

Kurzanleitung GTDS-Dokumentation

Stand: 15. September 2008

Dieses Dokument enthält Bildschirmabzüge der Masken, die für die allgemeine Dokumentations mit GTDS erforderlich sind bis zu einem Grad, der Zertifizierungen ermöglicht.

Patientenauswahl und Neuaufnahme

Der Zugang zu Patienten, unabhängig ob es sich um Neuaufnahmen oder bestehende Einträge handelt, erfolgt, sofern keine Koppelung zum Krankenhausinformationssystem besteht, immer über die Patientenauswahl.

The screenshot shows a window titled "Patienten-Auswahl" with the following elements:

- Benutzer:** Beispielbenutzer
- Abteilung im Kontext:** Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Muster
- Abteilung wählen:** 1
- Date:** 12.08.2002
- Instructions:** Bitte geben Sie den gewünschten Patienten ein (Suche erfolgt entweder über ID's, Namen oder Geburtsdatum/Geschlecht)
- Search Options:**
 - Patienten ID:** Two input fields and a "Suche über ID" button.
 - Name:** Input fields for "Name" and "Vorname", a "Suche über Name" button, and a "Versichertenkarte" button.
 - Geburtsdatum / Geschlecht:** Input field for "Geburtsdatum", radio buttons for "männlich", "weiblich", and "(leer)", and a "Suche über Geburtsdatum/Geschlecht" button.
- Additional Settings:**
 - Nur Patienten der Kontextabteilung:** Nein
 - Maximale Anzeige:**
 - Phonetische Suche:**
 - Suchzeit maximal:** 20 (with up/down arrows) Sekunden (etwa)
 - zuletzt benutzte Suchstrategie:**
- Buttons:** "Suche starten", "Sofortauswahl", "Neuer Patient", "Zurück"
- Status:** keine Anzeige wegen Zugehörigkeit zu anderer Abteilung Suche abgebrochen wegen
- Footer:** pat_ausw 05/02

Bei vermutlichen Neuaufnahmen empfiehlt es sich, Name und Vorname möglichst genau auszufüllen, bei Suchen genügen Teilangaben. Bei Neuaufnahmen erfolgt immer ein Namensabgleich mit den bestehenden Patienten. Gegebenenfalls werden ähnliche Datensätze angezeigt und es muß dann entschieden werden, ob tatsächlich eine Neuaufnahme erfolgen soll.

• **Diagnosedaten:**

Die Dokumentation jeder gesondert zu erfassenden Tumorerkrankung beginnt mit einem Dokument "Diagnosedaten".

Ein Rezidiv, ob lokoregionär oder als Fernmetase, wird als Verlauf dokumentiert.

Soll eine Patientin mit einem Rezidiv dokumentiert werden und ist die primäre Tumorerkrankung noch nicht dokumentiert, muß diese als erstes eingegeben werden, auch wenn Informationen zur primären Tumorlokalisierung, Diagnosedatum, Histologie und Stadium nur lückenhaft sind.

• **Verlaufsdaten:** Fast jedes Ereignis im weiteren Verlauf der Erkrankung führt zu einem Verlaufsdatum:

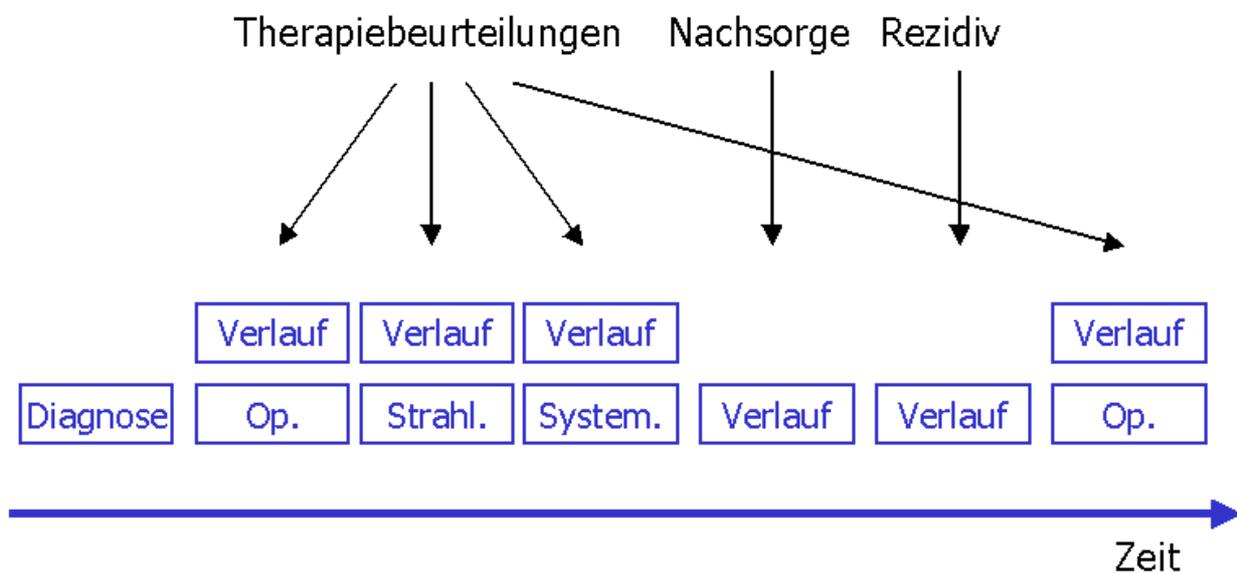
- Abschluß von Therapien
- Nachsorgeuntersuchungen
- Ereignissen i.S. von Progression oder Rezidiv, Auftreten von Folgeerkrankungen.

Ein Rezidiv im Sinne der Basisdokumentation ist jedes erneute Auftreten von Tumor, ob im Sinne eines lokoregionären Rezidivs oder einer Metastasierung

- **Therapiedaten:** Detaillierte Erfassung durchgeführter operativer, Bestrahlungs- und systemischer Therapien.
- Die übrigen Details wie Konsil und Abschluß sind speziellen Anwendungen vorbehalten. So kann mit Konsildaten das Ergebnis eines interdisziplinären Konsils dokumentiert werden. Mit Abschlußdaten kann eine Periode des aktiven Follow-ups beendet sowie ggf. Sterbeinformation eingetragen werden.

Die folgende Grafik zeigt einen typischen Dokumentationsverlauf in Bezug auf die klinischen Ereignisse

Typischer Dokumentationsverlauf



Weitere Erläuterungen des Datenmodells finden sich in [Basisdokumentation und deren Abbildung im GTDS](#)

Diagnosedaten

Diagnosedaten (Kurzfassung)

Patient:

Diagnose (Bezeichnung): 33 Mammakarzinom

Diagnosedatum: Genauigkeit: Tumor Id:

aufgenommen am: zur:

Tumorausprägung im Vordergrund:

Anlaß für den Arztbesuch: ICD-10: Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Qua

Schlüssel	Bezeichnung	Seite
Lokalisation <input checked="" type="checkbox"/> H.N. <input type="text" value="504"/> <input type="text" value="L"/> pass. Lok. Oberer äußerer Quadrant		<input type="text" value="links"/>
Histologie <input checked="" type="checkbox"/> H.N. <input type="text" value="85003"/> <input type="text" value="L"/> pass. Hist. Invasives duktales Adenokarzinom		Grading <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="L"/> Datum <input type="text" value="04.05.2004"/> <input checked="" type="checkbox"/> rel.

Klassifikation: Datum: y: r: p: T: (m): C: L: V: p: N: C: p: M: C: S: Stadium: Auflage:

Leistungszustand (ECOG): normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung

Beurteilung:

Erfassung abgeschlossen? Zustimmung zum epid. Register:

diagkurz 10/05

Die Diagnosedatenmaske enthält die allgemeinen, bei jedem Tumor anwendbaren Grunddaten der Tumorerkrankung. Durch die Vorauswahl der Tumorentität werden jedoch nur primär beim ausgewählten Karzinom anwendbaren oder üblichen Codes angezeigt.

Diagnosedatum

Das Diagnosedatum ist normalerweise das Datum der ersten ärztlichen Verdachtsdiagnose. Da dieses häufig nicht aus den Unterlagen hervorgeht, kann auch einheitlich vereinbart werden, das erste Datum einer histologischen Sicherung einzutragen. Dieses muß nicht das Datum der definitiven Histologie sein. In jedem Fall muß das Datum vor jeder Therapie liegen oder maximal zu Beginn sein, damit eine korrekte zeitliche Abfolge dokumentiert ist. Andernfalls tritt eine Fehlermeldung auf. Sind Datumsangaben nur ungenau bekannt, kann das durch einen Kenner gekennzeichnet werden. In der Regel wird dann das Datum der jeweiligen Zeitraummitte (Monats oder Jahresmitte) als reales Datum eingetragen.

Das Aufnahmedatum dient vor allem einer späteren Fallauswahl und sollte nach einer einheitlichen Vorschrift dokumentiert werden. Es kann zum Beispiel der erste Kontakt mit dem "Zentrum" (Tumorzentrum, Mammazentrum, ...) sein oder ggf. auch das Tagesdatum. Auch die Informationen zum Aufnahmegrund dienen vor allem der Möglichkeit einer späteren Fallauswahl. So kann es sinnvoll sein, Fälle, die erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Betreuung aufgenommen werden, von solchen, die von Beginn an betreut werden, zu unterscheiden.

Lokalisation (ICD-O Topographie)

Die Lokalisation kennzeichnet den Sitz des Tumors. Diese entspricht formal in den meisten Fällen der ICD-10, wird aber im GTDS ohne "C" und "." angegeben. Das ist allerdings nur eine Faustregel, die zum Beispiel bei Melanomen, Lymphomen oder in-situ-Tumoren nicht gilt.

Histologie (ICD-O Morphologie)

Für histologische Befunde ist für die meisten Auswertungszwecke der definitive histologische Typ des Tumors ausreichend und somit muß nur der entsprechende Histologiecode in der Diagnosemaske eingegeben werden. In einigen Fällen, insbesondere vor dem Hintergrund von Qualitätssicherung (BQS, WBC, Zertifizierung ...) sollen bioptischer Befund aus der diagnostischen Phase und postoperative Histologie erfaßt werden. Dann sollte der bioptische Befund bei den Diagnosedaten und der postoperative Befund im Beurteilungsverlauf zur Operation eingetragen werden. In diesem Fall muß darauf geachtet werden, daß die diagnostische relevante Histologie, meist die aus der Operation, entsprechend gekennzeichnet ist. In jedem Fall sollten die entsprechenden Datumsangaben korrekt sein, so daß notfalls auch anhand des Datums entschieden werden kann, ob es sich um eine präoperative oder um eine postoperative Histologie handelt. Weichen präoperative und postoperative Histologie voneinander ab (einschließlich Grading), so muß in der Histologie-Übersichtsmaske der Haken für "diagnostisch" relevant auf die primär auswertungsrelevante Histologie gesetzt werden. Im Zweifelsfall ist der ärztliche Dienst zu fragen. In einigen Fällen (siehe Basisdokumentation 5. Auflage, z.B. Mammakarzinom), sind Doppelhistologien

(z.B. 85003 und 85002) zulässig. Zunächst sollte die bösartigere Histologie (im Beispiel 85003) und dann mit "Neuer Datensatz" die andere Histologie eingegeben werden.

TNM

Werden klinisches **und** pathologisches TNM erfaßt, empfiehlt es sich, hier das klinische TNM einzugeben. Soll nur der pathologische TNM dokumentiert werden, kann er bereits hier eingegeben werden (Alternative: in der Verlaufsbeurteilung zur operativen Therapie). Die Stadienberechnung kann über "F9" im Stadiumfeld erfolgen.

Bei neoadjuvanter Therapie (Chemo- oder Strahlentherapie vor definitiver Chirurgie) ist ein klinischer TNM zwingend erforderlich, da der postoperative TNM verändert ist (und unbedingt mit "y" gekennzeichnet werden muß). Die weiteren Situationen, in denen ein klinischer TNM erforderlich sind, sind mit den jeweiligen (ärztlichen) Dokumentationsbeauftragten abzusprechen. Dies werden im allgemeinen Fälle sein, in denen keine chirurgische Versorgung erfolgt (z.B. Strahlentherapie bei Prostatakarzinom) oder bei denen die Art der (operativen) Therapie von einer präzisen Ausbreitungsdiagnostik abhängt (Rektumkarzinom). Falls in bestimmten Fällen (Notfall) keine klinische Abklärung möglich ist, sollte überlegt werden, TXNXMX einzutragen, um klar zu machen, daß nicht einfach vergessen wurde, den klinischen TNM zu bestimmen oder zu dokumentieren.

Häufig äußert sich der Pathologe nicht zur Metastasensituation oder gibt "MX" an. In diesem Fall soll der Dokumentierende ein ggf. vorliegendes M0 aus einem klinischen TNM eingeben. Liegt auch dieses nicht vor, muß gezielt nach Untersuchungsergebnissen typischer Staginguntersuchungen gesucht werden. Wenn sich hier kein Hinweis auf Metastasen ergibt, so soll ebenfalls M0 eingetragen werden. Was typisch ist, ist tumorabhängig muß mit dem ärztlichen Dienst abgesprochen werden (z.B. Röntgenthorax und Abdomen-CT bei Kolonkarzinom).

Andere Klassifikation (Lymphome, Leukämien, spezielle Gradingssysteme usw.)

Für Lymphome kann die Klassifikationsauswahl auf Ann Arbor gestellt werden. Weitere Klassifikationen sind über die Auswahl "weitere" zugänglich. Dies ist nicht ausschließlich alternativ zu sehen, sondern auch ergänzend: So gibt es beim Prostatakarzinom zusätzlich zu TNM auch noch den Gleason-Score oder das Helpap-Grading.

Metastasierung

Ist der Tumor bereits zum Zeitpunkt der Primärerkrankung metastasiert, so werden über "Metastasen" die Metastasen eingetragen. Es erfolgt, soweit nicht deaktiviert) eine gegenseitige Prüfung mit der "M"-Kategorie des TNM. Die Entscheidung, ob eine Metastase zum Zeitpunkt der Diagnose bereits vorliegt, kann schwierig sein. So praktizieren einige Anwender die Regel, daß Metastasen innerhalb von 90 Tagen nach Diagnosedatum noch als primäre Metastasierung aufgefaßt werden und nicht als früher Progress. In diesem Fall wird ein etwaig bestehender M0 Eintrag auf M1 korrigiert. Solche Änderungen sollten auch textlich in Beurteilung oder entsprechenden Feldern der erweiterten Maske beschrieben werden, um den Fall schnell nachvollziehen zu können. Sorgfalt ist hier wichtig, weil sich sonst der Fall in der Auswertung völlig anders darstellt. Im Zweifelsfall ist der ärztliche Dienst zu fragen. Spätere Metastasierungen oder andere Progressionen führen nicht zu einer Änderung des TNM. Diese bleibt unverändert. Stattdessen kann eventuell ein sogenanntes rTNM eingetragen werden.

Weitere Details

Die ICD wird automatisch aus der Kombination Lokalisation/Histologie generiert und muß nicht gesondert eingegeben werden.

Sollen Daten an ein epidemiologisches Krebsregister übermittelt werden, müssen meist einige Zusatzinformationen zum Beispiel zum Informationsstatus des Patienten erfaßt werden.

Bei einigen Tumorerkrankungen (z.B. Mammakarzinom, Malignes Melanom) können Zusatzdokumentationen über die Basisdokumentation hinaus erforderlich sein. Hierfür müssen ggf. weitere Detailmasken aufgerufen werden. Je nach Erkrankung stehen folgende Optionen zur Verfügung

- **Über Knopf Zusatzdokumentation:** Bei Auswahl einer entsprechenden Tumorentität oder Erkennung dieser Entität über eine entsprechende Kombination von Histologie/Lokalisation (z.Zt. nur Mammaca.) kann direkt in eine Zusatzmaske erfaßt werden.
- **Über Knopf zusätzl. Dokumente:** Wird die Entität nicht automatisch erkannt oder ist der Automatismus nicht eingerichtet, wird zunächst in eine Übersicht über [zusätzliche Dokumentationen](#) verzweigt, aus der dann die entsprechende Zusatzdokumentation (z.B. Mammaca.- und Melanom) aufgerufen werden kann.
- **Über "Untersuchungen":** In Abhängigkeit von befallenem Organ oder der aktuellen Abteilung können [frei konfigurierbare Untersuchungssets](#) eingetragen werden.

Operationsdokumentation

Die Codierung der Operationen basiert also auf den Codes des Operationsschlüssels und bezüglich der Komplikationen auf dem Komplikationsschlüssel der Basisdokumentation. Obwohl für jeden OPS-Code ("Teiloperation") ein eigenes Datum eingegeben werden kann, ist es sinnvoll, pro OP, in der Regel pro OP-Tag, eine Maske anzulegen, da sich OP-Bereich und Komplikationen in der Regel voneinander unterscheiden.

In der nachfolgend gezeigten Maske erfolgt die Dokumentation auf der Grundlage von OPS-Codes, die ggf. aus einem anderen System oder der Standard-OP-Dokumentation übernommen wurden. Es kann alternativ auch eine Dokumentation nach OP-Mustern erfolgen. Diese können die Dokumentation erleichtern, falls die OPS-Codes nicht vorliegen und im Register nachcodiert werden muß. Voraussetzung hierfür sind Einträge in "[Operations-Mustern](#)" und "[Synonymen und Klassen](#)".

The screenshot shows the 'Operationsdaten' interface with the following data:

- Patient:** Mammari, Eleonore, 21.01.1950
- Abteilung:** Zentrum für Chirurgie, Universitätsklinik, Musterstadt
- Tumor:** Mammakarzinom
- Datum:** 26.08.2000
- Operationen:**

Lfdnr	Datum	Code	Bezeichnung	Komplikationen ?
1	26.08.2000	5-871.1	Segmentresektion (mit Hautsegment ohne Mamille)	L
- Bezeichnung:** Segmentresektion (mit Hautsegment ohne Mamille)
- OP-Bereich:** Primärtumor: Ja, reg.Lymphkn.: Nein, Fernmet.: Nein, Nachresek.: Nein, Komplik.: Nein, sonst.: Nein
- Erfolg:** Intention: Kurativ, Residualklassifikation global: R0 (kein Resid.), lokal: R0 (kein Residu.), Beurteilung d. Operateur: Kurativ
- Komplikationen:** global: Ja, Code: wVSS, Aufl.: B4, Beschreibung: wWundheilur
- Lymphknotenbefall / Tumorgroße / Abstand Resektionsrand:**

	gesamt	Level 1	Level 2	Level 3	Level 4	Sentinelk.
Untersuchte Lymphknoten	10					
Befallene Lymphknoten	2					

Für die Auswertung ist es wichtig, den OP-Bereich anzugeben und dabei auch zwischen Primär und Rezidivtumor zu unterscheiden.

Die korrekte Angabe der R-Klassifikation unterscheidet sich gelegentlich vom klinischen Sprachgebrauch. Die R-Klassifikation ist eine prognostische Klassifikation. Bei lokaler R0-Resektion aber gleichzeitiger Fernmetastasierung muß R2 dokumentiert werden. Ergänzend wird angegeben, daß sich der Residualtumor in den Fernmetastasen befindet, so daß implizit von einer R0-Resektion ausgegangen werden kann. Erst wenn etwaige Fernmetastasen ebenfalls reseziert oder auf anderem Wege zum Verschwinden gebracht wurden, kann anschließend der R0-Status festgehalten werden.

Bei Komplikationen ist es wichtig, nicht Op-Bereich und Op-Folgen zu verwechseln. In Op-Bereich wird angegeben, ob die Operation durchgeführt wird, um eine Komplikation einer vorangegangenen, in der Regel in einer anderen Maske dokumentierten Operation zu beheben. Unter "Komplikationen" im unteren Maskenbereich werden die Komplikationen der aktuellen Operation eingetragen. Es ist theoretisch eine Zuordnung zu einer bestimmten Teiloperation (einem OPS-Code) möglich. Das spielt aber in der Regel keine Rolle.

Da diese Art der Dokumentation auf Seiten klinisch tätiger Ärzte immer wieder auf Irritationen trifft, steht zusätzlich das Feld "R_KLASSIFIKATION_LOKAL" zur Verfügung. Postoperativer TNM und postoperative Histologie werden in der Verlaufsbeurteilung (s.u.) dokumentiert, sofern nicht bereits in der Diagnosemaske eingegeben.

Erster und zweiter Operateur brauchen nur eingegeben werden, sofern eine detaillierte Analyse es erfordert (z.B. bei manchen Zertifizierungen)

Steht eine Schnittstelle zum Verwaltungssystem zur Verfügung, muß nur das OP-Datum eingegeben werden. Sofern Operationen im Zeitraum von 30 Tagen vor oder nach dem OP-Datum übernommen wurden, erscheint der Knopf "aus KIS" und die relevanten Codes können aus der Liste übernommen werden.

Operationsdaten

Patient: Mann, Kolo, 03.04.1943 (PID 815) 490
 Abteilung: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt 1
 Tumor: Kolonkarzinom (Transversum) 1 and. Tumor Lfd. der Operation

Datum: 03.05.2005 genau Tag Op Buch Dringlichkeit Zugang

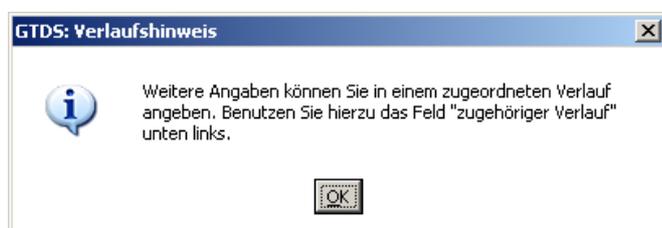
Operationen	Lfdnr	Datum	Code	Bezeichnung	Komplikationen ?
		03.05.2005	L 06		

Suchen: 04.05.05

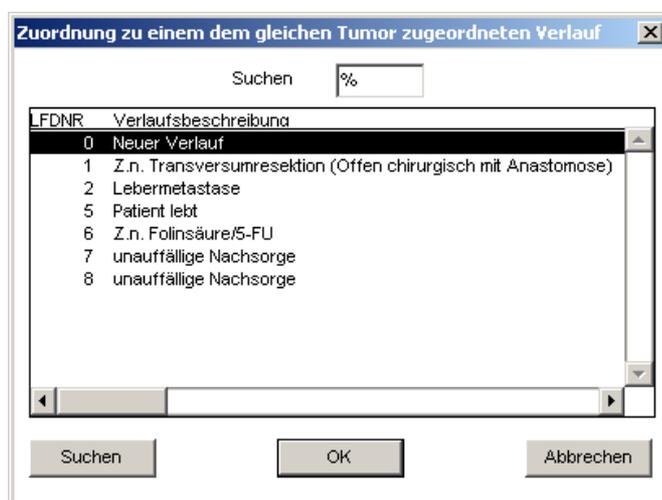
Datum	Code	Aufl.	Bezeichnung
04.05.05	S-455.51	06	Transversumresektion (Offen chirurgisch mit Anastomose)

Therapiebeurteilung

Im Anschluß an alle Therapien wird eine Verlaufsbeurteilung eingegeben. Der beste Zeitpunkt dafür ist, wenn die Therapie abgeschlossen ist. Nur bei sehr lange dauernden Therapien kann es sinnvoll sein, bereits während der Therapie eine Verlaufsbeurteilung einzugeben und diese dann fortzuschreiben (Datum und Beurteilung aktivieren).



Die Therapiemasken warnen, solange keine Therapiebeurteilung eingetragen ist. Die Strahlentherapiemaske legt allerdings in der Regel selbsttätig einen Verlauf an. Mit einer Auswahlliste hat man die Möglichkeit, dafür einen neuen oder einen bestehenden Verlauf auszuwählen.



Meist, wenn es sich um eine nicht kombinierte Therapie handelt, wird "Neuer Verlauf" die korrekte Wahl sein. Bei simultanen Therapien, z.B. Radiochemotherapien, kann das Therapieergebnis beiden Modalitäten zugeordnet werden. Es empfiehlt sich, zunächst die Strahlentherapie einzugeben und anschließend die Chemotherapie dem Verlauf der Strahlentherapie zuzuordnen. Mehrere operative Behandlungen, die in einem engen (zeitlichen) Zusammenhang stehen, können ebenfalls gemeinsam beurteilt werden.

Verlaufsdaten (Kurzfassung)	
Patient	Kauz, Karoline, 06.07.1955 (PID n.v.)
Tumor	Mammakarzinom
Datum der Beurteilung	10.05.2004 Genauigkeit <input type="text"/>
Bezeichnung	Z.n. Segmentresektion (mit Hautsegment ohne Mamille) L
Anlaß der Erfassung	Behandlungsphase abgeschlossen
LfdNr	1
aktuelle Situation	
Gesamtbeurteilung	<input type="radio"/> O <input checked="" type="radio"/> L postoperativ R0, Tumormarker nicht berücksichtigt oder unbekannt
Primärtumor	kein Tumor nachweisbar
Lymphknoten	keine regionären Lymphknotenm.
Metastasen	keine Fernmet. nachweisbar
neues Tumorstadium	TNM
neu Histologie	
Folgeerkrankungen	
Leistungszustand (ECOG)	<input type="radio"/> 0 <input checked="" type="radio"/> L normale, uneingeschränkte Aktivität wie vor der Erkrankung
Beurteilung	
Erfassung abgeschlossen?	<input type="checkbox"/>
Therapie	
Operation	Ja
Bestrahlung	Nein
Chemotherapie	Nein
Hormontherapie	Nein
Immuntherapie	Nein
Knochenmarktransplantation	Nein
Anschlußheilbehandlung	Nein
Nachsorge	Nein
Sonstige	
Ziel Primärtumor	Ja (inkl. Systemerk.)
Lymphkn.	Nein
Fernmetast.	Nein
von	06.05.2004 L bis 06.05.2004 L
R-Klassif.	R0 (kein Residualtumor)
Residualtu.	
<input type="button" value="Speichern"/> <input type="button" value="Metastasen"/> <input type="button" value="Therapiekonzept"/> <input type="button" value="Aufenthalt"/> <input type="button" value="erweitert"/> <input type="button" value="Therapiedokumente"/> <input type="button" value="Bericht"/> <input type="button" value="Zurück"/>	
<input type="button" value="Folge-/Begleiterkr."/> <input type="button" value="vorgeseh. Maßñ."/> <input type="button" value="zusätzl. Dokum."/> <input type="button" value="Untersuchungen"/> <input type="button" value="Melde-Info"/>	
verkürzt 10/05	

Diese ist in der Regel schon mit den meisten Werten sinnvoll vorgelegt, so daß lediglich das Datum der Beurteilung sowie die eigentliche Beurteilung des Tumorstatus eingetragen werden muß.

Der Tumorstatus ("aktuelle Situation") ist eines der wichtigsten Elemente der Dokumentation. Er bezieht sich immer auf das Datum der Beurteilung. Dabei stehen bei soliden Tumoren die Felder Primärtumor/Lymphknoten/Metastasen im Vordergrund. Sobald in allen drei Kategorien "kein Tumor" eingetragen ist, wird Tumorfreiheit angenommen. Das kann häufig schon nach der Operation der Fall sein; eine entsprechende nachfolgende Bestrahlung oder systemische Therapie wird ja entsprechend auch meist als "adjuvant" bezeichnet. Diese richtet sich zwar auf vermutete verstreute Tumorzellen in der Primärregion oder im sonstigen Körper. Diese Vermutung schließt aber den Befund "Tumorfreiheit" (entspricht R0 in Bezug auf den gesamten Körper) nicht aus. Sofern ein Verlauf, wie in diesem Fall, eine Therapie beurteilt, ist hier immer der Status nach der Therapie gemeint. Das ist insbesondere bei Operationen relevant, da ja am Tag der OP vor der Operation noch Tumor vorhanden ist. Insbesondere im Fall von Rezidiven ist manchmal nicht bekannt, wann das Rezidiv diagnostiziert wurde, und es liegt nur die Information über eine Rezidivoperation vor. Das führte in der Vergangenheit dazu, daß an dieser Stelle das Rezidiv eingetragen wurde, was aber inhaltlich bedeutet, daß die Operation zu einem Rezidiv geführt hat. Falls sich tatsächlich das Rezidivdatum nicht besser bestimmen läßt, sollte ein Verlauf mit dem Rezidiveintrag für den Tag vor der Therapie angelegt werden. Das ist zwar nicht elegant, sicher aber inhaltlich eine vertretbare Näherung und sorgt für eine vernünftige Auswertbarkeit der Daten.

Nicht in allen Fällen wird in den Krankenakten eine Beurteilung des Tumorstatus zu finden sein. So wird kurz nach neoadjuvanter Therapie eine Beurteilung nicht möglich sein oder durch die postoperative Beurteilung ersetzt. Für diese Fälle kann ein entsprechender "entfällt"-Eintrag verwendet werden. Ähnliche Situationen treten bei anderen therapeutischen Maßnahmen auf, die nicht direkt auf den Tumor zielen oder zum Beispiel die Behebung einer Therapiefolge zum Ziel haben. Sofern zuvor zum Beispiel schon das Therapieergebnis, z.B. Tumorfreiheit, dokumentiert wurde, stört dies die Auswertung zu Überlebenszeiten nicht.

Wurden das pathologische TNM oder die definitive Histologie nicht schon bei den Diagnosedaten eingegeben, so kann deren Dokumentation hier in entsprechenden Übersichtsmasken erfolgen:

GieBener Tumordokumentationssystem (GTDS)

Fenster

Übersicht über Klassifikationen

Beispielbenutzer gtddc Patient: Kauz, Karoline, 06.07.1955 (PID n.v.) 470 20.12.2005
 Tumor: Mammakarzinom 1
 Dokument: Z.n. Segmentresektion (mit Hautsegment ohne Mamille) Verlauf 1

TNM

Ausw. rel. Stadium Aufl. Datum Her. Lfd. Zugeordnetes Dokument

Tumor	y	r	p/c	(m)	p/c	p/c	Stadium	Aufl. Datum	Her. Lfd.	Zugeordnetes Dokument
1			T1c		N0	M0	S	6	04.05.2004	Diagnos 1 04.05.2004
1	y		pT1b		N1	M0	S	IIA	6	Verlauf 1 10.05.2004
			T		N	M	S			
			T		N	M	S			
			T		N	M	S			
			T		N	M	S			

Zusammenfassender TNM (neu) Zusammenfassender TNM (aktueller Datensatz) Stadium bestimmen

Speichern Ordnung TNM Ann Arbor Sonstige Metastasenübersicht ? Zurück

klaeber 11/05

pTNM-Angaben nach initialer Chemo- oder Strahlentherapie müssen mit einem "y" gekennzeichnet werden. TNM gibt den Status bei Diagnose wieder und wird bei Fortschreiten der Erkrankung nicht fortgeschrieben. Allenfalls kann eine aktuelle Beschreibung der Tumorausbreitung mit einem rTNM (r-Symbol) gekennzeichnet werden. Die gleiche Information steht jedoch im wesentlichen auch in den Verlaufsdaten zur Verfügung, ist also hier in der Regel entbehrlich.

Histologie-Übersicht

Beispielbenutzer gtddc Patient: Kauz, Karoline, 06.07.1955 470 Kontext-Dokument Verlauf 1 20.12.2005

Lfd.Datum	H.N. Hist.-Schlüssel	Text	Grading	zug.Tumor	diagnost.rel.	Zugehöriges Dokument
1 04.05.2004	85003	3I Invasives duktales Adenokarzinom	2	1 Mammakarzinom		Diagnose 1
2 06.05.2004	85003	3I Invasives duktales Karzinom		1 Mammakarzinom	✓	Verlauf 1

Details Ändern erlaubt: Ja geändert am 20.12.2005 15:13:13 durch BEISPIEL

Lfd.Datum	H.N. Hist.-Schlüssel	Text	Grading	zug.Tumor	Diagn.rel.
2 06.05.2004	85003 L 3I	Invasives duktales Karzinom	L	1 Mammakarzinom	festlegen

Passende ausführlicher Text E Lok. 504 4 Oberer äußerer Quadrant

Metastasenlokalisierung L

Präparat: Nr. von bis L Färbung

befundende Abteilung 6 Pathologisches Institut, Universitätsklinik, Musterstadt L

Arzt in dieser Abteilung Akt. Ärzte Alle Ärzte

Zugehöriges Dokument Verlauf 1 Z.n. Segmentresektion (mit Hautsegment of 1 Zentrum für Innere Medizin, Univ.

Speichern Neu Löschen ? Zurück

histoloq 05/05

Bei mehreren Histologien kann es erforderlich sein, die für die Bewertung/Auswertung des Falls relevante zu kennzeichnen. Vorgebemäßig ist die bei der Diagnosemaske hinterlegte Histologie als relevant gekennzeichnet.

Strahlentherapie

Strahlentherapie

Patient: Mammari, Eleonore, 21.01.1950 312 Lfd. 1 Dokumentation: Ändern

Abteilung: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt 3 Weitere parallele Operativ

Tumor: Mammakarzinom 1 L Therapien: Intern./Syst.

Dok.-Datum: 05.12.2000 Tag Bez.d.Strahl.: Brust und Brustwand L beruht auf Schablone

Primärtumor /-rezidiv: Ja reg Lymphkn. /-rezidiv: Ja Fernmetastasen: Nein sonstige: Nein Therapiekonzept

Stellung in Beh.: Postoperative Strahlentherapie Therapieintention: Kurativ Komb.Radiochemoth.?: Nein

(Teil-)Bestrahlung Brust und Brustwand Lfdnr. 1 neue Teilb. Teilb.lösch.

vom 05.09.2000 bis 19.11.2000 genau Tag

Zielgebiete

8.3	L Mamma	L links	Lösch.
8.1	L Brustwand	L links	Lösch.

Applikationsart: Teletherapie (perkutane Ther.) Gesamt dosis: 50 Gy Einzeldosis:

Nebenwirk. (leer) + Beurteilung Vorgehen (leer) Dokument.-Status:

zug. Verlauf: 3 L Z.n. Radiation der re. Tho ... durchgeführt von: Zentrum für Radiologie, Universitätsklinik, Mus. Melde-Info

zuletzt geändert am 17.09.2006 15:17:36 durch BEISPIEL

Speichern Drucken Erweitert Zurück

bestkurz 09/06

Derzeit werden Nebenwirkungen im Rahmen von Zertifizierungen im allgemeinen noch nicht analysiert.

Systemische Therapie

Systemische/Internistische Therapie

Patient: Mammari, Eleonore, 21.01.1950 312 Lfd der Th. 1

Abteilung: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt 1 Weitere parallele Operativ

Tumor: Mammakarzinom 1 and. Tumor Therapien: Strahlenth.

Art: CP L Protokoll: CMF L Med. ID: 152 L Protok.-Info. Therapiekonzept

Stellung in Beh.: Postoperative Chemotherapie Intention: Kurativ Komb.m.Radioth.: Nein Typ (wg. A L Kompatibilität)

von 19.12.2000 bis 19.03.2001 genau? Jahr geplante Dauer Ende

Bezeichnung: CMF Nebenwirkungen? (leer) ...

Beurteilung verabreichte Zyklen

Verabreichte Zyklen (aktuellste zuerst)

Zyklus Nr	Beginn	Ende	Beschreibung	Bemerkung	Vorgehen	Neuer Zyklus	
						Dokumentat.	Planung
						Dokumentat.	Planung
						Dokumentat.	Planung
						Dokumentat.	Planung
						Dokumentat.	Planung

Zugehöriger Verlauf: 2 L durchgeführt von: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik Melde-Info Erfassung abgeschl.

zuletzt geändert am 17.09.2006 15:24:59 durch BEISPIEL

Speichern Bericht Aufent. Zurück

innere 09/06

Die speziellen Angaben zur [systemischen Therapie \(Hormon-, Anti-Hormon- und Chemotherapie\)](#) erfordern ebenfalls eine Aussage zur Stellung innerhalb des Gesamtkonzepts sowie eine Zuordnung zu bestimmten Therapiekategorien. Auch hier muß z.B. innerhalb der erweiterten Therapiemaske eine Zuordnung zu einer bestimmten Therapieform ("Protokoll")

erfolgen. Die Protokollstammdaten müssen also zumindest die im Einsatz befindlichen Therapien nach der geforderten Detaillierung unterscheiden können (z.B. im Fall des Mammakarzinoms für DMP CMF, anthrazyklinhaltig anti-hormonelle Therapie).

Follow-up

Verlaufsdaten (Kurzfassung)

Patient: Kauz, Karoline, 06.07.1955 (PID n.v.) 470
 Tumor: Mammakarzinom 1

Datum der Beurteilung: 20.04.2005 Genauigkeit: Tag Kopieren LfdNr: 4
 Bezeichnung: unauffällige Nachsorge L
 Anlaß der Erfassung: Langzeitbetreuung/Nachsorge

aktuelle Situation

Gesamtbeurteilung: O L postoperativ R0, Tumormarker nicht berücksichtigt oder unbekannt
 Primärtumor: kein Tumor nachweisbar
 Lymphknoten: keine regionären Lymphknotenm.
 Metastasen: keine Fernmet. nachweisbar ...

neues Tumorstadium: ...
 neu Histologie: Nein ...
 Folgeerkrankungen: Nein ...

Leistungszustand (ECOG): L
 Beurteilung:
 Erfassung abgeschlossen?: Nein

Therapie

Operation: Nein
 Bestrahlung: Nein
 Chemotherapie: Nein
 Hormontherapie: Nein
 Immuntherapie: Nein
 Knochenmarktransplantation: Nein
 Anschlußheilbehandlung: Nein
 Nachsorge: Ja
 Sonstige: L

Ziel Primärtumor Lymphkn. Fernmetast.
 von L bis L
 R-Klassif.:
 Residuatu.:

Speichern Metastasen Therapiekonzept Aufenthalt erweitert Therapiedokumente Bericht ? Zurück
 Folge./Begleiterkr. vorgeseh. Maßn. zusätzl. Dokum. Untersuchungen Melde-Info
 verkurz 10/05

Ein systematisches Follow-up ermöglicht Auswertung und Vergleich von lagfristigen Therapieerfolgen. In GTDS gibt es verschiedene Verfahren, die das Anfordern von Follow-up Informationen bei weiterbehandelnden Ärzten ermöglichen. Die Dokumentation erfolgt wie alle Verlaufsdaten in dieser Maske. Im Falle unauffälliger Nachsorgeergebnisse kann die Maske über eine Standardauswahl korrekt belegt werden.

Bei Rezidiven eines Mammakarzinoms sollte erneut eine Zusatzdokumentation angelegt werden, damit das Ereignis korrekt in die Fallzählung eingeht. Allerdings werden zur Zeit nur Primärfälle gezählt.

Details zur Metastasierung sollten in der Metastasierungsmaske eingegeben werden.

Metastasenübersicht

Beispielbenutzer gtds: Patient: Kauz, Karoline, 06.07.1955 (PID n.v.) 470 20.12.2005

Kontextdokument: Fernmetastasierung Verlauf 5 20.10.2005

Aktuelle Abteilung: Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt 1

Lfdnr	Datum d. Auftr.	Codierung	Bezeichnung	Zugeordneter Tumor	Sicherung der Metastasendiagnose	Änderbar?
1	20.10.2005	OSS L T L	Knochen	1 L Mammakarzinom	klinisch gesichert	Ja
		L L		L		
		L L		L		
		L L		L		
		L L		L		
		L L		L		
		L L		L		
		L L		L		

Zusatzinformationen

Histologieschlüssel: L 31

Eingegeben im Rahmen von: Verlauf 5 Fernmetastasierung

Eingegeben durch: 1 Zentrum für Innere Medizin, Universitätsklinik, Musterstadt

metkurz 11/04

Für Nebenwirkungen und Folgeerkrankungen, die langfristig auftreten, wird die [Maske "Folge- und Begleiterkrankungen"](#) benutzt, die zum Beispiel von Verlaufsdaten heraus aufgerufen werden kann.

Eine spezielle Form von Verlauf ist die Information, daß ein Patient zum Zeitpunkt X lebt. Diese kann zum Beispiel durch eine Patientenbefragung oder durch eine Meldeamtsanfrage, ob per Brief oder elektronisch, gewonnen worden sein. In diesen Fällen kann naturgemäß in der Regel keine valide Information zum Erkrankungsstatus erwartet werden. Es empfiehlt sich aus Gründen der Übersichtlichkeit, diesen Verläufen, sofern sie nicht automatisch erzeugt wurden, einen speziellen Namen zu geben, "Patientenbefragung" oder "Patient lebt". Als Datum wird das Datum des Rücksendens der Patientenbefragung oder des telefonischen Patientenkontaktes bzw. das Datum des Abgleichs des Melderegisters eingetragen. Die übrigen Felder können leer gelassen werden (außer definierter Zusatzfelder, die z.B. aus der Befragung hervorgehen).

Abschluß

Abschlußdaten

Patient : ID. :

Abt. : : Abschluß-ID. :

Datum d. letzten Information zugeordneter Tumor

Grund des Abschlusses Betreuung wo

Quelle der Angaben

Bezeichnung

Beurteilung

Falls verstorben

Tod tumorbedingt ?

Sterbedatum exakt ?

Autopsie durchgeführt ?

Quelle d. Angaben d. Todesursache/n

Todesursachen

Qualifikator	Quelle	Code	Aufl.	Beschreibung
<input type="text" value="unmittelb. Tode:"/>	<input type="text" value="Totenschein"/>	<input type="text" value="R64"/>	<input type="text" value="10vC"/>	<input type="text" value="Tumorkachexie"/>
<input type="text" value="Zwischenursa"/>	<input type="text" value="Totenschein"/>	<input type="text" value="C79.5"/>	<input type="text" value="10vC"/>	<input type="text" value="Knochenmetastase"/>
<input type="text" value="Grundleiden"/>	<input type="text" value="Totenschein"/>	<input type="text" value="C50.9"/>	<input type="text" value="10vC"/>	<input type="text" value="Mammakarzinom"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

zuletzt bearbeitet von/am

durchgeführt von Erfassung abgeschlossen

abschl 10/04

In den Abschlußdaten können neben dem Sterbedaten detailliert die Todesursachen sowie die Krebs/Tod-Relation angegeben werden.

Weitere Themen

- [Allgemeines zur GTDS-Bedienung](#)