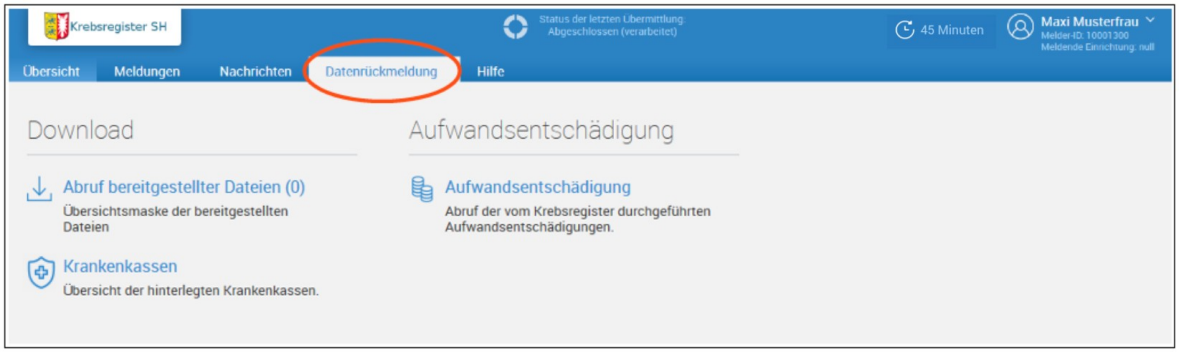
Um eine Nachricht aus einer Meldung heraus zu erstellen, findet sich am rechten Rand der Bezug zu der/den Nachrichten.

Mittels Anklicken des eingekreisten blauen „Plus“-Symbols kann eine neue Nachricht zu dieser Meldung erstellt werden.

Liegen bereits Nachrichten zu dieser Meldung vor, wird die entsprechende Anzahl in der Klammer dahinter angezeigt. Über das Pfeilsymbol kann die Nachricht geöffnet und bearbeitet werden.

5. Datenrückmeldung

Hier finden Sie Informationen, die Ihnen vom Krebsregister zur Verfügung gestellt werden.



5.1 Download

5.1.1 Abruf bereitgestellter Dateien

Hier kann das Krebsregister Ihnen Dateien zur Verfügung stellen, z. B. meldestellenspezifische Auswertungen oder allgemeine Informationen. Auch als Download exportierte Meldungen können Sie hier finden.

5.1.2 Krankenkassen

Es wird eine Übersicht aller aktuell im Melderportal vorhandenen Krankenkassen bereitgestellt. Die Liste wird kontinuierlich aktualisiert.

Krankenkassen

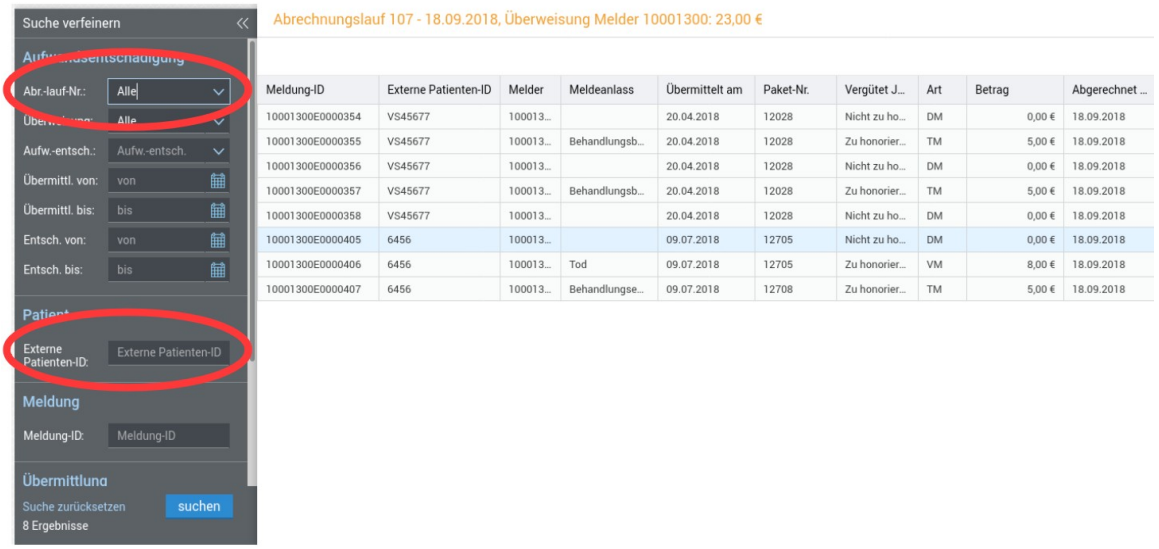
Krankenkassennr.	Krankenkasse	Gesetzlich	Nicht mehr aktuell
102193212	Mobil ISC GmbH	Ja	Nein
102193234	Mobil ISC GmbH	Ja	Nein
103524942	abc BKK	Ja	Nein
107436557	Abrechnungszentrum Emmendingen Eigenbetrieb des BKK LV S	Ja	Nein
104127692	actimonda Krankenkasse	Ja	Nein
104127716	actimonda Krankenkasse WT	Ja	Nein

5.2 Aufwandsentschädigung

In dieser Übersicht sind alle Abrechnungsläufe des Krebsregisters aufgelistet, in die Meldungen Ihrer Meldestelle eingeflossen sind. Hierfür kann auch eine Bescheinigung ausgedruckt werden.
Mittels der Suchfunktion kann die Anzeige der Abrechnungsläufe beschränkt werden. Markieren Sie den oder die gewünschten Abrechnungsläufe und rufen die Druckfunktion auf. Treffen Sie hier keine Auswahl, werden alle angezeigten Abrechnungsläufe ausgedruckt.

Abrechnungslauf-Nr.	Datum	Gesamtbetrag	Anzahl Meldungen	Kontoinhaber	IBAN	Gedruckt am
200	11.06.2020	26,00 €	2	Praxis Beispiel	DE1233456789	
176	07.01.2020	8,00 €	1			16.03.2021 13:39
173	07.01.2020	23,00 €	2			16.03.2021 14:38
155	09.04.2019	0,00 €	2			
107	18.09.2018	80,00 €	7			
90	04.05.2018	18,00 €	1			
87	23.04.2018	18,00 €	1			
22	09.05.2017	0,00 €	2			

Welche Meldungen im Einzelnen pro Abrechnungslauf vergütet wurden, kann mittels „Details Abrechnungslauf“ angezeigt werden. Markieren Sie dazu den oder die gewünschten Abrechnungsläufe und rufen die Detailansicht auf.



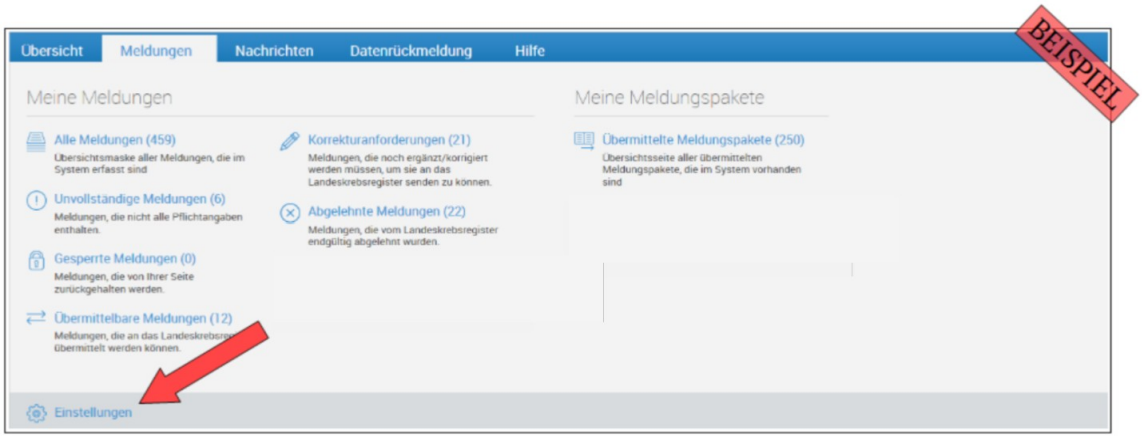
Meldung-ID	Externe Patienten-ID	Melder	Meldeanlass	Übermittelt am	Paket-Nr.	Vergütet J...	Art	Betrag	Abgerechnet ...
10001300E0000354	VS45677	100013...		20.04.2018	12028	Nicht zu ho...	DM	0,00 €	18.09.2018
10001300E0000355	VS45677	100013...	Behandlungsb...	20.04.2018	12028	Zu honorier...	TM	5,00 €	18.09.2018
10001300E0000356	VS45677	100013...		20.04.2018	12028	Nicht zu ho...	DM	0,00 €	18.09.2018
10001300E0000357	VS45677	100013...	Behandlungsb...	20.04.2018	12028	Zu honorier...	TM	5,00 €	18.09.2018
10001300E0000358	VS45677	100013...		20.04.2018	12028	Nicht zu ho...	DM	0,00 €	18.09.2018
10001300E0000405	6456	100013...		09.07.2018	12705	Nicht zu ho...	DM	0,00 €	18.09.2018
10001300E0000406	6456	100013...	Tod	09.07.2018	12705	Zu honorier...	VM	8,00 €	18.09.2018
10001300E0000407	6456	100013...	Behandlungse...	09.07.2018	12708	Zu honorier...	TM	5,00 €	18.09.2018

Wollen Sie alle Abrechungsfälle eines Patientens ermitteln, wählen Sie bei „Abr.-lauf-Nr.:“ „Alle“ aus und tragen Ihre Patientennummer in das Feld „Externe Patienten-ID“ ein. Anschließend starten Sie den Suchlauf.

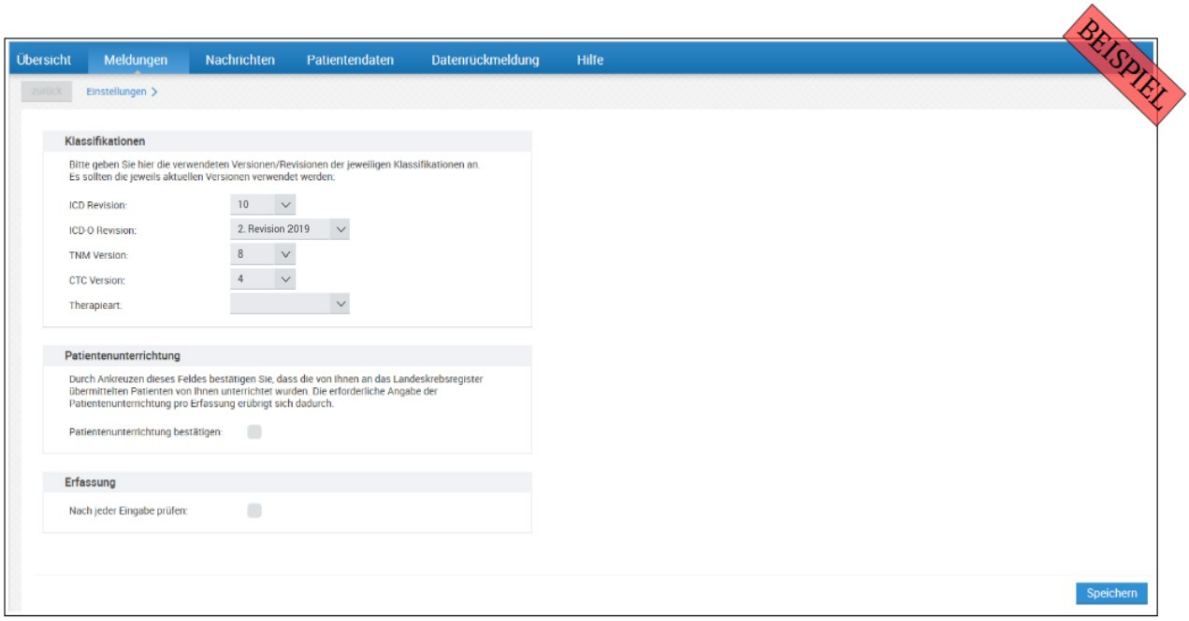
6. Einstellungen

6.1 meldungsbezogene Voreinstellungen

Die Funktion „Einstellungen“ ist unter dem Menü „Meldungen“ aufrufbar.

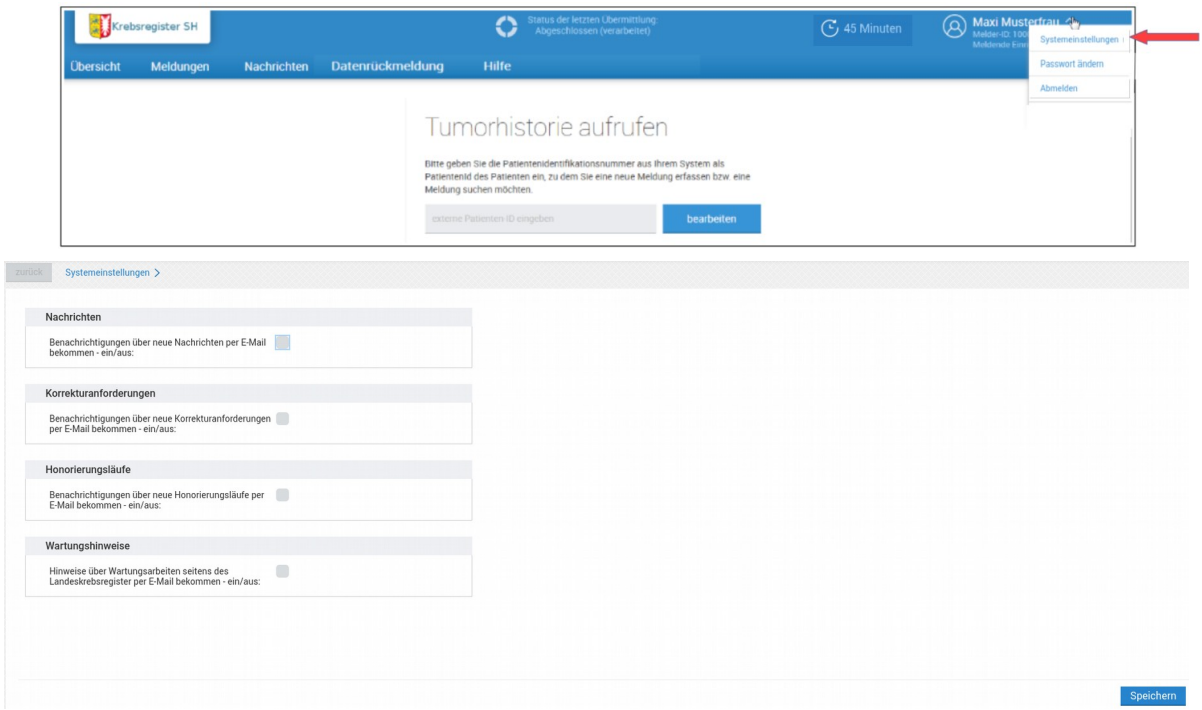


Hier besteht die Möglichkeit einige Voreinstellungen zu definieren, die für die Erfassung von Meldungen gelten.
Beachten Sie dabei bitte, dass diese Einstellungen bei der Erstellung ALLER zukünftigen Meldungen übernommen werden und ggf. im Einzelfall bei Nichtzutreffen in einer Meldung geändert werden müssen!

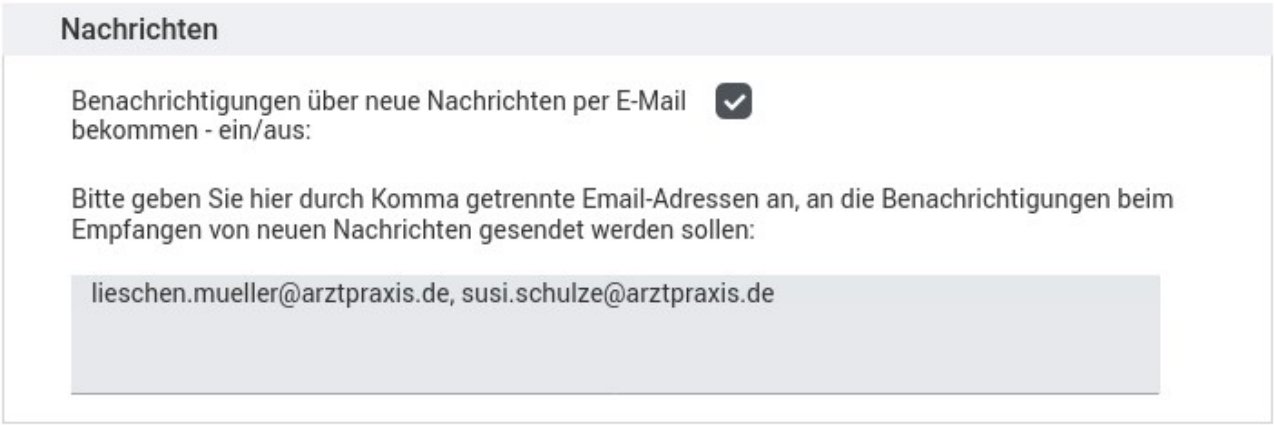


6.2 Systemeinstellungen

Oben rechts neben Ihren Log-in-Daten befindet sich ein Pfeil, über den sich ein kleines Menü aufklappen lässt. Dort befindet sich unter anderem die „Systemeinstellungen“.



Hier können Sie einstellen, dass Sie eine Benachrichtigung per E-Mail erhalten, wenn neue Nachrichten (siehe Punkt 4.2.) oder Korrekturanforderungen seitens der Vertrauensstelle bei Ihnen im Melderportal eingegangen sind. Es können sowohl eine als auch mehrere E-Mail-Adressen hinterlegt werden.



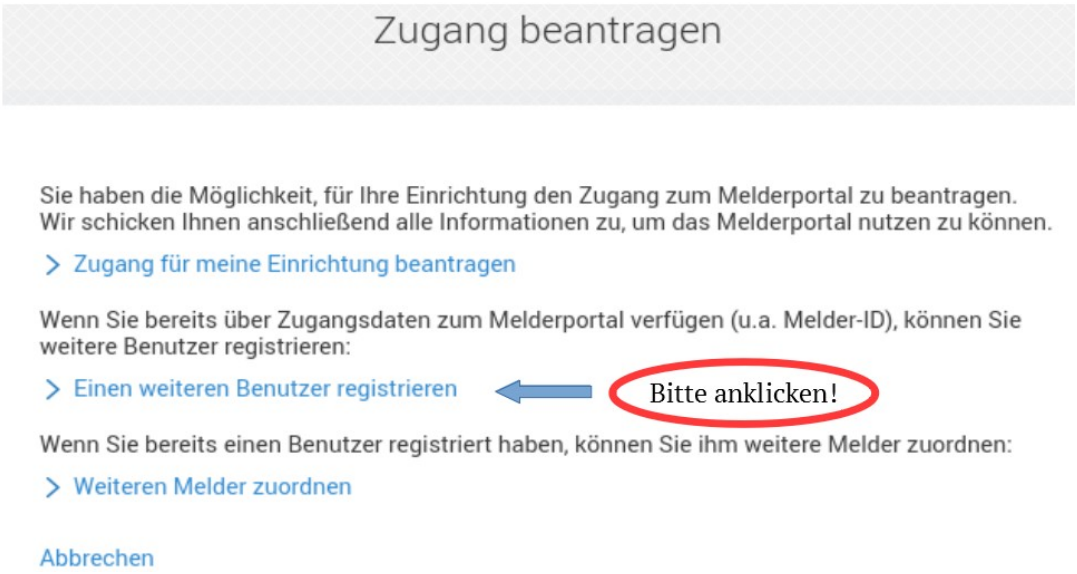
In regelmäßigen Abständen finden Wartungsarbeiten am Melderportal statt. In dieser Zeit ist ein Zugang nicht möglich. Um mögliche Arbeitsausfälle einplanen zu können, wird auch hier zukünftig die Funktion der Benachrichtigung per E-Mail möglich sein. Sie erhalten dann eine Benachrichtigung über den voraussichtlichen Termin der Wartungsarbeiten.

7. Freischalten des Zugangs zum Melderportal

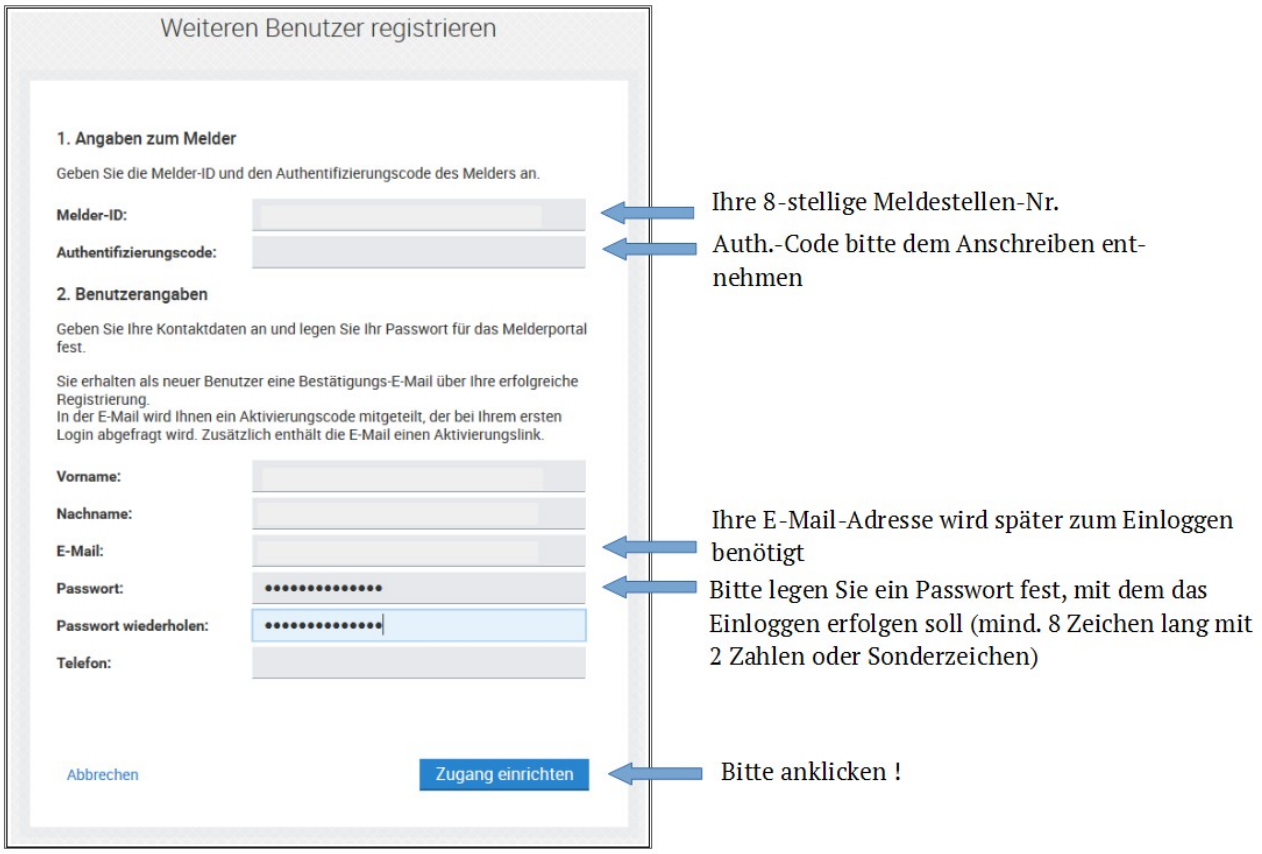
Zugangsdaten
Als verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt Ihrer Meldestelle erhalten Sie automatisch bei der Neueinrichtung Ihrer Meldestelle die Zugangsdaten für das Melderportal.

Registrierung im Melderportal
Nachdem Sie die Internetadresse https://melderportal.krebsregister-sh.de aufgerufen haben, erscheint folgendes Fenster:

Nach Klicken der Schaltfläche „Zugang beantragen“ erscheint folgendes Fenster, in dem Sie sich oder eine weitere Kollegin/weiteren Kollegen oder Mitarbeiterin/Mitarbeiter als Benutzer registrieren können.



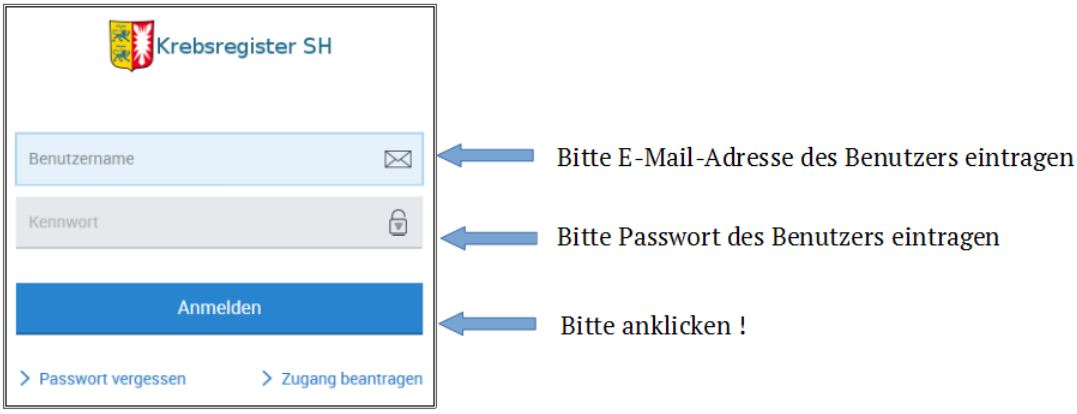
Bitte füllen Sie alle Felder in folgendem Fenster aus:



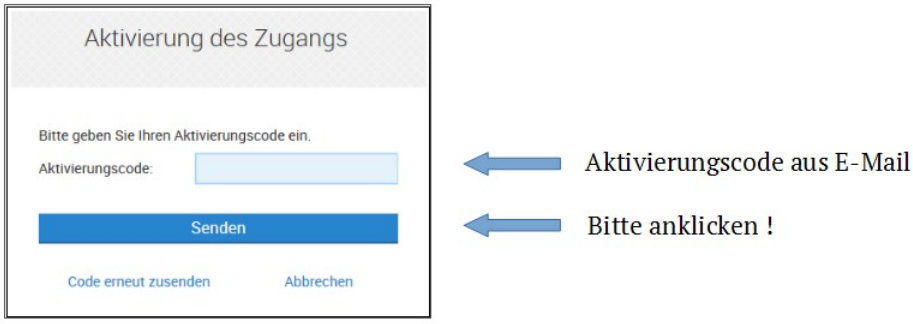
Es erscheint folgende Nachricht:

Aus der angekündigten E-Mail können Sie den Aktivierungscode entnehmen. Diesen sowie die PIN aus Ihrem Anschreiben benötigen Sie für das Freischalten des Zugangs:

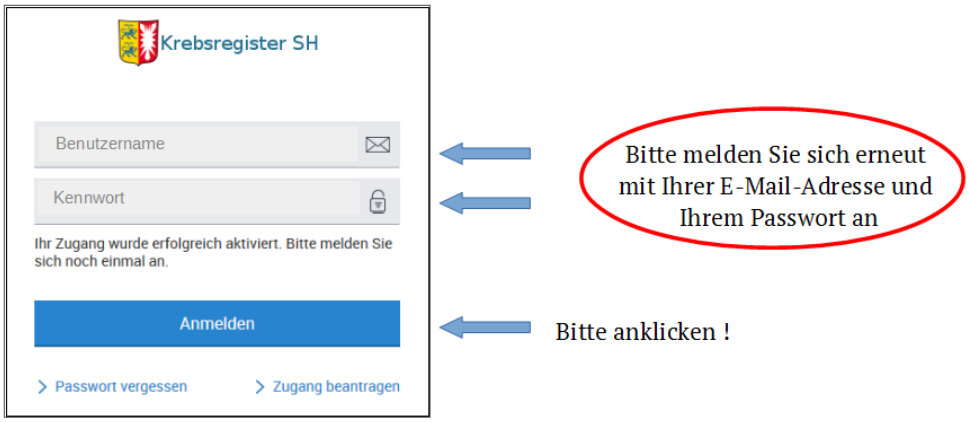
Nach erneutem Aufrufen des Melderportals unter **https://melderportal.krebsregister-sh.de** öffnet sich das Anmeldefenster:



Tragen Sie bitte den Aktivierungscode aus der E-Mail ein und klicken danach die Schaltfläche „Senden“ an.



Wenn das Senden funktioniert hat, erscheint folgendes Anmeldefenster:

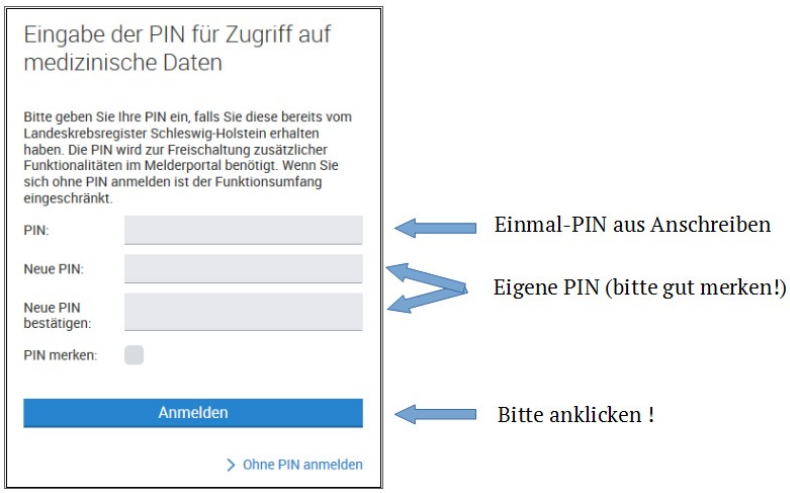


Sollte das Senden nicht funktioniert haben, können Sie in dem Fenster „Aktivierung des Zugangs“ (s. o.) das Senden unter „Code erneut zusenden“ wiederholen.

Aus Sicherheitsgründen werden Sie im nachfolgenden Fenster aufgefordert Ihre Einmal-PIN zu ändern. Geben Sie hierzu die PIN aus dem Anschreiben ein. Denken Sie sich bitte eine eigene 4-stellige PIN aus und tragen diese in die weiteren Felder ein. Bitte merken Sie sich diese PIN gut (auch für das Anlegen weiterer Benutzer)!

Aus Sicherheitsgründen raten wir von der Verwendung der Funktion „PIN merken“ ab.

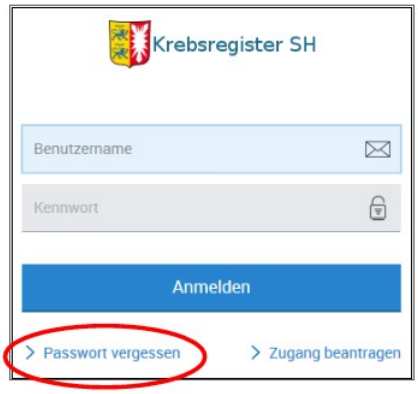
Sie können sich später auch ohne PIN anmelden. Sie haben dann jedoch nur stark eingeschränkte Möglichkeiten (Ansicht von Übersichten). Für das manuelle Erfassen von Daten ist die Eingabe der PIN unbedingt erforderlich.



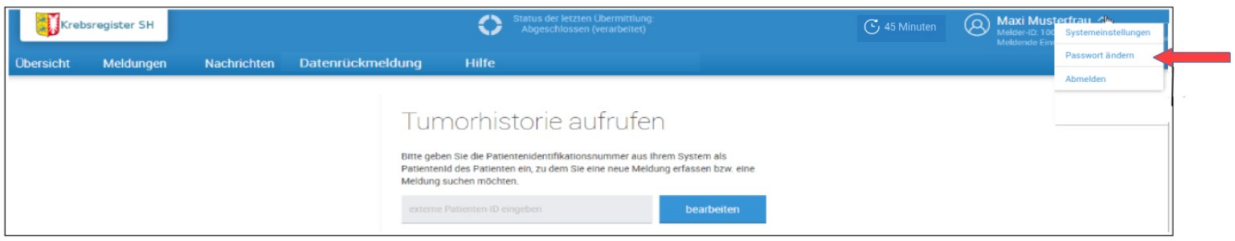
7.1 Passwort/Passwort vergessen

Das Passwort, welches Sie bei der Einrichtung Ihres Zugangs im Melderportal vergeben haben, benötigen Sie zusammen mit Ihrer E-Mail-Adresse immer dann, wenn Sie sich im Melderportal anmelden möchten.

Sollten Sie Ihr Passwort vergessen haben, klicken Sie im Anmeldefenster auf „Passwort vergessen“. Sie erhalten dann ein automatisch generiertes Passwort per E-Mail, welches Sie durch ein eigenes ersetzen müssen.



Zum Ändern des Passwortes gehen Sie bei Ihren Log-in-Daten auf „Passwort ändern“.

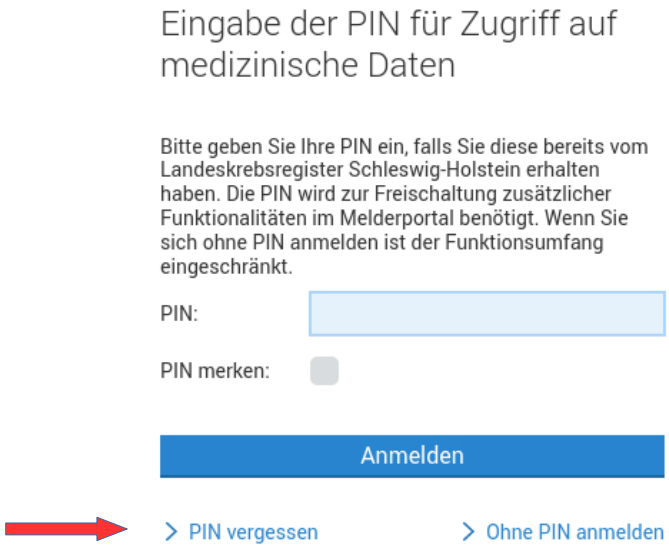


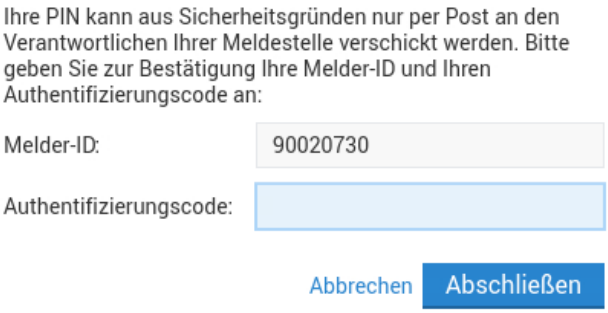
In der folgenden Maske geben Sie bitte das alte und ein neues Passwort ein. Bitte beachten Sie, dass das Passwort aus Sicherheitsgründen mind. 8 Zeichen und mind. 2 Zahlen oder Sonderzeichen beinhalten sollte.

7.2 Pin/Pin vergessen

Beim Anmeldevorgang ist zusätzlich zum Passwort auch die PIN-Eingabe erforderlich.

Sollten Sie Ihre PIN vergessen haben, klicken Sie im Anmeldefenster nach erfolgter E-Mail- und Passwort-Eingabe auf „PIN vergessen“. Dann werden Sie aufgefordert, den Authentifizierungscode einzugeben, den Sie dem Anschreiben mit Ihren persönlichen Zugangsdaten entnehmen können. Ihre persönliche Melder-ID setzt sich automatisch. Sie bekommen daraufhin von der Vertrauensstelle per Post eine neue PIN zugeschickt.





8. Anhang, Abkürzungen, Hintergrundtabellen

8.1 Ersatzkodes Krankenkassennummer (IK-Nr.)

Der Anspruch auf eine Meldevergütung kann bei Meldungen von GKV-versicherten Patientinnen und Patienten nur dann erhoben werden, wenn die Krankenkassennummer (IK-Nummer) und die Versichertennummer in der Meldung enthalten sind. Bei den Meldungen zu Privatversicherten beschränkt sich die Minimalforderung für vergütungsfähige Meldungen hinsichtlich der Versicherungsangaben derzeit auf die Versicherungsnummer (IK-Nummer).

Finden Sie Ihre Krankenkasse nicht im normalen Suchverzeichnis, verwenden Sie bitte einen der folgenden Ersatzkodes, den Sie in das Feld „Krankenkasse“ eintragen. Benennen Sie die genau Kasse dann bitte am Ende der Meldungseingabe im Anmerkungsfeld der Diagnose-, Therapie- oder Verlaufsmeldung unter „weitere Angaben“.

Ersatzkodes Krankenkassennummer	
Versichertengruppe	**Ersatzkode (gebildet analog den Vorgaben der ARGE IK)**
Selbstzahler	970000011
Kostenträger ohne IK-Nummer (z. B. Gefängnisinsasse)	970001001
Asylbewerber (ohne Krankenversicherung)	970100001
Privatversichert, Kasse unbekannt	970000022
Keine Angabe zum Kostenträger	970000099

8.2 Praktische Ausfüllhilfen für alle Meldungen

Diese Felder sind unabhängig vom Meldeanlass **für jede Meldung** auszufüllen!

Angaben bzgl. der Patientenaufklärung zur Meldung der Tumorerkrankung an das Krebsregister:

Tabelle 1: Meldebegründung	
Auswahl	**Erläuterung**
Verstorben	wenn der Patient anlässlich des Todes nicht mehr über die Erkrankung informiert werden konnte
Ausnahme	die Information des Patienten ist aus medizinischen Gründen noch nicht erfolgt – muss aber so bald als möglich nachgeholt werden
Ohne Patientenkontakt	für Meldungen von Pathologen
Informiert	der Patient wurde über seine Erkrankung informiert
Widerspruch	der Patient hat der namentlichen Speicherung seiner Personendaten widersprochen (der Widerspruch muss schriftlich bei der Vertrauensstelle eingereicht werden)

Tabelle 2: Mitwirkung an Forschungsvorhaben	
Auswahl	**Erläuterung**
Ja (J)	der Patient stimmt einer Teilnahme zu
Keine Teilnahme gewünscht (KT)	der Patient stimmt einer Teilnahme nicht zu
Widerruf (W)	der Patient hat eine frühere Zustimmung widerrufen
Nicht befragt (NB)	der Patient wurde nicht befragt / konnte nicht befragt werden

Seitenlokalisation des Primärtumors:

Tabelle 3: Seite	
Auswahl	**Erläuterung**
Rechts (R)	bei paarigen Organen
Links (L)	bei paarigen Organen
Beidseits (B)	bei paarigen Organen: beide Seiten sind betroffen ggf. sind hier zwei einzelne Meldungen abzugeben!
Mittellinie/median (M)	der Tumor befindet sich im medialen Bereich des Organs
Trifft nicht zu (T)	bei unpaarigen Organen sowie systemischen Tumorerkrankungen
Unbekannt (U)	bei paarigen Organen: die betroffene Seite ist nicht bekannt

Anlässe, zu denen eine Meldung an das Krebsregister zu erfolgen hat:

Tabelle 4: Meldeanlass	
Auswahl	**Erläuterung**
Diagnose	nach Diagnostizierung einer Krebserkrankung in der Zusammenschau der Befunde durch den behandelnden Arzt; „hinreichende Sicherung“
Behandlungsbeginn	zum Beginn einer „turmorspezifischen Therapie“ (Ausnahme: Operative Therapien sind nur einmalig mit dem Meldeanlass „Behandlungsende“ zu melden!)
Behandlungsende	zum Ende einer „tumorspezifischen Therapie“
Statusänderung	für Verlaufsmeldungen bei „therapierelevanten Änderungen des Erkrankungsstatus“
Statusmeldung	kein Meldeanlass in Schleswig-Holstein!
Tod	für Verlaufsmeldungen anlässlich des Versterbens eines Patienten
Histologie/Zytologie	ausschließlich für Meldungen von Pathologen

8.3 Praktische Ausfüllhilfen für spezielle Meldungen

ab hier gekennzeichnet als DM = Diagnosemeldung
TM = Therapiemeldung
VM = Verlaufsmeldung

Art der Diagnosesicherung der Tumorerkrankung. Bei mehrfach gesicherter Diagnose ist die Art der Diagnosesicherung mit der höchsten Aussagekraft zu wählen.

Tabelle 5: Diagnosesicherung (DM)	
Auswahl	**Erläuterung**
Histologie Primärtumor (7)	Feingewebliche Untersuchung von Gewebe des Primärtumors (Biopsie, OP-Präparat)
Zytologie (5)	Untersuchung von Zellen aus primären Lokalisationen inklusive Flüssigkeitsaspirationen mittels Endoskopien oder Nadeln; schließt mikroskopische Untersuchungen von peripheren Blutausstrichen und Ausstrichen von Beckenkammaspirationen ein
Histologie Metastase (6)	Feingewebliche Untersuchung von Gewebe der Metastase (Biopsie, OP-Präparat)
klinische Diagnostik (2)	Untersuchung mittels diagnostischer Techniken wie Röntgen, Endoskopie, weitere bildgebende Verfahren, Ultraschall, exploratorische Chirurgie (Laparatomie, etc.) ohne mikroskopische Gewebediagnose
klinisch,ohne spez. Diagnostik (1)	Körperliche Untersuchung ohne weitergehende tumorspezifische Diagnostik
spezielle Tumormarker (4)	Bestimmung von Tumormarkern in Blut, Urin, anderen Körperflüssigkeiten oder Gewebe
keine Angabe (9)	Art der Diagnosesicherung nicht bekannt

Allgemeiner Leistungszustand des Patienten am Tag der Diagnose bzw. bei Verlaufsmeldungen am Tag der Feststellung. Für die Codierung wird der Schlüssel der "Eastern Cooperative Oncology Group" (ECOG) bzw. der Karnofsky-Index zugrunde gelegt.

Tabelle 6: Allgemeiner Leistungszustand (DM)	
Auswahl	**Erläuterung**
10 % (Karnofsky)	Sterbend. Unaufhaltsamer körperl. Verfall
20 % (Karnofsky)	Schwerkrank. Intensive med. Maßnahmen erforderlich
30 %(Karnofsky)	Stark behindert. Stationäre Behandlung erforderlich
40 % (Karnofsky)	Behindert. Qualifizierte Hilfe benötigt
50 % (Karnofsky)	Hilfe und med. Versorgung wird oft in Anspruch genommen
60 % (Karnofsky)	Einige Hilfestellung nötig, selbständig in den meisten Bereichen
70 % (Karnofsky)	Selbstversorgung. Normale Aktivität oder Arbeit nicht möglich. Deutliche Symptome
80 % (Karnofsky)	Normale Aktivität mit Anstrengung möglich. Deutliche Symptome
90 % (Karnofsky)	Fähig zu normaler Aktivität, kaum oder gering Symptome
100 % (Karnofsky)	Keine Beschwerden, keine Zeichen der Krankheit
0 (ECOG)	Normale Aktivität
1 (EOCG)	Einschränkung bei Anstrengung
2 (ECOG)	Gehfähig
3 (ECOG)	Begrenzte Selbstversorgung
4 (ECOG)	Völlig pflegebedürftig
(U)	unbekannt

TNM (DM, operative TM, VM):

Beschreibt die Ausdehnung bei bestimmten malignen Tumoren

Tabelle 7: TNM-Kategorien	
Auswahl	**Erläuterung**
T	Größe (Ausbreitung) des Primärtumors
N	Fehlen oder Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen
M	Fehlen oder Vorhandensein von Fernmetastasen/Tochtergeschwülsten

Tabelle 8: TNM-Präfixe	
Auswahl	**Erläuterung**
c	Die prätherapeutische klinische Klassifikation basiert auf vor der Behandlung erhobenen Befunden. Solche ergeben sich aufgrund von klinischen Untersuchungen, bildgebenden Verfahren, Endoskopie, Biopsie, chirurgischer Exploration und anderen relevanten Untersuchungen.
p	Bei der postoperativen histopathologischen Klassifikation wird der vor der Behandlung festgestellte Befund ergänzt oder abgeändert durch die Erkenntnisse, die beim chirurgischen Eingriff und durch die pathologische Untersuchung gewonnen werden.
y	Wenn die Klassifikation während oder nach initialer multimodaler Therapie erfolgt, werden die TNM- oder pTNM-Kategorien durch das Präfix „y“ gekennzeichnet (z.B. yT2N1M0 oder ypT2pN2pM0). Das ycTNM oder ypTNM kennzeichnet die Ausdehnung des Tumors, die tatsächlich während des Zeitpunktes der Untersuchung nachweisbar ist. Die Zusatzbezeichnung „y“ soll nicht dazu dienen, die mögliche Ausdehnung eines Tumors vor einer multinodalen Therapie abzuschätzen.
r	Rezidivtumoren nach krankheitsfreiem Intervall werden durch das Präfix „r“ gekennzeichnet (z.B. rT2N0M0 oder rpT3pN1pM0). Rezidive sind mit einer Verlaufsmeldung und dem Meldeanlass „Statusänderung“ zu melden!
a	Das Symbol „a“ kennzeichnet Fälle, bei denen die Klassifikation erst anlässlich einer Autopsie erfolgte.

Multiple simultane Primärtumore werden folgendermaßen gekennzeichnet:

Tabelle 9: T-Suffix	
Auswahl	**Erläuterung**
(leer)	Keine multiplen Tumoren
m	Multiple simultane Tumoren ohne Angabe der Zahl
1…9	Anzahl der multiplen simultanen Tumoren

Beim Vorhandensein multipler Tumoren mit gleicher Morphologie in einem Organ ist der Tumor mit der höchsten T-Kategorie zu erfassen. Sind in paarigen Organen beide Seiten betroffen, sind zwei Meldungen erforderlich.

Histologie - Histopathologischer Differenzierungsgrad

Das Grading beschreibt das Ausmaß der Abweichung des Tumorgewebes von normalem Gewebe. Bei Vorliegen unterschiedlicher Differenzierungsgrade ist der ungünstigste Grad der Differenzierung anzugeben.

Tabelle 10: Grading (DM, operative TM, VM)	
Auswahl	**Erläuterung**
Nicht bestimmbar (X)	
Malignes Melanom der Konjunktiva (0)	für solide Tumoren
Gut differenziert (1)	
Mäßig differenziert (2)	
Schlecht differenziert (3)	
Undifferenziert (4)	
Low grade (L)	für Systemerkrankungen
Intermediate (M)	
High grade (H)	
Borderline bzw. Grenzfall (B)	
Trifft nicht zu (T)	
Unbekannt (U)	

Tabelle 11: Therapieart (TM)	
Auswahl	**Erläuterung**
Operative Therapie	Chirurgische Entfernung des Primärtumors und/oder Metastasen Hinweis: Hier ist der Meldeanlass Behandlungsende zu wählen!
Strahlentherapie	Radiotherapie des Primärtumors und/oder Metastasen
Systemische Therapie	Chemotherapien, Hormontherapien und/oder andere Therapien, die direkt zur Tumorbehandlung eingesetzt werden – keine unterstützenden Therapien

Tabelle 12: Applikationsart (Strahlen-TM)	
Auswahl	**Erläuterung**
Percutan (P)	Bestrahlung des Tumors durch die Haut (von außen)
Endokavitäre Kontakttherapie (K)	Platzierung der Strahlenquelle in einem Körperhohlorgan, z. B. Ösophagus)
Interstitielle Kontakttherapie (I)	Strahlenquelle wird in den Tumor gesetzt, z. B. Prostata
Metabolische Therapie (radionuclide) (M)	(Endoradiotherapie), Radionukliden werden intravenös verabreicht
Sonstiges (S)	Formen der Strahlentherapie, die den obigen Kriterien nicht entsprechen

Residualstatus

Beurteilung des Residualstatus nach Abschluss der (Primär-) Therapie unter Berücksichtigung aller Manifestationsformen, zum einen in Bezug auf den Status des Primärtumors (Lokal R) und zum anderen in Bezug auf den Gesamttumorstatus (Gesamt R):

Tabelle 13: Residualstatus (TM)	
Auswahl	**Erläuterung**
RX	Vorhandensein von Residualtumor kann nicht beurteilt werden.
R0	kein Residualtumor
R1	mikroskopischer Residualtumor
R1 (is)	in situ-Rest
R1 (cy+)	zytologischer Rest
R2	makroskopischer Residualtumor

Tabelle 14: Systemische Therapieart (TM)	
Auswahl	**Erläuterung**
Chemotherapie (CH)	Einsatz von zytostatisch wirkenden Substanzen
Hormontherapie (HO)	Einsatz von hormonrezeptiven Substanzen
Immuntherapie/Antikörpertherapie (IM)	Einsatz von immunreaktionfördernden, bzw. - suppressiven Substanzen/Antikörpern
Knochenmarktransplantation (KM)	Einbringen körperfremder Stammzellen nach vorhergehender Chemo- und/oder Radiotherapie
Wait and see (WS)	Abwartendes Verhalten nach Duchführung einer operativen Tumorentfernung
Active Surveillance (AS)	Regelmäßige (aktive) Kontrolle des Tumorstatus vor Durchführung einer Tumortherapie
Zielgerichtete Substanzen (ZS)	Andere direkt das Tumorwachstum beeinflussende Substanzen
Sonstiges (SO)	Andere Therapien, die den obigen Kriterien nicht entsprechen

Tabelle 15: Gesamtbeurteilung des Tumorstatus (VM)	
Auswahl	**Erläuterung**
Vollremission (V)	Vollständige Tumorfreiheit; Dauer mind. 4 Wochen; (complete remission, CR)
Vollremission mit residualen Auffälligkeiten (R)	Kriterien der Vollremission erfüllt, aber kontrollbedürftige residuale Veränderungen in den bildgebenden Verfahren; (CRr)
Teilremission (T)	Mindestens 50 % und weniger als 100 %, Rückgang des Tumors ohne Nachweis neuer Manifestationen, deutliche Besserung von Tumorsymptomen; Dauer mind. 4 Wochen; (partial remission, PR)
Klinische Besserung (B)	Subjektive Besserung von Tumorsymptomen
Keine Änderung (NC) (K)	Keine wesentliche Änderung der Tumorausbreitung (weniger als 50 % Rückgang oder weniger als 25 % Zunahme) oder Voll- bzw. Teilremission für weniger als 4 Wochen bei subjektiv unveränderten Tumorsymptomen; (no change, NC = stable disease)
Progression (P)	Mind. 25 % Tumorwachstum und/oder Neuauftreten anderer Tumormanifestationen
Divergentes Geschehen (D)	z. T. Vollremission oder Teilremission, z. T. keine Änderung oder Progression
Beurteilung unmöglich (U)	Tumorstatus kann nicht beurteilt werden
Fehlende Angabe (X)	Keine Angabe zum Tumorstatus vorhanden

Beurteilung des Tumorstatus des Primärtumors sowie des Tumorstatus hinsichtlich des möglichen Befalls der regionären Lymphknoten und möglicher Fernmetastasen.

Tabelle 16: Tumorstatus Primärtumor/Lymphknoten/Fernmetastasen (VM)	
Auswahl	**Erläuterung**
Kein Tumor nachweisbar (K)	Vollständige Tumorfreiheit
Residuen (R)	Tumorreste (Residualtumor)
Progress (P)	Fortschreitendes Wachstum der Tumorreste (Residualtumor)
No Change (N)	Keine Veränderung des Tumorstatus feststellbar
Rezidiv bzw. neu aufgetreten (R)	Neues Auftreten von Tumorgewebe mit gleicher Morphologie
Fraglicher Befund (F)	Tumorstatus kann nicht eindeutig beurteilt werden
Unbekannt (U)	Tumorstatus kann nicht beurteilt werden
Fehlende Angabe (X)	Keine Angabe zum Tumorstatus vorhanden

8.4 Tumorspezifische Module (DM, TM)

8.4.1 Kolon/Rektosigmoid/Rektum

Molekularpathologisch bestimmtes Vorliegen einer Mutation im K-Ras-Onkogen als wesentlicher Aspekt zur Therapieplanung und Prognose

Tabelle 17: RAS-Mutation:	
Auswahl	**Erläuterung**
Wildtyp	keine Mutation nachgewiesen
Mutation	Mutation nachgewiesen
unbekannt	
nicht untersucht	Untersuchung wurde nicht durchgeführt

Einstufung des Patienten bzgl. seines körperlichen Zustandes nach der ASA - (American Society of Anesthesiologists) Klassifikation bei präoperativer Untersuchung durch den Anästhesisten

Tabelle 18: ASA Klassifikation:	
Auswahl	**Erläuterung**
ASA 1	normaler, gesunder Patient
ASA 2	Patient mit leichter Allgemeinerkrankung
ASA 3	Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung
ASA 4	Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung, die eine ständige Lebensbedrohung darstellt
ASA 5	Moribunder Patient, der ohne die Operation voraussichtlich nicht überleben wird

Beurteilung einer eventuell aufgetretenen Anastomoseninsuffizienz nach elektivem Eingriff mit Anastomosenanlage

Tabelle 19: Rektum Anastomosen Insuffizienz:	
Auswahl	**Erläuterung**
Grad C	(Re-) Laparatomie
Grad B	Antibiotikagabe oder interventionelle Drainage oder transanale Lavage / Drainage
keine Insuffizienz bis höchstens Grad A	keine therapeutische Konsequenz
unbekannt	

8.4.2 Mamma

Einstufung der Hormonsensitivität von Mammakarzinomen:
Östrogen und Progesteron anhand der Quantifizierung ihrer Rezeptoren auf der Oberfläche von Tumorzellen (IRS-Skala).

Tabelle 20: Hormonrezeptorstatus: Östrogen, Progesteron	
Auswahl	**Erläuterung**
positiv	Immun-Reaktiver-Score (IRS): 3 bis 12
negativ	Immun-Reaktiver-Score (IRS): 0 bis 2
unbekannt	keine Angaben vorliegend

Immunhistochemischer Nachweis des epidermalen Wachstumsfaktorrezeptors Her2-neu anhand des immunreaktiven Scores.

Tabelle 21: Her2-neu Status	
Auswahl	**Erläuterung**
positiv	3+, starke Reaktion, starke Überexpression
negativ	negativ, keine Überexpression 1+, schwache Reaktion, keine Überexpression 2+, mäßige Reaktion, schwache Überexpression **und** FISH, CISH o.ä. positiv
unbekannt	keine Angaben vorliegend

8.4.3 Prostata

Semiquantitative Abschätzung des Prozentsatzes der Gesamtkarzinomfläche anhand der Gesamtstanzzylinderfläche der am schwersten befallenen Stanze.

Tabelle 22: Karzinom Befall Stanze %	
Auswahl	**Erläuterung**
	Angabe in Prozent (%)
unbekannt	

Molekulare Bestimmung des Prostata-Spezifischen-Antigens (wichtiger Screening-Parameter zur Früherkennung von Prostatakarzinomen)

Tabelle 23: PSA-Wert	
Auswahl	**Erläuterung**
	Eingabe des gemessenen Wertes in ng / ml

Auftreten von Komplikationen innerhalb der ersten sechs Monate nach radikaler Prostatektomie in Bezug auf die Grade III und IV der Clavien-Dindo Klassifizierung

Tabelle 24: Postoperative Komplikationen	
Auswahl	**Erläuterung**
ja (J)	postoperative Komplikationen (Grad III / IV) aufgetreten
nein (N)	keine postoperativen Komplikationen oder höchstens Grad II aufgetreten
unbekannt (u)	unbekannt

8.4.4 Malignes Melanom

Tabelle 25: Sicherheitsabstand Primärtumor	
Angabe	**Erläuterung**
Natürliche Zahl in mm	Minimaler endgültiger postoperativer Sicherheitsabstand
-1	Sicherheitsabstand nicht zu beurteilen
0	Kein Abstand

Tabelle 26: Tumordicke	
Angabe	**Erläuterung**
Angabe in mm, ggf. mit einer Kommastelle	Wichtigster Prognosefaktor

Tabelle 27: LDH	
Angabe	**Erläuterung**
Wert in U/l	Enzymeinheit pro Liter

Tabelle 28: Ulzeration	
Angabe	**Erläuterung**
nein (N)	Keine Ulzeration vorhanden, pTXa
ja (J)	Mit Ulzeration, pTXb
unbekannt (u)	