

Ausfüllhinweise Modul 18/1: Mammachirurgie

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
1	Institutionskennzeichen	IKNr		Das IK wird bei der Datenübermittlung zwischen den Gesetzl. Krankenkassen und den Leistungserbringern als eindeutige Identifizierung verwendet. Die IK werden durch die Sammel- und Vergabestelle IK in St. Augustin vergeben und gepflegt. Bitte das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK verwenden.
1,1	Betriebsstätten-Nummer			Dieses Datenfeld dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung (immer „1“) kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebsstättennummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben.
2	Fachabteilung	Fachabt	§ 301-Vereinbarung	Für chirurgische Abteilungen, die durch Subschlüssel nicht abbildbar sind, soll der entsprechende Hauptkode verwendet werden (1500 Allgemeine Chirurgie).
3	Identifikationsnummer des Patienten			Die Identifikationsnummer erhält der Patient im Krankenhaus bei der Aufnahme. Verbleibt im Krankenhaus, wird nicht an LQS/BQS übermittelt.
4	Geburtsdatum			Hier muss das Geburtsjahr als vierstellige Zahl angegeben werden (JJJJ).
5	Geschlecht	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich	Eintrag der Schlüsselwerte für das Geschlecht
6	Aufnahmedatum Krankenhaus			Datum der Aufnahme ins Krankenhaus
7	Aufnahmediagnose(n) ICD-10	ICD10		
7,1	Aufnahmediagnose(n) ICD-10-Version	ICDVersion	0 = ICD-9, 2. Auflage vom 01.01.1993 1 = ICD-10 1.3 SGB V vom Juli 1999 2 = ICD-10 2.0 SGB V vom 15.11.2000 3 = ICD-10-GM Version 2004	
8	Einstufung nach ASA-Klassifikation	ASA	1 = normaler, ansonsten gesunder Patient 2 = Patient mit leichter Allgemeinerkrankung 3 = Patient mit schwerer Allgemeinerkrankung und Leistungseinschränkung 4 = Patient mit inaktivierender Allgemeinerkrankung, ständige Lebensbedrohung 5 = moribunder Patient	Risikoklassifikation ASA = American Society of Anesthesiologists
10	tastbarer Mammabefund	JN	1 = ja 0 = nein	Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Item 29) ist hier der prätherapeutische Befund vor der neoadjuvanten Therapie anzugeben
9	Zu operierende Seite	ZuOpSeite	1 = rechts 2 = links	Seitenangabe der operierten Brust.
11	Primärtumor T	TNMT	Kodes siehe Dokumentationsbogen	Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Item 29) ist hier der prätherapeutische Befund vor der neoadjuvanten Therapie anzugeben Angabe zur prätherapeutischen Diagnosesicherung: (Schlüssel 1) Die TNM-Klassifikation erfolgt nach der 6. Auflage 2002 ^(1,2)

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>Obligat sind nur die Hauptkategorien, die Unterteilung in Subkategorien (bei T1, T4, N2, N3) ist fakultativ.</p> <p>⁽¹⁾ UICC (2002) TNM classification of malignant tumours, 6th ed. (Soblin LH, Wittekind Ch, eds.). John Wiley & Sons, New York ⁽²⁾ UICC (2002) TNM Klassifikation maligner Tumoren, 6. Aufl. (Wittekind Ch, Meyer H-J, Bootz F, Hrsg). Springer, Berlin Heidelberg New York</p> <p>1. Allgemeine Regeln zur klinischen Klassifikation Im Falle multizentrischer Karzinome (Definition siehe unten) wird der Tumor mit der höchsten T-Kategorie klassifiziert. Simultane bilaterale Tumoren werden getrennt klassifiziert.</p> <p>Schema zur T-Klassifikation</p> <p>TX Primärtumor kann nicht beurteilt werden T0 Kein Anhalt für Primärtumor Tis Carcinoma in situ: Tis (DCIS): Duktales Carcinoma in situ Tis (LCIS): Lobuläres Carcinoma in situ Tis (Paget): M. Paget der Mamille ohne nachweisbaren Tumor ⁽¹⁾</p> <p>Diese Zusätze können in der QS-Dokumentation nicht verschlüsselt werden.</p> <p>Invasive Karzinome ohne direkte Ausdehnung auf Brustwand⁽²⁾ oder Haut⁽³⁾.</p> <p>T1 Tumor 2 cm oder weniger T1mic Mikroinvasion ⁽⁴⁾ T1a Tumor > 0,1 – 0,5 cm T1b Tumor > 0,5 – 1,0 cm T1c Tumor > 1,0 – 2,0 cm</p> <p>T2 Tumor > 2 – 5 cm T3 Tumor > 5 cm T4 Tumor jeder Größe mit direkter Ausbreitung auf Brustwand⁽²⁾ oder Haut⁽³⁾.</p> <p>T4a Ausdehnung auf Brustwand⁽²⁾ T4b Ödem (einschließlich Apfelsinenhaut) oder Ulzeration der Brusthaut oder Satellitenmetastasen der Haut der gleichen Brust. T4c Kriterien von T4a und T4b T4d Entzündliches (inflammatorisches) Karzinom⁽⁵⁾.</p> <p>⁽¹⁾M. Paget kombiniert mit einem nachweisbaren Tumor wird entsprechend der Größe des Tumors klassifiziert.</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>⁽²⁾ Die Brustwand schließt die Rippen, die Interkostalmuskulatur und den vorderen Serratusmuskel mit ein, nicht aber die Pektoralismuskulatur.</p> <p>⁽³⁾ Als Ausdehnung auf die Haut gelten Ödem inkl. Apfelsinenhaut, Ulzeration der Brusthaut oder Satellitenmetastasen der Haut der gleichen Brust. Einziehungen der Haut oder der Mamille oder andere Hautveränderungen (außer denjenigen, die in T4b, 4d klassifiziert sind) können in T1, T2, T3 vorkommen, ohne die T-Klassifikation zu beeinflussen.</p> <p>⁽⁴⁾ Unter Mikroinvasion wird ein Eindringen von Karzinomzellen über die Basalmembran hinaus in das angrenzende Gewebe verstanden. Kein Invasionsherd darf mehr als 0,1 cm in größter Ausdehnung messen. Wenn multiple Mikroinvasionsherde vorliegen, wird nur die Ausdehnung des größten Herdes für die Klassifikation verwendet. (Eine Summe aus der Größe aller Mikroinvasionsherde darf nicht gebildet werden). Das Vorhandensein multipler Mikroinvasionsherde sollte ebenso wie bei multiplen größeren Karzinomen festgehalten werden.</p> <p>⁽⁵⁾ Entzündliche (inflammatorische) Karzinome der Brust sind durch eine diffuse braune Induration der Haut mit erysipelähnlichem Rand gekennzeichnet, gewöhnlich ohne eine palpable Tumormasse.</p>
12	regionäre Lymphknoten N	TNMN	<p>0 = Keine regionären Lymphknotenmetastasen 1 = Metastase(n) in beweglichen ipsilateralen axillären Lymphknoten 2 = Metastase(n) in ipsilat. ax. LK, untereinander oder an andere Strukturen fixiert oder in klin. erkennbaren ipsilat. LK entlang der A. mammaria int. in Abw. klin. erkennbarer ax. LK-Metastasen 2a = Metastase(n) in ipsilateralen axillären Lymphknoten, untereinander oder an andere Strukturen fixiert 2b = Metastase(n) in klinisch erkennbaren ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Abwesenheit klinisch erkennbarer axillärer Lymphknotenmetastasen 3 = Metastase(n). in ipsilat. infraklavik. LK mit oder ohne Beteiligung der ax. LK. oder in klin. erkennbaren ipsilat. LK entlang d. A. mam. int. in Anwesenheit klin. erkennbarer ax. LK-Metast. oder Metast. in ipsilat. supraklavik. LK mit oder ohne Beteiligung. ax. LK oder LK entl. d. A. mam. int. 3a = Metastase(n) in ipsilateralen infraklavikulären Lymphknoten 3b = Metastase(n) in ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria in Anwesenheit axillärer Lymphknotenmetastasen 3c = Metastase(n) in ipsilateralen supraklavikulären Lymphknoten X = Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden</p>	<p>Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Item 29) ist hier der prätherapeutische Befund vor der neoadjuvanten Therapie anzugeben</p> <p>Angabe zur prätherapeutischen Diagnosesicherung (Schlüssel 2):</p> <p>Definition der regionären Lymphknoten Regionäre Lymphknoten sind:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ipsilaterale axilläre Lymphknoten (einschl. intramammäre Lymphknoten und interpektorale (Rotter-) Lymphknoten 2. Ipsilaterale infraklavikuläre (subklavikuläre) Lymphknoten 3. Ipsilaterale Lymphknoten an der A. mammaria interna 4. Ipsilaterale supraklavikuläre Lymphknoten <p>Metastasen in allen anderen Lymphknoten werden als Fernmetastasen klassifiziert.</p> <p>Schema zur N-Klassifikation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vorbemerkung: Berücksichtigt wird nur „klinischer Befall“, bestimmt durch klinische Untersuchung oder bildgebende Verfahren ausgenommen Lymphszintigraphie. Befunde an Sentinel-Node-Biopsien werden stets als pN eingeordnet und in der klinischen N-Klassifikation nicht berücksichtigt^(1,2). - Regionäre LK können nicht beurteilt werden NX

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise												
				<p>- Keine regionären Lymphknotenmetastasen N0</p> <p>- Klinischer Befall nur von ipsilateralen axillären und/oder ipsilateralen Mammaria-Lymphknoten</p> <table border="1" data-bbox="1451 339 2089 671"> <tr> <td data-bbox="1451 339 1615 472">Axilla Mammaria</td> <td data-bbox="1615 339 1744 472">tumorfrei</td> <td data-bbox="1744 339 1910 472">Tumorbefall , beweglich</td> <td data-bbox="1910 339 2089 472">Tumorbefall , fixiert</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1451 472 1615 582">tumorfrei</td> <td data-bbox="1615 472 1744 582">N0</td> <td data-bbox="1744 472 1910 582">N1</td> <td data-bbox="1910 472 2089 582">N2a</td> </tr> <tr> <td data-bbox="1451 582 1615 671">tumorbefallen</td> <td data-bbox="1615 582 1744 671">N2b</td> <td data-bbox="1744 582 1910 671">N3b</td> <td data-bbox="1910 582 2089 671">N3b</td> </tr> </table> <p>Klinischer Befall ipsilateraler infra- (sub-)klavikulärer Lymphknoten N3a Klinischer Befall ipsilateraler supraklavikulärer Lymphknoten N3c</p> <p>⁽¹⁾ UICC (2002) TNM classification of malignant tumours, 6th ed. (Soblin LH, Wittekind Ch, eds.). John Wiley & Sons, New York ⁽²⁾ UICC (2002) TNM Klassifikation maligner Tumoren, 6. Aufl. (Wittekind Ch, Meyer H-J, Bootz F, Hrsg). Springer, Berlin Heidelberg New York</p>	Axilla Mammaria	tumorfrei	Tumorbefall , beweglich	Tumorbefall , fixiert	tumorfrei	N0	N1	N2a	tumorbefallen	N2b	N3b	N3b
Axilla Mammaria	tumorfrei	Tumorbefall , beweglich	Tumorbefall , fixiert													
tumorfrei	N0	N1	N2a													
tumorbefallen	N2b	N3b	N3b													
13	Fernmetastasen M	TNMM	0 = Keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen X = Fernmetastasen können nicht beurteilt werden	<p>Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Item 29) ist hier der prätherapeutische Befund vor der neoadjuvanten Therapie anzugeben</p> <p>Zur Fernmetastasensuche sollen als Standard das Knochenszintigramm, ein Röntgen-Thorax und eine Leberzonographie gefordert werden (entspricht interdisziplinärer Stufe-3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms“). Nur bei Vorliegen dieser Untersuchungen kann eine Fernmetastatsierung ausgeschlossen werden und damit M0 dokumentiert werden.</p> <p>Ein <u>zytologisch</u> positiver Knochenmarksbefund allein bedeutet M0.</p> <p>Angabe zur prätherapeutischen Diagnosesicherung:</p> <p>Regeln zur klinischen M-Klassifikation (Schlüssel 3): (TNM Klassifikation nach UICC, 6. Auflage, 2002)</p>												
14	Mikrokalk	Jleer	1 = ja	Befund in der bildgebenden Diagnostik der befallenen Seite: Nachweis von Mikrokalk Ja / Keine Angabe												
15	Multizentrität	Jleer	1 = ja	Multizentrität ist nach der Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft ⁽¹⁾ definiert als Vorhandensein von mindestens 40 mm voneinander getrennt												

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>liegenden Tumorherden und zwar unabhängig von der makroskopischen Erkennbarkeit und von der Lage in unterschiedlichen Quadranten.</p> <p>⁽¹⁾ Deutsche Krebsgesellschaft und beteiligte medizinische Fachgesellschaften (Kreienberg R, v. Minkwitz G, Volm T, Schmitt-Thomas B, Redaktion) (2002): Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms der Frau. Eine nationale S3-Leitlinie (Vorabversion S3-Leitlinie vom Februar 2003)</p>
16	Multifokalität	Jleer	1 = ja	Vorhandensein von mehreren Tumorherden, die weniger als 40 mm voneinander entfernt sind, wird als Multifokalität bezeichnet (Leitlinie der Deutschen Krebsgesellschaft).
17	keiner dieser Befunde	Jleer	1 = ja	Ausfüllen, wenn keine der obigen Informationen zutrifft.
18	Histologie vor dem ersten Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vorliegend	JN	1 = ja 0 = nein	Ein histologischer Befund z.B. durch Stanzbiopsie liegt vor dem ersten operativen Eingriff bei diesem stationären Aufenthalt vor.
19	Histologie	HistolOpGynM	Kodes siehe Dokumentationsbogen	<p>Die histologische Klassifikation erfolgt entsprechend den in Schlüssel 5 aufgelisteten Kategorien.</p> <p>Die Graduierung des DCIS erfolgt nach den Vorschlägen einer Internationalen Konsensuskonferenz⁽⁶⁾</p> <p>⁽⁶⁾ Consensus Conference Committee (1997) Consensus conference on the classification of ductal carcinoma in situ. Cancer 80: 1798-1802.</p>
20	Datum der prätherapeutischen histologischen Diagnose			Eingetragen wird das Datum des definitiven Befundes des pathologischen Institutes.
21	Methode bekannt	JN	1 = ja 0 = nein	
22	Stanzbiopsie	Jleer	1 = ja	<p>Art der Materialgewinnung:</p> <p>Als Stanzbiopsien gelten Biopsien mit Nadeln, deren Außendurchmesser 1 mm oder mehr beträgt (Grobnadel-, Core-, Drillbiopsie).</p>
23	vakuumentstützte Mammabiopsie	Jleer	1 = ja	<p>Art der Materialgewinnung:</p> <p>Vakuumbiopsien und ABBI-Biopsien werden unter dem Item vakuumunterstützte Mammabiopsie dokumentiert (Item 23).</p>
24	offene Biopsie	Jleer	1 = ja	<p>Art der Materialgewinnung:</p> <p>Offene Biopsien sind chirurgische Eingriffe bei noch nicht gesicherter mikroskopischer Diagnose. Sie werden als lokale Exzision (Tumorektomie, Exzisionsbiopsie) vorgenommen, gelegentlich (bei Verdacht auf M. Paget) auch als Mamillenexzision.</p>
25	Feinnadelbiopsie	Jleer	1 = ja	<p>Art der Materialgewinnung:</p> <p>Bei Feinnadelbiopsien erfolgt die Entnahme mit Nadeln, deren Außendurchmesser maximal 0,9 mm beträgt. Das so gewonnene Material wird meist zytologisch (Aspirationszytologie), kann aber auch histologisch untersucht werden.</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
26	Sonstige	Jleer	1 = ja	Art der Materialgewinnung: Auswahl, wenn keine der obigen Methoden zutrifft.
27	ambulant	AmbuStatio	1 = in eigener Einrichtung durchgeführt 2 = in Fremdeinrichtung durchgeführt	
28	stationär	AmbuStatio	1 = in eigener Einrichtung durchgeführt 2 = in Fremdeinrichtung durchgeführt	
29	präoperative tumorspezifische Therapie	PraeOpTumorTherapie	0 = nein 1 = systemische Chemotherapie 2 = Strahlentherapie 3 = Kombination von Chemotherapie und Strahlentherapie 4 = Endokrine Therapie 5 = Sonstige	Angaben zur präoperativen Therapie
30	Wievielter Eingriff während dieses Aufenthaltes an dieser Brust?			
31	Tumorresektion wegen Primärerkrankung	JN	1 = ja 0 = nein	
32	Folgeeingriff wegen Primärerkrankung	Folgeeingriff	0 = nein 1 = ja, wegen unvollständiger TU-Entfernung 2 = ja, wegen geplanten mehrzeitigen Vorgehens 3 = ja, aus anderem Grund	
33	Voroperation	AmbuStatio	1 = in eigener Einrichtung durchgeführt 2 = in Fremdeinrichtung durchgeführt	
34	Eingriff wegen Rezidivkrankung	JN	1 = ja 0 = nein	
35	präoperative Markierung durch bildgebende Verfahren	JN	1 = ja 0 = nein	Die präoperative Markierung erfolgt durch Drahtschlinge, die unter Zuhilfenahme der bildgebenden Diagnostik in Tumornähe platziert wird.
36	Mammographie	Jleer	1 = ja	
37	Sonographie	Jleer	1 = ja	
38	MRT	Jleer	1 = ja	
39	postoperatives Präparatröntgen	JN	1 = ja 0 = nein	Erfassung des Merkmals zur postoperativen Qualitätskontrolle bei vorausgegangener bildgebender Herdlokalisierung und Tumorentfernung
40	präoperative Wundkontaminationsklassifikation (nach Definition der CDC)	praeCDC	1 = aseptische Eingriffe 2 = bedingt aseptische Eingriffe 3 = kontaminierte Eingriffe 4 = septische Eingriffe	Präoperative Wundkontamination nach CDC-Kriterien: 1 = aseptische Eingriffe: nichtinfiziertes OP-Gebiet, in dem keine Entzündung vorhanden ist und weder der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt eröffnet wurden. Sie werden primär verschlossen und, wenn nötig, mit einer geschlossenen Drainage versorgt. Operative Wunden nach stumpfen, nicht penetrierenden Traumata werden eingeschlossen, sofern die o. g. Kriterien erfüllt sind. - z.B. <i>elektive Schilddrüsen-, Herz-, Gelenk-OP.</i> 2 = bedingt aseptische Eingriffe: Eingriffe, bei denen der Respirations-, Gastrointestinal- oder Urogenitaltrakt unter kontrollierten Bedingungen und ohne ungewöhnliche Kontamination eröffnet werden.

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>- z.B. Appendektomie oder OP im Bereich des Oropharynx, der Vagina oder der Gallenwege, Sectio caesarea, sofern keine Hinweise für Infektionen oder Verletzungen der aseptischen Technik vorliegen.</p> <p>3 = kontaminierte Eingriffe: Offene, frische Zufallswunden, außerdem Operationen mit einem größeren Bruch in der aseptischen Technik (z.B. offene Herzmassage) oder mit deutlichem Austritt von Darminhalt sowie Eingriffe, bei denen eine akute nichteitrige Entzündung vorhanden ist. - z.B. <i>abdominoperineale Rektumamputation, Sectio caesarea bei mütterlichem Fieber, erhöhten Entzündungszeichen oder vorzeitigem Blasensprung</i></p> <p>4 = septische Eingriffe: Alte Verletzungswunden mit devitalisiertem Gewebe und solche Eingriffe bei bereits vorhandener Infektion oder nach Perforation im Gastrointestinaltrakt. Bei dieser Wundkontaminationsklasse ist das Operationsfeld schon präoperativ mit Erregern von möglichen postoperativen Infektionen besiedelt. - z.B. <i>OP nach Darmperforation, bei eitriger Cholezystitis, Klappenersatz bei florider Endokarditis, Sectio caesarea mit stinkendem Fruchtwasser bei Amnioninfektionssyndrom</i></p> <p>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
41	OP-Datum			
42	Operation OPS-301	OPS301		
42,1	OPS-301-Version	OPSVersion	1 = OPS-301 Version 1.1 2 = OPS-301 Version 2.0 3 = OPS-301 Version 2.1 4 = OPS-301 Version 2004	Automatischer Eintrag durch die Software
43	perioperative Antibiotikaprophylaxe	JN	1 = ja 0 = nein	Angaben zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe
44	Intraoperativer Schnellschnitt durchgeführt	JN	1 = ja 0 = nein	Angaben zum intraoperativen Schnellschnitt* *Mit diesem Item sind nur die Schnellschnittuntersuchungen des Primärtumors gemeint (nicht solche der Resektionsränder oder der Lymphknoten).
45	brusterhaltende Operation (BET)	BrustErhalt	0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz erfüllter Kriterien BET) 3 = ja (auf Wunsch Patient(in), trotz nicht erfüllter Kriterien BET)	Angabe zur Brusterhaltenden OP
46	Rekonstruktion	NJNWunschPat	0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz ärztlicher Empfehlung)	Angabe zum Wiederaufbau der Brust nach tumorsanierendem Eingriff Eine Rekonstruktion liegt dann vor, wenn einer der folgenden Eingriffe durchgeführt wurde: <u>Nach Brusterhaltung:</u> 1. die glanduläre Lappenplastik, bei der der gesamte Drüsenkörper, ausgedehnt in alle Richtungen mobilisiert wird.

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>Die einfache Mobilisierung des tumornahen Drüsenkörpers kann nicht als plastische Operation angesehen werden.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. die gestielte Hautlappenplastik (mediale oder laterale Stielung): Dies dient zum Ersatz von verloren gegangener Haut 3. die tumoradaptierte Reduktionsplastik 4. die gestielte Hautmuskelinsellappen-Plastik (z. B. Latissimus dorsi), auch alleinige Muskellappenplastik immer dann, wenn bei der kleineren oder mittleren Brust größere Resektions-volumina und Haut entfernt werden müssen (partielle Mastektomie). <p>Nach Mastektomie:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Implantatrekonstruktion (Expander oder Permanentimplantat) 2. Autologe Rekonstruktion (gestielte Hautlappenplastik, gestielte Hautmuskelinsellappen-Plastik, freie Hautmuskelinsellappen-Plastik oder Perforatorplastik) 3. Kombinierte autologe heterologe Rekonstruktion
47	Zeitpunkt	PrimaerSekundaerBeides	1 = primär 2 = sekundär 3 = nicht näher bezeichnet	Angabe zum Zeitpunkt des Brustwiederaufbaues
48	Material	FremdEigenBeides	1 = Fremdmaterial 2 = Eigenmaterial 3 = beides	Angabe zum verwendeten Material des Brustwiederaufbaues
49	Angaben des Pathologen zum Sicherheitsabstand	JN	1 = ja 0 = nein	<p>Im Falle einer histologischen Komplett-Remission nach neoadjuvanter Therapie ist hier 0 = nein anzugeben.</p> <p>In den Fällen, in denen vom Pathologen im histologischen Befund die Angabe R0 vorliegt oder auch „ist im Gesunden entfernt“ ohne Angabe des metrischen Abstandes in Millimetern soll 0 = nein dokumentiert werden.</p> <p>Die Forderung einer metrischen minimalen Abstandsangabe zum Resektionsrand entspricht der Stufe-3-Leitlinie Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland¹ und der Stufe-3-Leitlinie Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau²</p> <p>Resektionen nicht im Gesunden (R1) sind mit 1 = ja anzugeben.</p> <p>Bei Nachresektaten ohne histologisch nachweisbare Tumorreste ist hier 1 = ja einzugeben, wenn die minimale zum Tumor ursprünglich gelegene Schichtdicke (mm) bekannt ist.</p> <p>¹ Schulz Schulz KD, Albert US und die Mitglieder der Planungsgruppe und Leiter der Arbeitsgruppen Konzertierte Aktion Brustkrebs-Früherkennung in Deutschland. Stufe-3-Leitlinie Brustkrebsfrüherkennung in Deutschland. 1. Auflage. Zuckschwerdt, München. 2003.</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>² Deutsche Krebsgesellschaft und beteiligte medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften . Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau. Eine nationale S3-Leitlinie. Deutsche Krebsgesellschaft e.V., (Hrsg.) AWMF Leitlinienregister, Nr. 032/045, Entwicklungsstufe 3 + IDA, Juni 2004. www.uni-duesseldorf.de/awmf/llindex.html</p>
50	geringster angegebener Abstand des TU (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand			<p>Zum Eingriff zugehörige Histologie:</p> <p>Im pathologischen Befund soll der minimale Abstand des Tumors von den Resektionsrändern angegeben werden. Dabei ist bei invasivem Tumor mit umgebender in-situ-Komponente die letztere mit einzubeziehen. Sowohl kontinuierliche Primärtumorausläufer als auch diskontinuierliche Tumorherde (sog. Satelliten bei Multifokalität) werden berücksichtigt. Tumorzellen oder –zellverbände in Lymph- oder Blutgefäßen am Resektionsrand werden nur dann berücksichtigt, wenn sie Kontakt mit dem Endothel oder Gefäßinvasion zeigen ⁽¹⁾.</p> <p>⁽¹⁾ Wittekind Ch, Compton CC, Green FL, Sobin LH (2002) TNM residual tumor classification revisited, Cancer 94: 2511-2519.</p> <p>Wenn die Entfernung des Tumors zum Resektionsrand geringer als 1 mm ist (der Tumor aber den Resektionsrand nicht direkt erreicht), soll „NN“ (für nahe) dokumentiert werden.</p> <p>Wenn der Tumor den Resektionsrand erreicht, wird „00“ angegeben.</p> <p>Bei Nachresektaten ohne histologisch nachweisbare Tumorreste ist die minimale zum Tumor ursprünglich gelegene Schichtdicke (mm) anzugeben.</p> <p>Resektionen nicht im Gesunden (R1) sind mit 00 anzugeben.</p> <p>Weitere Empfehlungen zur Angabe des Sicherheitsabstandes: Zur Beurteilung des mit Pektoralisfaszie entnommenen <u>dorsalen</u> und des mit Haut entnommenen <u>ventralen</u> Resektionsrandes gibt es derzeit keine Empfehlungen.</p> <p><u>Aus sachlichen Erwägungen ist derzeit folgendes Vorgehen zu empfehlen:</u></p> <p>Beim <u>intraduktalen Karzinom</u> (duktales Carcinoma in situ) ist bei miterfasster Faszie und miterfasster Haut das DCIS in diesen beiden Resektionsrändern im Gesunden entfernt. Eine Angabe zur Breite des tumorfreien Resektionsrandes erübrigt sich somit bei diesen beiden Bereichen.</p> <p>Beim <u>invasiven Mammakarzinom</u> empfehlen wir folgendes Vorgehen:</p> <p>Der tumorfreie dorsale Resektionsrand sollte in mm angegeben werden. Hier ist entscheidend, ob die miterfasste Faszie und evtl. die</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>Pektoralismuskulatur frei von Tumorfiltreten oder befallen ist, da sich hieraus Hinweise für eine mögliche Strahlentherapie ergeben.</p> <p>Für den ventralen (hauttragenden) Anteil eines Exzidates ist lediglich anzugeben, ob die Subkutis, Dermis oder Epidermis befallen ist. Eine metrische Angabe (mm) ist hier nicht nötig.</p> <p>Damit bezieht sich beim invasiven Karzinom die Angabe des geringsten angegebenen Sicherheitsabstandes auf die dorsalen und seitlichen Resektionsränder</p>
51	postoperative Wundinfektion (nach Definition der CDC)	JN	1 = ja 0 = nein	
52	CDC-Klassifikation	postCDC	1 = A1 (oberflächliche Infektion) 2 = A2 (tiefe Infektion) 3 = A3 (Räume/Organe)	<p>Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zur postoperativen Wundinfektion mit 1 = Ja beantwortet worden ist.</p> <p>CDC-Definitionen für Postoperative Wundinfektionen:</p> <p>A1 Postoperative oberflächliche Wundinfektion</p> <p>Infektion an der Inzisionsstelle innerhalb von 30 Tagen nach der Operation, die nur Haut oder subkutanes Gewebe mit einbezieht, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der oberflächlichen Inzision. 2. Kultureller Nachweis eines Mikroorganismus aus einer steril entnommenen Flüssigkeitskultur oder aus dem Wundabstrich von der oberflächlichen Inzision. 3. Eines der folgenden Anzeichen: Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit, lokalisierte Schwellung, Rötung oder Überwärmung, und Chirurg öffnet die oberflächliche Inzision bewusst. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen mikrobiologischen Kultur von der oberflächlichen Inzision. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>A2 Postoperative tiefe Wundinfektion</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Faszien- und Muskelgewebe, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus der Tiefe der Inzision, aber nicht aus dem operierten Organ bzw. Körperhöhle, da solche Infektionen dann zur Kategorie A3 gehören würden. 2. Spontan oder vom Chirurgen bewusst geöffnet, wenn der Patient mindestens eines der nachfolgenden Symptome hat: Fieber (> 38°C), lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit. Dieses Kriterium gilt jedoch nicht bei Vorliegen einer negativen

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>mikrobiologischen Kultur aus der Tiefe der Inzision.</p> <p>3. Abszess oder sonstige Zeichen der Infektion, die tieferen Schichten betreffend, sind bei der klinischen Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich.</p> <p>4. Diagnose des behandelnden Arztes.</p> <p>A3 Infektion von Organen und Körperhöhlen im Operationsgebiet</p> <p>Infektion innerhalb von 30 Tagen nach der Operation (innerhalb von 1 Jahr, wenn Implantat¹ in situ belassen), und Infektion scheint mit der Operation in Verbindung zu stehen und erfasst Organe oder Körperhöhlen, die während der Operation geöffnet wurden oder an denen manipuliert wurde, und eines der folgenden Kriterien trifft zu:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eitrige Sekretion aus einer Drainage, die Zugang zu dem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet hat. 2. Isolierung eines Mikroorganismus aus steril entnommener Flüssigkeitskultur (bzw. Wundabstrich) oder Gewebekultur aus einem Organ bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet. 3. Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion des Organs bzw. der Körperhöhle im Operationsgebiet, ist bei klinischer Untersuchung, während der erneuten Operation, bei der histopathologischen Untersuchung oder bei radiologischen Untersuchungen ersichtlich. 4. Diagnose des behandelnden Arztes. <p>¹ Definition Implantat: Unter einem Implantat versteht man einen Fremdkörper nicht-menschlicher Herkunft, der einem Patienten während einer Operation auf Dauer eingesetzt wird und an dem nicht routinemäßig für diagnostische oder therapeutische Zwecke manipuliert wird (Hüftprothesen, Gefäßprothesen, Schrauben, Draht, künstl. Bauchnetz, Herzklappen (vom Schwein oder synthetisch)). Menschliche Spenderorgane (Transplantate) wie z. B. Herz, Niere und Leber sind ausgeschlossen.</p> <p>(Quelle: Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen (NRZ) 2004)</p>
53	sonstige postoperative Komplikation(en)	JN	1 = ja 0 = nein	Angabe zu sonstigen postoperativen Komplikationen lt. Schlüssel 4.
54	Art der Komplikation (postoperativ)	PostOpKomplM	Kodes siehe Dokumentationsbogen	<p>Schlüsselwert 01 (Pneumonie): Pneumoniekriterien nach CDC</p> <p>Es muss einem der folgenden Kriterien entsprechen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rasselgeräusche bei der Auskultation oder Dämpfung bei Perkussion während der Untersuchung des Thorax und eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> • Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums. • Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. • Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe.

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>2. Röntgenuntersuchung des Thorax zeigt neues oder progressives Infiltrat, Verdichtung, Kavitation oder pleuralen Erguss und eines der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neues Auftreten von eitrigem Sputum oder Veränderung der Charakteristika des Sputums. • Mikroorganismus aus Blutkultur isoliert. • Isolierung eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveolärer Lavage, Bronchialabstrich oder Biopsieprobe. • Isolierung eines Virus oder Ermittlung von viralem Antigen in Atemwegsekreten. • Diagnostischer Einzelantikörper-Titer (IgM) oder vierfacher Titeranstieg (IgG) für den Krankheitserreger in wiederholten Serumproben. <p>Histopathologischer Nachweis einer Pneumonie.</p> <p>Schlüsselwert 02 (Kardiovaskuläre Komplikationen):Komplikationen des Herzen oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z.B. medikamentös, interventionell)</p> <p>Schlüsselwert 03 (Tiefe/Bein-Beckenvenenthrombose) Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose</p> <p>Schlüsselwert 04 (Lungenembolie): Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose</p> <p>Schlüsselwert 05 (Infektion der ableitenden Harnwege): Symptomatische Harnwegsinfektion (Kriterien der CDC) muss eines der folgenden Kriterien erfüllen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Eines der folgenden: Fieber (> 38°C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen und eine Urinkultur von > 10⁵ Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Arten von Mikroorganismen. 2. Zwei der folgenden: Fieber (> 38°C), Harndrang, Häufigkeit, Dysurie oder suprapubische Missempfindungen und eines der folgenden Anzeichen: <ul style="list-style-type: none"> • Harnteststreifen für Leukozytenesterase und/ oder Nitrat positiv • Pyurie (> 10 Leukozyten/ml oder > 3 Leukozyten/Gesichtsfeld bei 1.000facher Vergrößerung im nicht-zentrifugierten Urin) • Bei Gram-Färbung einer nicht-zentrifugierten Urinprobe Nachweis von Mikroorganismen • zwei Urinkulturen mit wiederholter Isolierung des gleichen Uropathogens mit > 10² koloniebildende Einheiten (KBE)/ml Urin im Katheterurin • Urinkultur mit < 10⁵ KBE/ml Urin einzelner Uropathogene bei Patienten, die mit der entsprechenden antimikrobiellen Therapie behandelt werden

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<ul style="list-style-type: none"> Diagnose des Arztes Arzt beginnt entsprechende antimikrobielle Therapie. <p>Schlüsselwert 09: (Serom/Hämatom) Nur zu dokumentieren, wenn eine Intervention erforderlich ist.</p> <p>Schlüsselwert 10: (Nachblutung) Nur zu dokumentieren, wenn eine Intervention (EK-Gabe, Revision, Punktion) erforderlich ist.</p> <p>Schlüsselwert 11: (Gefäß- und/oder Nervenschäden) Der Begriff „Nervenschaden“ wird durch jeden Nervenschaden (sensibel oder motorisch) definiert, der dem definierten Versorgungsgebiet eines Nerven zugeordnet ist, so dass Hautnervenschäden nicht zu dokumentieren sind.</p>
55	Revisions-Operation auf Grund von intra-/postoperativen Komplikation(en) notwendig	JN	1 = ja 0 = nein	Angabe ob eine Revisionsoperation bei diesem Eingriff erforderlich war.
56	Definitive postoperative Histologie	JN	1 = ja 0 = nein	Angabe, ob endgültige Histologie vorliegt. Bei mehrzeitigem Vorgehen zur Primärbehandlung ist hier 1 = „ja“ anzugeben, wenn bei Abschluss des Datensatzes die Befunde aller Operationen zur Primärbehandlung vorliegen. Wenn mehrere Datensätze angelegt werden müssen wegen Reoperation(en) außerhalb der oberen Grenzverweildauer, ist hier 1 = „ja“ nur nach der letzten Operation anzugeben.
57	führender Befund	HistoOpGynM	Kodes siehe Dokumentationsbogen	<p>Auswahl nach Schlüssel 5: Histologie</p> <p>Im Falle einer histologischen Komplett-Remission nach neoadjuvanter Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Item 29) ist hier ausnahmsweise der führende präoperative histologische Befund anzugeben Bei mehrzeitigem Vorgehen zur Primärbehandlung, auch bei Erst-Operation vor diesem stationären Aufenthalt, ist der gravierendste histologische Befund einzutragen.</p> <p>Die Einteilung der Vorläufer-Läsionen 51 bis 55 entsprechen den Empfehlungen der WHO: Tavassoli F. A., Devilee P: World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of the Breast and emale Genital Organs. IARC Press. Lyon 2003.</p>
58	pT	TNMPTGynM	Kodes siehe Dokumentationsbogen	<p>Auswahl nach Schlüssel 6: pT</p> <p>Im Falle einer neoadjuvanter Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Item 29) wird die Angabe als ypT gewertet (ypTNM-Klassifikation nach neoadjuvanter Therapie)</p> <p>pTNM-Klassifikation</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
				<p>Die pTNM-Klassifikation erfolgt nach UICC 6. Auflage, 2002 ^(1,2).</p> <p>⁽¹⁾ UICC (2002) TNM classification of malignant tumors, 6th ed. (Sobin LH, Wittekind Ch, eds.). John Wiley & Sons, New York ⁽²⁾ UICC (2002) TNM Klassifikation maligner Tumoren, 6. Aufl. (Wittekind Ch, Meyer H-J, Bootz F, Hrsg). Springer, Berlin Heidelberg New York</p> <p>pT-Klassifikation</p> <p>Eine pT-Klassifikation erfordert die Untersuchung des Primärtumors ohne makroskopisch erkennbaren Tumor an den Resektionsrändern. Ein Fall kann nach pT klassifiziert werden, wenn an den Resektionsrändern Tumor nur histologisch nachgewiesen wird.</p> <p>Die pT-Kategorien entsprechen den T-Kategorien (siehe klinische TNM-Klassifikation).</p> <p>Zur Bestimmung der Tumorgroße wird nur die invasive Komponente gemessen. Wenn eine große in-situ Komponente (z. B. 4 cm) und eine kleine invasive Komponente (z.B. 0,5 cm) besteht, wird der Tumor entsprechend der kleinen invasiven Komponente (im Beispiel pT1a) klassifiziert.</p>
59	pN	TNMPNGynM	Kodes siehe Dokumentationsbogen	<p>Auswahl nach Schlüssel 7: pN</p> <p>Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Item 29) wird die Angabe als ypN gewertet (ypTNM-Klassifikation nach neoadjuvanter Therapie).</p> <p>pN-Klassifikation</p> <p>Die pN-Klassifikation erfordert die Resektion und histologische Untersuchung zumindest der unteren axillären Lymphknoten (Level I). Hierbei sollen üblicherweise mindestens 10 Lymphknoten histologisch untersucht werden. ⁽¹⁾</p> <p>Wenn die untersuchten Lymphknoten tumorfrei sind, aber die Zahl der üblicherweise untersuchten Lymphknoten nicht erreicht wird soll pN0 klassifiziert werden (dabei muss aber die Zahl der untersuchten Lymphknoten angegeben werden).</p> <p>Die Untersuchung eines oder mehrerer Sentinel-Lymphknoten kann für die pathologische Klassifikation herangezogen werden. Eine Klassifikation, die allein auf der Untersuchung von Sentinel-Lymphknoten beruht, sollte mit dem Zusatz (sn) bezeichnet werden, z.B. pN1(sn).</p> <p>Dieser Zusatz kann in der QS-Dokumentation nicht verschlüsselt werden.</p> <p>⁽¹⁾ Deutsche Krebsgesellschaft und beteiligte medizinische Fachgesellschaften (Kreinberg R, v. Minkwitz G, Volm T, Schmitt-Thomas B, Redaktion) (2002) Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms der Frau. Eine nationale S3-Leitlinie (Vorabversion S3-Leitlinie Februar 2003)</p>
60	pM	TNMPMGynM	<p>0 = Keine Fernmetastasen 1 = Fernmetastasen X = Das Vorliegen von Fernmetastasen kann nicht beurteilt werden</p>	<p>Auswahl nach Schlüssel 8: pM</p> <p>Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder</p>

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise																								
				<p>Chemotherapie, vgl. Item 29) wird die Angabe als ypM gewertet (ypTNM-Klassifikation nach neoadjuvanter Therapie).</p> <p>Eine histologisch nachgewiesene Knochenmetastase bedeutet pM1 und M1 (Item 13).</p> <p>Die pathologische Diagnose von Fernmetastasen erfordert die mikroskopische (histologische oder zytologische) Untersuchung. Die pM-Kategorien entsprechen den klinischen M Kategorien.</p>																								
61	G	TNMGGynM	<p>2 = Mäßig differenziert 1 = Gut differenziert 3 = Schlecht differenziert X = Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden</p>	<p>Auswahl nach Schlüssel 9: G Beim invasiven Karzinom erfolgt das Grading nach Elston und Ellis⁽¹⁾ (sog. Nottingham histologic grading).</p> <p>G1 = Gut differenziert (3, 4, 5 Punkte) G2 = Mittelgradig differenziert (6, 7 Punkte) G3 = Gering differenziert (8, 9 Punkte)</p> <p>(Siehe Tabelle Grading nach Elston und Ellis.)</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th>Merkmal</th> <th>Kriterien</th> <th>Punktwerte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Tubusbildung</td> <td>> 75%</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>10 - 75%</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>< 10%</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Pleomorphie der Tumorzellkerne</td> <td>Gering</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>Mittelgradig</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Stark</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Mitoserate (HPF*)</td> <td>0 - 5/10 HPF</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>6 - 10/10 HPF</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>>= 11/10 HPF</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> <p>* HPF = Objektiv 40x, Gesichtsfeld 0,152 mm²</p> <p>Eine begleitende in-situ-Komponente wird beim Grading invasiver Karzinome nicht berücksichtigt. Bei alleinigem DCIS wird das Grading bereits in der histologischen Typisierung erfasst (siehe 19 Histologie) und entfällt daher hier.</p> <p>⁽¹⁾ Elston CW, Ellis IO (1991) Pathological prognostic factors in breast cancer. 1. The value of histological grade in breast cancer: experience from a large study with long-term follow-up. Histopathology 19: 403-410.</p>	Merkmal	Kriterien	Punktwerte	Tubusbildung	> 75%	1	10 - 75%	2	< 10%	3	Pleomorphie der Tumorzellkerne	Gering	1	Mittelgradig	2	Stark	3	Mitoserate (HPF*)	0 - 5/10 HPF	1	6 - 10/10 HPF	2	>= 11/10 HPF	3
Merkmal	Kriterien	Punktwerte																										
Tubusbildung	> 75%	1																										
	10 - 75%	2																										
	< 10%	3																										
Pleomorphie der Tumorzellkerne	Gering	1																										
	Mittelgradig	2																										
	Stark	3																										
Mitoserate (HPF*)	0 - 5/10 HPF	1																										
	6 - 10/10 HPF	2																										
	>= 11/10 HPF	3																										
62	weitere Befunde	HistolOpGynM	Kodes siehe Dokumentationsbogen	Auswahl nach Schlüssel 5: Histologie																								
63	Anzahl histologisch untersuchter regionärer Lymphknoten			Angaben der Zahl der untersuchten LK (siehe oben)																								
64	immunhistochemische	JN	1 = ja	Die Bestimmung des Rezeptorstatus erfolgt in Hinblick auf die Indikation																								

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
	Hormonrezeptoranalyse durchgeführt (Eigen- oder Fremdbefund)		0 = nein	zur adjuvanten Therapie aufgrund immunhistochemischer Untersuchung. 1 = ja anzugeben, nur falls Hormonrezeptoren mit immunhistochemischem Verfahren bestimmt wurden. 1 = ja auch dann anzugeben, wenn die Hormonrezeptoren aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurden Entsprechend der St. Gallen - Konferenz zur adjuvanten Therapie 2001 ⁽¹⁾ sind rezeptorpositiv und –negativ wie folgt definiert: rezeptorpositiv mehr als 10 % der Kerne für Östrogenrezeptor (ER) und / oder für Progesteronrezeptor (PgR) positiv rezeptornegativ völlig fehlende Kernfärbbarkeit sowohl für ER als auch für PgR ⁽¹⁾ Goldhirsch A, Glick JH, Gelber RD, Coates AS, Senn H-J (2001) Meeting highlights: International Consensus Panel on the Treatment of Primary Breast Cancer. J Clin Oncol 19: 3817-3827. Bei einem kleinen Teil der Tumoren liegen weder die Kriterien für rezeptorpositiv noch jene für rezeptornegativ vor, nämlich dann, wenn 1 – 10 % der Kerne für ER und / oder PgR positiv sind. In diesen Fällen kann eine geringe Ansprechbarkeit gegenüber endokriner Therapie erwartet werden.
65	Rezeptorstatus	NegativPositiv	0 = negativ 1 = positiv	Angabe zum endgültigen Rezeptorstatus
66	Multizentrität	JN	1 = ja 0 = nein	Angabe zur endgültigen Histologie Multizentrität (siehe Definition Item 15)
67	Gesamttumorgröße			Bei Tumoren, die sowohl eine invasive als auch eine nicht-invasive Komponente aufweisen, ist für die pTNM- Klassifikation der größte Durchmesser der invasiven Komponente maßgeblich. Für die Indikation zur brusterhaltenden Therapie ist in diesen Fällen die Gesamttumorgröße von Bedeutung. Sie ist definiert als der größte Durchmesser des invasiven und angrenzenden nicht-invasiven Tumors.
68	Behandlung des Patienten im Rahmen einer Studie zur Sentinel-LK-Biopsie durchgeführt	JN	1 = ja 0 = nein	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
70	geplante adjuvante endokrine Therapie	NJNWunschPat	0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz ärztlicher Empfehlung)	Angaben zur geplanten adjuvanten endokrinen Therapie
71	geplante adjuvante Chemotherapie	NJNWunschPat	0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz ärztlicher Empfehlung)	Angaben zur geplanten adjuvanten Chemotherapie

Zeile	Bezeichnung	Schlüssel	Kodes	Ausfüllhinweise
69	geplante adjuvante Strahlentherapie	NJNWunschPat	0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz ärztlicher Empfehlung)	Angaben zur geplanten adjuvanten Strahlentherapie
72	geplante adjuvante Immuntherapie	NJNWunschPat	0 = nein 1 = ja 2 = nein (auf Wunsch Patient(in), trotz ärztlicher Empfehlung)	1 = ja, wenn Trastuzumab adjuvant gegeben wurde (derzeit nur in Studien zugelassen)
73	Entlassungsdatum Krankenhaus			Datum der Entlassung aus dem Krankenhaus
74	Entlassungsdiagnose(n) ICD 10	ICD10		Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Modul der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.
74,1	Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-Version	ICDVersion	0 = ICD-9, 2. Auflage vom 01.01.1993 1 = ICD-10 1.3 SGB V vom Juli 1999 2 = ICD-10 2.0 SGB V vom 15.11.2000 3 = ICD-10-GM Version 2004	
75	Entlassungsgrund	EntlGrund	§ 301-Vereinbarung	Wenn die Angabe des Entlassungsgrunds mit 07 = Tod beantwortet worden ist (Item 75), sind Angaben bezüglich des Zusammenhangs mit der zugrunde liegenden Erkrankung und einer erfolgten Sektion anzugeben (Item 76). Der Entlassungsgrund 9 (Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung) ist auch dann anzugeben, wenn der Patient zwischenzeitlich kurzfristig nach Hause entlassen wird und seine Rehabilitationsmaßnahme von dort aus antritt.
76	Sektion erfolgt	JN	1 = ja 0 = nein	Wenn Entlassungsgrund = Tod (07), dann Ja / Nein-Abfrage auf erfolgte Patientensektion Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit 07 = Tod beantwortet worden ist (Item 75).
77	Erfolgte Meldung an Krebsregister/Tumorzentrum?	JN	1 = ja 0 = nein	Abfrage, ob eine Meldung an Krebsregister / Tumorzentrum erfolgt ist.