

Plausibilitätsrichtlinie  
zur Prüfung der Dokumentationsdaten  
des strukturierten Behandlungsprogramms

**Brustkrebs**

postoperative Erstdokumentation nach präoperativer Einschreibung (pnp)

Grundlage:

Anlage 4 DMP-A-RL  
01.10.2017

Stand der Bearbeitung:

04.09.2018

Version

7.1.

anzuwenden ab:

01.10.2018

Brustkrebs – Erstdokumentation			
Feld-Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung	Plausibilitätsregeln
Administrative Daten			
1	DMP-Fallnummer	Nummer	Pflichtfeld; bis zu 7 Stellen; alphanumerische Angabe
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname	Pflichtfeld
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld; Das Datum muss kleiner dem Erstelldatum in Feld 31 sein.
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse	Pflichtfeld
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 7-stellige Nummer	Pflichtfeld, 7- oder 9-stellige numerische Angabe
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)	Pflichtfeld; bis zu 12 Stellen, alphanumerische Angabe
7a	Vertragsarzt-Nummer <sup>1</sup>	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe Wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig.
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe Wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig.
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer	Bedingtes Pflichtfeld; neunstellige numerische Angabe Wenn eine Angabe in Feld 7a und in Feld 7b erfolgt ist, ist hier keine Angabe erforderlich
	[Geschlecht]	W / M	Optionales Feld; Nur die alleinige Angabe „w“ ist zulässig
9	Datum <sup>2</sup>	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld; Das Datum muss gleich oder kleiner zum Erfassungsdatum bei der entgegennehmenden Stelle (z.B. Datenstelle) sein
<b>Einschreibung</b>			
10	Primärtumor Datum des histologischen	TT.MM.JJJJ	- Keine Angabe zulässig

<sup>1</sup> Gemeint ist die Lebenslange Arztnummer

<sup>2</sup> Dies entspricht dem Kopfdatum („origination\_dttm“)

	Nachweises		
11	kontralateraler Brustkrebs  Datum des histologischen Nachweises	TT.MM.JJJJ	- Keine Angabe zulässig
12	Lokoregionäres Rezidiv  Datum des histologischen Nachweises	TT.MM.JJJJ	- Keine Angabe zulässig
13	Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen	TT.MM.JJJJ	- Keine Angabe zulässig
<b>Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses</b>			
14	Operative Therapie	BET / Mastektomie/ Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / OP geplant / OP nicht geplant	Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich  - Die Angabe „OP geplant“ ist nicht zulässig - Wenn „OP nicht geplant“ angegeben wird, dann muss in Feld 15 „(c) Klinisch“ angegeben werden - Wenn „OP nicht geplant“ angegeben wird, darf keine weitere Ausprägung angegeben werden  - Die Angaben „BET“ oder „Mastektomie“ oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ oder „Axilläre Lymphonodektomie“ oder „Anderes Vorgehen“ können sowohl gemeinsam als auch alleine angegeben werden.  - Wenn „BET“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angegeben ist, dann muss in Feld 15 „(p) Pathologisch (postoperativ)“ oder „(yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie“ angegeben sein
<b>Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses</b>			
15	TNM-Klassifizierung	(p) Pathologisch (postoperativ) / (c)	Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig

		Klinisch / (yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Wenn in Feld 14 die Angabe „OP nicht geplant“ erfolgt ist, ist hier ausschließlich die Angabe „(c) Klinisch“ zulässig.</li> <li>- Wenn in Feld 14 die Angabe „OP nicht geplant“ erfolgt ist, ist hier die Angabe „(p) Pathologisch (postoperativ)“ oder „(yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie“ nicht zulässig.</li> </ul>
16	T	X / Tis/ 0 / 1 / 2 / 3 / 4	Pflichtfeld; Nur eine Angabe ist zulässig
17	N	X / 0 / 1 / 2 / 3	Pflichtfeld; Nur eine Angabe ist zulässig
18	M	0 / 1	Pflichtfeld; Nur eine Antwort ist zulässig
19	Hormonrezeptorstatus Östrogen und/oder Progesteron (gemäß Immunreaktiver Score [IRS])	Positiv / Negativ / Unbekannt	Bedingtes Pflichtfeld; <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur eine Antwort ist zulässig</li> <li>- Eine Angabe ist erforderlich, wenn in Feld 18 die Angabe „0“ erfolgt ist</li> <li>- Eine Angabe ist nicht zulässig, wenn in Feld 18 die Angabe „1“ erfolgt ist</li> </ul>
<b>Behandlung des Primärtumors / Kontralateralen Brustkrebses</b>			
20	Aktuelle adjuvante endokrine Therapie	Aromataseinhibitoren / Tamoxifen / Andere / Keine / Endokrine Therapie geplant	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optionale Angabe</li> </ul> Mehrfachnennungen sind möglich
21	Nebenwirkungen der aktuellen adjuvanten endokrinen Therapie	Nein / nicht belastend / mäßig belastend / stark belastend / nicht erfragt	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optionale Angabe</li> </ul> Nur eine Angabe ist zulässig
22	Fortführung der adjuvanten endokrinen Therapie	Vor dem abgeschlossenen 5. Jahr abgebrochen / Regulär nach fünf Jahren abgeschlossen / Aktuell andauernd, seit weniger als 5 Jahren / Aktuell andauernd, Fortführung über fünf Jahre hinaus / Keine	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Optionale Angabe</li> </ul> Nur eine Angabe ist zulässig

		endokrine Therapie durchgeführt	
23	Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund	Auffällig/Unauffällig/Unbekannt	- Optionale Angabe Nur eine Angabe ist zulässig
<b>Befunde und Therapie von Fernmetastasen</b>			
24	Lokalisation von Fernmetastasen	Knochen / viszeral/ ZNS/ Andere	- Optionale Angabe Mehrfachnennungen sind möglich
25	Therapie bei Knochenmetastasen	a) Bisphosphonate: Ja / Nein / Kontraindikation  b) Denosumab: Ja / Nein / Kontraindikation	- Optionale Angabe Mehrfachnennungen sind möglich
<b>Sonstige Befunde</b>			
26	Symptomatisches Lymphödem	Ja, Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Ja, keine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Nein	- Optionale Angabe Nur eine Antwort ist zulässig
27	Empfehlung zu regelmäßigem körperlichen Training abgegeben	Ja/ Nein	- Optionale Angabe Nur eine Antwort ist zulässig

28	Z. n. besonders kardiotoxischer Tumortherapie	Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin) / Trastuzumab / linksthorakale Bestrahlung / Unbekannt / Nein	- Optionale Angabe Mehrfachnennungen sind möglich
39	Körpergröße	cm	- Optionale Angabe
30	Körpergewicht	kg	- Optionale Angabe
31	Datum der Erstellung	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld Das Datum muss gleich oder kleiner dem Erfassungsdatum in der entgegennehmenden Stelle (z.B. Datenstelle) sein.