



Ausfüllhinweise Mammachirurgie (18/1)

Stand: 05. Dezember 2023 (QS-Spezifikation 2024 V04)
Copyright © 2023 IQTIG

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	<p>Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt.</p> <p>Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
2	entlassender Standort	-	<p>In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
3	behandelnder Standort (OPS)	-	<p>Der „behandelnde Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode erbringt.</p> <p>Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der OP-Dokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt im OP. Der „behandelnde Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Operation durchgeführt wird.</p> <p>Wurden mehrere dokumentationspflichtige Leistungen (OPS-Kodes) während des stationären Aufenthaltes erbracht, ist der „behandelnde Standort“ in Bezug auf die Erstprozedur zu dokumentieren.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
4	Betriebsstätten-Nummer	-	<p>Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt.</p> <p>Die Betriebsstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>
5	Fachabteilung	-	<p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p>

6	Identifikationsnummer der Patientin	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
8	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung</p> <p>Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2024.</p>
10	Aufnahmediagnose(n)	-	Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Brust (BRUST)

Präoperative Informationen

11	betroffene Brust / Seite	1 = rechts 2 = links	Wenn beide Seiten operiert werden, ist ein zweiter Teildatensatz "Brust" (inkl. Teildatensatz Operation) anzulegen und auszufüllen.
12	Erkrankung an dieser Brust	1 = Primärerkrankung 2 = lokoregionäres Rezidiv nach BET 3 = lokoregionäres Rezidiv nach Mastektomie 4 = ausschließlich sekundäre plastische Rekonstruktion 5 = prophylaktische Mastektomie 6 = Fernmetastase	<p>bei benignen Tumoren oder Tumoren unklarer Dignität: Schlüsselwert = "Primärerkrankung".</p> <p>Schlüsselwert „prophylaktische Mastektomie“ trifft zu, wenn die Entfernung des gesamten Brustdrüsenkörpers in präventiver Absicht vorgenommen werden soll. Eine prophylaktische Mastektomie wird bei Frauen mit BRCA-1 oder BRCA2-Genmutation und /oder mit familiärer Hochrisikosituation für das Auftreten eines Mammakarzinoms und bei bereits aufgetretenem Karzinom einer Brust für die kontralaterale (gesunde) Brust vorgenommen. Bei der Mastektomie der erkrankten Seite handelt es sich um eine therapeutische Mastektomie. Dann ist Schlüsselwert „Primärerkrankung“ anzugeben.</p> <p>Regionäre Lymphknoten sind ipsilaterale axilläre (einschließlich intramammären), ipsilaterale infraclavikuläre, ipsilaterale supraclavikuläre sowie ipsilaterale Lymphknoten an der A. mammaria interna. Jede andere Lymphknotenmetastase wird als Fernmetastase klassifiziert (einschließlich zervikaler oder kontralateraler Lymphknotenmetastasen an der A. mammaria interna)⁽¹⁾. Ebenso Fernmetastasierungen in das Hautorgan, die Weichteilgewebe, die Knochen, das Gehirn und die Viszeralorgane.</p> <p>⁽¹⁾UICC (2020) TNM Klassifikation maligner Tumoren: korrigierter Nachdruck 2020 mit allen Ergänzungen der UICC aus den Jahren 2017 bis 2019, 8. Aufl. (Wittekind Ch, Hrsg). Wiley-VCH Verlag, Weinheim.</p>
wenn Feld 12 = 1			
13	Aufnahme zum ersten offenen Eingriff an Brust oder Axilla wegen Primärerkrankung an dieser Brust	0 = nein 1 = ja	wenn der erste offene Eingriff die Axilla betrifft, dann ebenfalls mit „ja“ antworten. Ein späterer offener Eingriff an der Brust wird in diesen Fällen nicht mehr als erster offener Eingriff dokumentiert.
14	Operativer Ersteingriff (Tumor-OP) an dieser Brust in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	0 = nein 1 = ja	<p>Erste offene Tumor-Operation an dieser Brust wegen Primärerkrankung. Alleinige Operationen an den Lymphknoten gelten nicht als Ersteingriff an dieser Brust.</p> <p>Wenn die Erstresektion in einer anderen Einrichtung durchgeführt wurde oder wenn der Eingriff im aktuellen</p>

			Aufenthalt ausschließlich die Axilla betrifft, so ist „nein“ zu dokumentieren. Wenn ein operativer Ersteingriff an dieser Brust während des aktuellen oder auch während eines vorangegangenen Aufenthalts in Ihrer Einrichtung stattgefunden hat, ist „ja“ anzugeben.
wenn Feld 13 = 1			
15	tastbarer Mammabefund	0 = nein 1 = ja	Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. "erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie") ist hier der prätherapeutische Befund vor der neoadjuvanten Therapie anzugeben. Auch bei Tumoren, die sich später in der Histologie als gutartig herausstellen, sind die klinischen Tastbefunde entsprechend der präoperativen Untersuchung zu dokumentieren.
16	Klinischer Lymphknotenbefund cNO	0 = nein 1 = ja	Zu dokumentieren ist das klinische und/oder sonographische Untersuchungsergebnis vor OP und vor neoadjuvanter Therapie.
wenn Feld 15 = 0			
17	Mikrokalk ohne Herdbefund	0 = nein 1 = ja	Bei Befunden mit reinem Mikrokalk ist „ja“ zu dokumentieren. „nein“ ist bei Befunden ohne Mikrokalk und bei Mischbefunden aus Mikrokalk und Herdbefund anzugeben.
wenn Feld 13 = 1			
18	Diagnosestellung im Rahmen des Mammografie-Screening-Programms	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt	Bei Mammografien bei Patientinnen ohne erkennbare Symptome aber mit familiärem Risiko handelt es sich um eine Früherkennung, die keinem Mammografie-Screening-Programm zuzuordnen ist.
wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv			
19	Prätherapeutische histologische Diagnosesicherung durch Stanz- oder Vakuumbiopsie	0 = nein 1 = ja	wenn Ersteingriff wegen Primärerkrankung oder wenn lokoregionäres Rezidiv ja: Ein histologischer Befund durch Stanz- oder Vakuumbiopsie liegt vor dem ersten offenen Eingriff vor. Bei der Feinnadelbiopsie handelt es sich nicht um eine histologische Diagnosesicherung.
20	Prätherapeutische Histologie	1 = nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial 4 = malignitätsverdächtig 5 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	Hier ist der prätherapeutische histopathologische Befund zu dokumentieren, der zum Beginn der Therapie geführt hat (z.B. Stanz- / Vakuumbiopsie oder offene Biopsie). Wenn z.B. bei einer Nachresektion der histopathologische Befund einer Stanzbiopsie vor Erstoperation vorliegt, so ist hier der histopathologische Befund der Stanzbiopsie (und nicht der Erstoperation) zu dokumentieren. Die Auswahlmöglichkeiten sind der B-Klassifikation zugeordnet: 1 = B1: nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe 2 = B2: benigne / entzündliche Veränderung (u.a. fibröz-zystische Mastopathie, Fibroadenom, sklerosierende Adenose, periduktale Mastitis) 3 = B3: benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial (u.a. flache epitheliale Atypie (FEA); atypische duktale Hyperplasie (ADH); klassische lobuläre Neoplasie (LN); papilläre Läsionen; radiäre Narbe / komplexe sklerosierende Läsion; Phylloides-Tumor) 4 = B4: malignitätsverdächtig (u.a. vermutlich maligne Veränderung, aber Beurteilung aus technischen Gründen eingeschränkt; ADH) 5 = B5: maligne (u.a. DCIS, Varianten der lobulären Neoplasie (LIN3), invasive Karzinome, maligne Lymphome, Sarkome, Metastasen)
wenn Feld 20 = 5			
21	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie	siehe Schlüssel 1	Prätherapeutische bzw. präoperative pathologische Befundung: Hier ist der prätherapeutische histopathologische Befund zu dokumentieren, der zum Beginn der Therapie geführt hat (z.B. Stanz- / Vakuumbiopsie oder offene Biopsie). Wenn z.B. bei einer Nachresektion der histopathologische Befund einer Stanzbiopsie vor Erstoperation vorliegt, so ist hier der histopathologische Befund der Stanzbiopsie (und nicht der Erstoperation) zu dokumentieren. Hier können die im ICD-O-3-Schlüssel aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden. Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus einer Histologiegruppe: mehrere Tumorherde im selben Organ mit verschiedenen Histologiekodes, die aber derselben

			<p>Histologiegruppe (z. B. Adenokarzinome) angehören, werden als ein Primärtumor gewertet. Bei der Verschlüsselung für ein bifokales/multifokales/multizentrisches Karzinom mit Herden unterschiedlicher Histologie, die derselben Histologiegruppe angehören (z. B. ein Tumorherd spezieller Typ, lobulär, und ein weiterer Tumorherd kein spezieller Typ, NST bzw. duktal), gibt es die Möglichkeit, den Schlüssel für ein Karzinom, welches mit einem anderen speziellen Typ gemischt auftritt, anzugeben.</p> <p>Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus unterschiedlichen Histologiegruppen: Wenn mehrere Neoplasien im gleichen Organ auftreten, die verschiedenen spezifischen Histologiegruppen angehören (z. B. eine Neoplasie ist aus der Gruppe der Adenokarzinome, eine weitere Neoplasie aus der Gruppe der Sarkome), werden diese als verschiedene Primärtumoren angesehen. Da nur ein Histologie-Code angegeben werden kann, erscheint es am sinnvollsten, zu dem größten Tumorfokus, der auch das pT bestimmt, den Histologie-Code anzugeben. Siehe auch https://www.gekid.de/download/1228/ (abgerufen am: 31.10.2019). Ebenda: 4.2 unter 6.2 „Klärung der Patienten-/Fallidentität, Zählung von Mehrfachtumoren und Best-of“.</p>
22	Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Ausgangsdatum des letzten pathologischen Befundes, der diese Neoplasie betrifft (inkl. Rezeptorstatus und möglicher Nachbefunde) und den pathologischen Befund komplettiert. Dazu zählen: Histologischer Typ, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2-Status und Ki67-Status. (1)</p> <p>Hier ist das Ausgangsdatum des im vorhergehenden Datenfeld dokumentierten Befundes anzugeben. Als Ausgangsdatum des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes gilt das Datum, bei dem der prätherapeutische histologische Befund vollständig war, also bei DCIS inklusive histologischer Typ, Grading und Hormonrezeptorstatus sowie bei invasivem Karzinom zusätzlich HER2- und Ki67-Status/MIB-1-Index.</p> <p>(1) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021), Kapitel: "Diagnostik bei der Abklärung auffälliger Befunde sowie prätherapeutische Ausbreitungsdiagnostik bei gesichertem Mammakarzinom" und Kapitel "Pathomorphologische Untersuchung".</p>

Prätherapeutischer pathomorphologischer Befund

wenn maligne Neoplasie ist duktales Carcinoma in situ (DCIS) oder invasives Mammakarzinom (Primärtumor)			
23	Grading	0 = nein 1 = ja	Der Schlüsselwert „ja“ ist zu dokumentieren, wenn dieser Parameter prätherapeutisch vorlag.
24	Hormonrezeptorstatus	0 = nein 1 = ja	Der Schlüsselwert „ja“ ist zu dokumentieren, wenn dieser Parameter prätherapeutisch vorlag.
wenn maligne Neoplasie ist invasives Mammakarzinom (Primärtumor)			
25	HER2-Status	0 = nein 1 = ja	Der Schlüsselwert „ja“ ist zu dokumentieren, wenn dieser Parameter prätherapeutisch vorlag.
26	Ki67-Status (MIB-1-Index)	0 = nein 1 = ja	Ki-67 ist das Antigen, das mittels Immunhistochemie nachgewiesen wird. MIB-1 ist ein Antikörperklon, der zum immunhistochemischen Nachweis von Ki-67 am Paraffinmaterial verwendet wird. Der Schlüsselwert "ja" ist zu dokumentieren, wenn dieser Parameter prätherapeutisch vorlag.
wenn Feld 13 = 1			
27	prätherapeutische Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	0 = nein 1 = ja	<p>Die nachstehenden Ausführungen folgen den in der S3-Leitlinie Mammachirurgie⁽¹⁾, den im Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der DKG/DGS⁽²⁾ und den von Wilson et al.⁽³⁾ formulierten Empfehlungen hinsichtlich der dem Pathologen⁽¹⁾ bzw. dem Tumorboard^(2,3) vorzuliegenden Unterlagen sowie der interdisziplinären Zusammensetzung des Tumorboards^(2,3).</p> <p>Es wird empfohlen, dass sich die Tumorkonferenz wie folgt</p>

			<p>zusammensetzt: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Internistische(r), ggfls. gynäkologische(r) Onkologe/Onkologin und Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut. Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoonkologischen, orthopädischen, neuro-, allgemein-, viszeral-, thorax- und unfallchirurgischen Fachdisziplinen sowie die der Plastischen Chirurgie und der Pflege (Breast Care Nurse) hinzugezogen werden. ^(2,3)</p> <p>Die Screening-Konferenz kann anerkannt werden, wenn der Teilnehmerkreis den geforderten Teilnehmern entspricht. ⁽²⁾ Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht („Protokoll Tumorkonferenz“), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden umfasst und Teil der Patientenakte ist. ^(2,3)</p> <p>Wenn Antwort „ja“: Zu den für die prätherapeutische Tumorkonferenz notwendigen Unterlagen sollten zählen: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer, wenn vorhanden), Angabe der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes, Anamnese, Co-Morbiditäten, familiäres Risiko, Tag der Entnahme, klinische Diagnose bzw. Indikation der Gewebeentnahme und weitere klinische Informationen wie Entnahmelokalisation der Gewebeprobe (z. B. Mamma rechts, oberer äußerer Quadrant), Art der Entnahme (z. B. Hochgeschwindigkeits-Stanzbiopsie) sowie klinische Befunde, Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiografie) ⁽¹⁾ und Histologie-Grading, Hormonrezeptorstatus und HER2-Status, KI67-Status.</p> <p>⁽¹⁾ Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021), Kapitel: „Pathomorphologische Untersuchung“ und Formblätter 1, 2A.</p> <p>⁽²⁾ DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; DGS [Deutsche Gesellschaft für Senologie] (2019): Brustkrebszentren. Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der deutschen Krebsgesellschaft. Inkraftsetzung am 23.08.2019. Berlin: DKS, DGS. Dokument Nr.: eb_bz-J1_190823.docx. URL: https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</p> <p>⁽³⁾ Wilson. ARM; Marotti, L; Bianchi, S; Bignazoli, L; Claassen, S; Decker, T; et al. (2013): The requirements of a specialist Breast Centre. EJC - European Journal of Cancer 49(17): 3579-3587. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.07.017.</p>
wenn Feld 27 = 1			
28	Datum prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz	Format: TT.MM.JJJJ	-
wenn Feld 12 = 1			
29	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie	0 = nein 1 = ja	Eine tumorspezifische Therapie stellt eine an die Tumorbiologie angepasste primär-systemische medikamentöse (Chemotherapie, endokrine Therapie, z. B. Anti-HER2-Therapie) zielgerichtete Therapie, ggf. Bestrahlung im Einzelfall, dar.
wenn Feld 13 = 1 und wenn Feld 22 = LEER			
30	Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.	Format: TT.MM.JJJJ	<p>Einzutragen ist das Datum des Gesprächs zwischen behandelnder/m Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient, in dem Diagnose und Befund (Bildgebung und pathologischer Befund als Ergebnis der prätherapeutischen Diagnosesicherung) mitgeteilt und besprochen werden sowie die therapeutische Empfehlung und die Planung der Therapie gemeinsam mit der Patientin bzw. mit dem Patienten erörtert werden.</p> <p>Nicht gemeint ist die alleinige Op-Aufklärung. Wurde die prätherapeutischen Diagnosesicherung aus einem speziellen Grund unterlassen, ist das Gespräch mit der Darstellung der klinischen Befunde, die zur Operationsindikation geführt haben, zu dokumentieren.</p> <p>Hierzu siehe auch: „Diagnosemitteilung“ im Kapitel:</p>

			Patientinneninformation und -aufklärung. Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021).
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis

Teildatensatz Operation (O)

Eingriff

31	Wievielter mammachirurgischer Eingriff während dieses Aufenthaltes?	Gültige Angabe: >= 1 Angabe ohne Warnung: <= 10	Anhand dieses Datenfeldes sind verschiedene dokumentationspflichtige Eingriffe während eines Aufenthaltes unterscheidbar. Innerhalb einer QS-Dokumentation zu einer Brust darf dieselbe Eingriffsnummer nicht mehrfach vergeben werden.
----	---	--	---

wenn Feld 12 IN (1;2;3)

32	präoperative Draht-Markierung von Brustgewebe gesteuert durch bildgebende Verfahren	0 = nein 1 = ja, durch Mammografie 2 = ja, durch Sonografie 3 = ja, durch MRT 4 = nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP	<p>„Die prä- oder intraoperative Markierung soll insbesondere bei nicht tastbaren Veränderungen (unabhängig von der vermuteten Dignität) mit der Methode erfolgen, mit der der Befund eindeutig darstellbar ist.“⁽¹⁾</p> <p>Gemäß dieser Leitlinienempfehlung ist die präoperativ durchgeführte Drahtmarkierung gesteuert durch Mammografie, Sonografie oder MRT mit dem Schlüsselwert "ja, durch Mammografie", "ja, durch Sonografie" bzw. "ja, durch MRT" zu dokumentieren.</p> <p>Schlüsselwert „nein, stattdessen ultraschallgesteuerte OP“ ist anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> wenn präoperativ keine Drahtmarkierung erfolgte, sondern stattdessen die intraoperative sonografische Zielsteuerung des Resektionsvolumens erfolgte. „Unabhängig von der präoperativen Nadelmarkierung, kann die direkte intraoperative sonographische Zielsteuerung das Resektionsvolumen optimieren“⁽¹⁾. Die präoperative Nadel-(Draht-)Markierung ist primär zielführend und sollte nicht generell durch eine rein ultraschallgesteuerte/ assistierte OP ersetzt werden. <p>Schlüsselwert „nein“ ist z. B. anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> bei ausschließlicher Farbmarkierung der Haut oder des Gewebes oder bei ausschließlicher Clipmarkierung axillärer Lymphknoten (TAD) oder bei ausschließlicher Clipmarkierung von Tumoren in der Brust (z.B. vor neoadjuvanter Therapie, im Rahmen stereotaktischer Biopsien) oder bei ausschließlicher intraoperativer Vornahme topografischer Markierungen für die pathomorphologische Befundung. <p>Schlüsselwert „ja“ ist anzugeben:</p> <ul style="list-style-type: none"> wenn in der Brust befindliche Clips im Rahmen der exakten Operationsplanung präoperativ vor geplanter Resektion drahtmarkiert werden. <p>⁽¹⁾Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021), Kapitel "Diagnostik bei der Abklärung auffälliger Befunde sowie prätherapeutische Ausbreitungsdiagnostik bei gesichertem Mammakarzinom".</p>
----	---	--	---

wenn Feld 32 IN (1;2;3;4)

33	intraoperative Präparateradiografie oder -sonografie	0 = nein 1 = ja, intraoperative Präparateradiografie 2 = ja, intraoperative Präparatesonografie	<p>„Der Nachweis einer adäquaten Resektion ist intraoperativ durch Präparateradiografie oder Präparatesonografie zu erbringen“⁽¹⁾ - unabhängig von der vermuteten Dignität. Auch bei ultraschallgesteuerter Operation sollte die Präparatesonografie durchgeführt und dokumentiert werden.</p> <p>⁽¹⁾Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche</p>
----	--	---	---

			Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-0450L, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021), Kapitel: "Diagnostik bei der Abklärung auffälliger Befunde sowie prätherapeutische Ausbreitungsdiagnostik bei gesichertem Mammakarzinom".
34	OP-Datum	Format: TT.MM.JJJJ	OPS-Datum: Wenn eine Angabe im Datenelement Operation enthalten ist, ist das Datum der Operation bzw. des Beginns der durchgeführten Prozedur zwingend anzugeben. Dabei soll dasselbe Datum wie im Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) verwendet werden.
35	Operation	-	In der Version 2005 des OPS hat das DIMDI erstmals Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung eingeführt: R (Rechts), L (Links) und B (Beidseitig) eingeführt. Für Prozeduren an Lokalisationen, die paarig vorhanden sind (z.B. Leiste, Niere, Oberschenkel etc.), sind die Zusatzkennzeichen R, L oder B verpflichtend. Diejenigen Schlüsselnummern des OPS, die mit einem Zusatzkennzeichen versehen werden müssen, sind im OPS-Katalog 2011 besonders gekennzeichnet. Das Zusatzkennzeichen für die Seitenbezeichnung wird hinter dem Kode und einem Doppelpunkt als Trennzeichen angehängt. Fehlt ein erforderliches Zusatzkennzeichen, so ist die Dokumentation unplausibel. Beispiel: Für den OPS-Kode 5-872.0 ((Modifizierte radikale) Mastektomie: Ohne Resektion der M. pectoralis-Faszie) als Einschlussprozedur für den Datensatz Mammachirurgie ist eine Seitenangabe in den OPS-Feldern der Dokumentation erforderlich. Gültige Kodes sind somit 5-872.0:R, 5-872.0:L oder 5-872.0:B. Die Dokumentation des Kodes 5-872.0 ohne Zusatzkennzeichen ist hier unzulässig. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär)/Behandlungstag (ambulant) gültigen OPS-Katalog.

wenn keine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie unter Operation (OPS) kodiert und wenn Feld "Erkrankung an dieser Brust" IN (1;2;3)

36	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem Eingriff durchgeführt	0 = nein 1 = ja	-
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Brust (BRUST)

Histologie und Staging

wenn Feld 12 IN (1;2;3;4;5)

37	Postoperativer histologischer Befund unter Berücksichtigung der Vorbefunde	1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne / entzündliche Veränderung 3 = Risikoläsion 4 = maligne (einschließlich in-situ-Karzinom)	<ul style="list-style-type: none"> Bei Vollremission nach neoadjuvanter Therapie muss das prätherapeutisch diagnostizierte Malignom dokumentiert werden. Bei mehrzeitigem Operieren sind alle vorliegenden histologischen Befunde zu berücksichtigen. Sollte z. B. ein Nachresektat bei der primär-operativen Behandlung eines Mammakarzinoms tumorfrei sein, muss dennoch das Mammakarzinom dokumentiert werden. Bei Folgeoperationen zum Ausschluss eines lokoregionären Rezidivs nach abgeschlossener primär-operativer Behandlung eines Mammakarzinoms (z. B. PE an der Brust auch im Rahmen eines Prothesenwechsels oder PE an der Axilla) mit benigner Histologie, ist der aktuelle benigne Befund zu dokumentieren. Wurde ausschließlich eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ohne BET oder Mastektomie) bei geplanter neoadjuvanter Therapie durchgeführt, ist der histologische Befund der der Sentinel-Lymphknoten-Biopsie vorausgehenden Mamma-Biopsie anzugeben. <p>1 = ausschließlich Normalgewebe 2 = benigne/entzündliche Veränderung (u. a. fibrös-zystische Mastopathie, Fibroadenom, sklerosierende Adenose,</p>
----	--	--	--

			<p>periduktale Mastitis, Papillome, radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion)</p> <p>3 = Risikoläsion (flache epitheliale Atypie (FEA), atypische duktale Hyperplasie (ADH); klassische lobuläre Neoplasie (LN); Phylloides-Tumor: benigne und Borderline-Kategorie)</p> <p>4 = maligne (u.a. DCIS, Varianten der lobulären Neoplasie (LIN3), invasive Karzinome, maligne Lymphome, Sarkome, Metastasen)</p>
wenn Feld 37 = 4			
38	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie	siehe Schlüssel 1	<p>Postoperative pathologische Befundung: Hier können die im ICD-O-3-Schlüssel aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden. Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus einer Histologiegruppe: mehrere Tumorherde im selben Organ mit verschiedenen Histologiekodes, die aber derselben Histologiegruppe (z. B. Adenokarzinome) angehören, werden als ein Primärtumor gewertet. Bei der Verschlüsselung für ein bifokales/multifokales/multizentrisches Karzinom mit Herden unterschiedlicher Histologie, die derselben Histologiegruppe angehören (z. B. ein Tumorherd spezieller Typ, lobulär, und ein weiterer Tumorherd kein spezieller Typ, NST bzw. duktal), gibt es die Möglichkeit, den Schlüssel für ein Karzinom, welches mit einem anderen speziellen Typ gemischt auftritt, anzugeben.</p> <p>Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus unterschiedlichen Histologiegruppen: Wenn mehrere Neoplasien im gleichen Organ auftreten, die verschiedenen spezifischen Histologiegruppen angehören (z. B. eine Neoplasie ist aus der Gruppe der Adenokarzinome, eine weitere Neoplasie aus der Gruppe der Sarkome), werden diese als verschiedene Primärtumoren angesehen. Da nur ein Histologie-Code angegeben werden kann, erscheint es am sinnvollsten, zu dem größten Tumorfokus, der auch das pT bestimmt, den Histologie-Code anzugeben. Siehe auch https://www.gekid.de/download/1228/ (abgerufen am: 12.08.2020). Ebenda: 4.2 unter 6.2 „Klärung der Patienten-/Fallidentität, Zählung von Mehrfachtumoren und Best-of“.</p>
wenn Feld 12 IN (1;2;3)			
39	primär-operative Therapie abgeschlossen	0 = nein 1 = ja	<p>Die operative Therapie ist dann abgeschlossen, wenn keine weitere Operation zur Tumorentfernung bzw. zum lokoregionären Staging empfohlen wird. Dies gilt auch, wenn die operative Behandlung aufgrund des Allgemeinzustandes der Patientin beendet wird. Die folgenden Datenfelder (Datenfelder: "pT" bis „postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz“) dürfen erst dann ausgefüllt werden, wenn die operative Therapie (ausgenommen plastisch-rekonstruktive Operationen) abgeschlossen ist. Nur so kann gesichert werden, dass die endgültigen Befunde eingetragen werden. Im Falle der Empfehlung einer weiteren operativen Therapie werden die genannten Datenfelder beim letzten stationären Aufenthalt ausgefüllt.</p> <p>Die operative Therapie ist auch dann abgeschlossen, wenn es der ausdrückliche Wunsch der Patientin oder des Patienten ist.</p>
wenn Feld 39 = 0			
40	weitere Therapieempfehlung	1 = Empfehlung zur Nachresektion 2 = Empfehlung zur Mastektomie 3 = Empfehlung zur Sentinel-Lymphknoten-Biopsie 4 = Empfehlung zur Axilladisektion 6 = Empfehlung zur BET 9 = Kombination aus 1 bis 6	<p>Wurde ausschließlich eine Sentinel-Lymphknoten-Biopsie (ohne BET oder Mastektomie) bei geplanter neoadjuvanter Therapie durchgeführt, ist hinsichtlich einer späteren operativen Therapie die Empfehlung anzugeben, die aufgrund der vorliegenden Befunde naheliegend ist.</p>
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom			
41	pT	siehe Schlüssel 2	<p>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS, invasives Karzinom oder Sarkom</p> <p>Im Falle einer neoadjuvanten Therapie (vorausgegangen endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie") muss die ypTNM-Klassifikation angewandt werden. pTNM-Klassifikation Die pTNM-Klassifikation erfolgt nach UICC 8. Auflage, 2020⁽¹⁾. Bei der pT-Klassifikation muss die Einteilung in Subkategorien für pT1 und pT4 erfolgen. pT-Klassifikation Eine pT-Klassifikation erfordert die Untersuchung des</p>

			<p>Primärtumors ohne makroskopisch erkennbaren Tumor an den Resektionsrändern. Ein Fall kann nach pT klassifiziert werden, wenn an den Resektionsrändern ein 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> <p>(1) UICC (2020) TNM Klassifikation maligner Tumoren: korrigierter Nachdruck 2020 mit allen Ergänzungen der UICC aus den Jahren 2017 bis 2019, 8. Aufl. (Wittekind Ch, Hrsg). Wiley-VCH Verlag, Weinheim.</p>
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom			
42	pN	siehe Schlüssel 3	<p>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder invasives Karzinom</p> <p>Bei der pN-Klassifikation müssen die Subkategorien für pN1, pN2, pN3 verschlüsselt werden.</p> <p>pNX darf nur angewandt werden, falls keine Lymphknoten untersucht wurden. Wenn die pathologische Klassifikation auf einer Sentinel-Lymphknoten-Untersuchung basiert, muss diese durch den Zusatz (sn) gekennzeichnet werden, also beispielsweise pN1(sn).</p> <p>Im Falle einer vorausgegangenen neoadjuvanten Therapie (vorausgegangene endokrine oder Chemotherapie, vgl. Datenfeld "erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie") muss die ypN-Klassifikation angewandt werden.</p> <p>Wenn ausschließlich vor der neoadjuvanten Therapie eine Lymphknotenbiopsie erfolgte, wird das Präfix „y“ nicht verwendet, sondern es ist die pN-Klassifikation anzuwenden. Falls nach der neoadjuvanten Therapie noch weitere Lymphknoten entfernt wurden, so muss die ypTNM Klassifikation angewandt werden.</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS			
43	Grading (WHO)	G1 = Grad 1 (low grade) G2 = Grad 2 (intermediate grade) G3 = Grad 3 (high grade) GX = Grad X (Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden)	<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS</p> <p>In der S-3-Leitlinie "Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der Frau"⁽¹⁾ ist für das DCIS das Graduierungsschema nach WHO 2003 angeführt:</p> <p>1. Graduierung (WHO): Grad 1 = Low Grade = Kerngrad 1 ohne Nekrosen Grad 2 = Intermediate Grade = Kerngrad 1 mit Nekrosen oder Kerngrad 2 ohne/mit Nekrosen Grad 3 = High Grade = Kerngrad 3 ohne/mit Nekrosen</p> <p>(1) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021), Kapitel "Pathomorphologische Untersuchung".</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS			
44	Gesamttumorgroße	Angabe in: mm Gültige Angabe: >= 0 mm Angabe ohne Warnung: <= 100 mm	<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS</p> <p>Eine aussagekräftige Größenbestimmung an der Vakuumbiopsie, die oftmals aus 20-30 Fragmenten besteht, ist nicht möglich und wird deshalb auch nicht gefordert. Von daher ist in solchen Fällen eine näherungsweise Bestimmung der Ausdehnung des DCIS anhand der präoperativen Bildgebung (Mikrokalk-Ausdehnung) üblich und soll hier dokumentiert werden, um für die weitere Planung der Therapie ein Größenmaß zu haben.</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom			
45	Grading (Elston und Ellis)	1 = gut differenziert 2 = mäßig differenziert 3 = schlecht differenziert X = Differenzierungsgrad kann nicht beurteilt werden	<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</p> <p>Beim invasiven Karzinom erfolgt das Grading nach Elston und Ellis⁽¹⁾ (sog. Nottingham histologic grading). Eine begleitende in-situ-Komponente wird beim Grading invasiver Karzinome nicht berücksichtigt.</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. <i>Histopathology</i> 19: 403-410.</p> <p>(2) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021), Kapitel "Pathomorphologische Untersuchung" (abgerufen am: 05.08.2020).</p>
46	immunhistochemischer Hormonrezeptorstatus	0 = negativ 1 = positiv 9 = unbekannt	<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</p> <p>Bei Rezidiverkrankungen bezieht sich das Datenfeld auf die Bestimmung des Hormonrezeptorstatus aus dem Gewebe des Rezidivs. Angabe zum endgültigen Rezeptorstatus</p> <ul style="list-style-type: none"> • positiv/negativ nur dann, falls Hormonrezeptoren mit immunhistochemischen Verfahren bestimmt wurden • Angabe auch, wenn die Hormonrezeptoren aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurden <p>Die Interpretation der immunhistochemischen Reaktionsergebnisse folgt den Empfehlungen der ASCO/CAP-Leitlinien (Hammond, ME et al. 2010):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ER- bzw. PgR-positiv: mindestens 1 % positive Tumorzellkerne • ER- oder PgR-negativ: weniger als 1 % positive Tumorzellkerne. <p>(1)Hammond ME, Hayes DF, Dowsett M, Allred D., Hagerty K L, Badve S, Fitzgibbons P., Francis G, Goldstein NS, Hayes M, Hicks D G, Lester S, Love R, Mangu P B, McShane L, Miller K, Osborne C K, Paik S, Perlmutter J, Rhodes A, Sasano H, Schwartz J N, Sweep F C, Taube S, Torlakovic E E, Valenstein , Viale G, Visscher D, Wheeler T, Williams R B, Wittliff J, Wolff A C. American Society of Clinical Oncology/College Of American Pathologists guideline recommendations for immunohistochemical testing of estrogen and progesterone receptors in breast cancer. <i>J Clin Oncol</i> 2010; 28(16):2784-2795.</p>
47	HER2-Status	0 = negativ (IHC 0 ODER IHC 1+ ODER ISH negativ) oder (IHC 2+ UND ISH negativ) 1 = positiv (IHC 3+ ODER ISH positiv) oder (IHC 2+ UND ISH positiv) 2 = Ausnahmekategorie (zweifelhaft/Borderline-Kategorie) 9 = unbekannt	<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie Primärtumor invasives Karzinom</p> <p>Angabe auch, wenn der HER2-Status aus der präoperativen Stanzbiopsie bestimmt wurde. Die Bewertung der Ergebnisse orientiert sich an den aktuellsten evidenzbasierten Leitlinien-Empfehlungen: S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms^(4,5), ASCO/CAP Clinical Practice Guideline (Wolff, AC et al. 2013⁽¹⁾, 2015⁽²⁾, 2018⁽³⁾)</p> <ul style="list-style-type: none"> • HER2-heterogene Fälle: Existiert eine zweite zusammenhängende Zellpopulation mit erhöhter HER2-Signalzahl, die mehr als 10% der Tumorzellen auf dem Schnitt ausmacht, sollen die beiden Populationen getrennt ausgewertet werden. Tumore, die unter diesen Voraussetzungen amplifizierte und nicht amplifizierte Areale enthalten, werden als HER2-positiv gewertet ^(3, 5). • Borderline-Kategorie: Bei IHC 2+ sollte eine weitere Testung zur Klärung des HER2-Status erfolgen. Wird diese am gleichen Material durchgeführt, sollte dies mittels ISH geschehen. Nach der aktuellsten Empfehlung der ASCO/CAP Clinical Practice Guideline (Wolff, AC et al. 2018⁽³⁾) entfällt die Borderline-Kategorie. Die Möglichkeit zur Dokumentation dieser Kategorie wird zukünftig gestrichen werden. • Testergebnis unbekannt: Wurde der Test nicht durchgeführt oder sein Ergebnis ist nicht bekannt oder nicht verwertbar (z. B. Artefakte) gilt das als Status unbekannt. <p>Ziel ist es letztlich, zu einem klaren HER2-Testergebnis (negativ oder positiv) als Grundlage für die klinische</p>

			<p>Entscheidungsfindung zu kommen.</p> <p>(1) Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Dowsett M, McShane LM, Allison KH, et al.: Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline update. J Clin Oncol 31(31): 3997-4013. 2013</p> <p>(2) Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, Allison KH, Bartlett JM, Bilous M, Fitzgibbons P, Hanna W, Jenkins RB, Mangu PB et al. 2015. Reply to E.A. Rakha et al. J Clin Oncol 33(11):1302-4</p> <p>(3) Wolff, AC; Hammond, MEH; Kimberly, HA; Harvey, BE; Mangu, PB; Bartlett, JMS; et al. (2018): Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 Testing in Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists Clinical Practice Guideline Focused Update. JCO-Journal of Clinical Oncology 36(20): 2105-2122. DOI: 10.1200/jco.2018.77.8738.</p> <p>(4) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021), Kapitel "Pathomorphologische Untersuchung".</p> <p>(5) Lebeau, A; Denkert, C; Sinn, P; Schmidt, M; Wöckel, A (2019): Update der S3-Leitlinie Mammakarzinom. Was gibt es neues für den Pathologen? Pathologie 40(2): 185-198. DOI: 10.1007/s00292-019-0578-3.</p> <p>Abkürzungen Testmethodik: IHC: Immunhistochemie ISH: In-Situ-Hybridisierung</p>
wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom und Erkrankung an dieser Brust ist Primärerkrankung			
48	histologisch gesicherte Multizentrität	0 = nein 1 = ja	<p>wenn operative Therapie abgeschlossen und Histologie DCIS oder Primärtumor invasives Karzinom</p> <p>Gemäß Empfehlung der S3-Leitlinie zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms ist Multizentrität definiert als Auftreten von getrennten Karzinomherden in mehr als einem Quadranten bzw. bei einem Abstand von mindestens 4 cm zwischen den Herden⁽¹⁾.</p> <p>(1) Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021), Kapitel "Pathomorphologische Untersuchung".</p>
49	R0-Resektion	0 = nein 1 = ja 8 = es liegen keine Angaben vor 9 = Vollremission nach neoadjuvanter Therapie	Eine R0-Resektion liegt vor bei endgültig tumorfreiem Resektionsrand nach Abschluss der primär-operativen Therapie.
wenn Feld 49 = 1			
50	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand	1 = < 1 mm 2 = >= 1 mm bis < 2 mm 3 = >= 2 mm 8 = es liegen keine Angaben vor	<ul style="list-style-type: none"> Im pathologischen Befund soll der minimale Abstand des Tumors (invasives Karzinom, DCIS) von den Resektionsrändern angegeben werden. Dabei ist bei invasivem Tumor mit umgebender in-situ-Komponente der Abstand derjenigen Komponente (invasiv oder intraduktal) anzugeben, der den minimalsten Abstand von den Resektionsrändern hat. Wenn die Haut mitentfernt wurde, gibt es dort, wo die bedeckende Haut reseziert ist, zur Oberfläche hin keinen Resektionsrand mehr, aber seitlich davon: es ist der minimale Sicherheitsabstand der verbliebenen Resektionsflächen zu ermitteln. Es ist unter Berücksichtigung der übrigen Resektionsränder zu entscheiden, welcher der geringste Sicherheitsabstand ist.

			<ul style="list-style-type: none"> Führend bzgl. der geringsten Abstände zum Resektionsrand ist der histologische Befundbericht. Sowohl kontinuierliche Primärtumorausläufer als auch diskontinuierliche Tumorherde (sog. Satelliten bei Multifokalität) werden berücksichtigt. Bei mehrzeitigem Vorgehen müssen die Abstände so aufsummiert werden, dass der angegebene Wert (mm) dem minimalen Abstand des Tumors zum endgültigen Wundhöhlenrand entspricht. Dabei sind die Nachresektate ohne histologisch nachweisbare Tumorreste in die Bestimmung der Sicherheitsabstände (mm) einzubeziehen.
51	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	0 = keine Nachoperation 1 = R0 nicht mit Ersteingriff erlangt. 1 Nachoperation 2 = 2 Nachoperationen 3 = >= 3 Nachoperationen	<p>Eine Nachoperation ist ein nach einer ersten Operation (Ersteingriff) nötig gewordener weiterer, erneuter operativer Eingriff an dieser Brust (im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust, z. B. Gewebe-Nachresektion im Rahmen einer Nachoperation).</p> <ul style="list-style-type: none"> Es zählen nur Nachoperationen, die in Ihrer Einrichtung erfolgt sind im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust. Eine sekundäre Mastektomie zur Erlangung von R0 ist somit als Nachoperation zu werten. Alleinige Operationen an den Lymphknoten gelten nicht als Ersteingriff an dieser Brust. <p>R0: Für invasive Karzinome, Mischtumore und DCIS gilt: R0 bedeutet keine Tumorzelle am Resektionsrand. Für DCIS gilt zusätzlich zu R0: mindestens 2 mm Abstand zum Resektionsrand.</p>

Art der erfolgten Therapie

wenn Primärerkrankung oder Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom			
52	brusterhaltende Therapie (BET)	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)	<p>wenn Primärerkrankung oder wenn Z. n. BET und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</p> <p>BET = "ja", wenn bei der Patientin bei abgeschlossener operativer Behandlung eine Restbrustdrüse erhalten ist. Dies gilt auch dann, wenn der Eingriff an der Brust in einem vorhergehenden Aufenthalt oder in einer anderen Einrichtung durchgeführt wurde.</p>
wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom			
53	Entfernung unmarkierter axillärer Lymphknoten bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	0 = nein 1 = ja, einzelne Lymphknoten 2 = ja, Axilladisektion	<p>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</p> <p>Bei mehrzeitigem operativem Vorgehen muss die Abfrage bejaht werden, wenn im Rahmen der Behandlung der Primärerkrankung eine axilläre Lymphknotenentfernung (ausgenommen alleinige SLNB) durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn dies in einer anderen Einrichtung erfolgt ist.</p> <p>auch "ja, einzelne Lymphknoten", wenn im Rahmen einer SLNB einzelne zusätzliche, nicht markierte Lymphknoten entfernt wurden oder wenn ohne SLNB keine systematische Axilladisektion erfolgte. Die Entnahme mehrerer Lymphknoten im Rahmen der Sentinel-Lymphknotenentfernung ist nicht gleichbedeutend mit einer Axilladisektion.</p> <p>"ja, Axilladisektion", wenn eine systematische Axilladisektion erfolgte</p>
54	Sentinel-Lymphknoten-Biopsie bei diesem oder vorausgegangenem Aufenthalt durchgeführt	0 = nein 1 = ja	<p>wenn Primärerkrankung und wenn operative Therapie abgeschlossen und wenn Histologie DCIS oder invasives Karzinom</p> <p>Bei mehrzeitigem operativem Vorgehen muss die Abfrage bejaht werden, wenn im Rahmen der Behandlung der Primärerkrankung eine SLNB durchgeführt wurde. Dies gilt auch, wenn dies in einer anderen Einrichtung erfolgt ist.</p>
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis

Teildatensatz Basis (B)

Weiterer Behandlungsverlauf

wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ-Karzinom)

55	postoperative Therapieplanung in interdisziplinärer Tumorkonferenz	0 = nein 1 = ja	<p>wenn für mindestens 1 Brust: operative Therapie abgeschlossen und Histologie maligne Neoplasie (einschließlich in-situ- Karzinom)</p> <p>Die nachstehenden Ausführungen folgen den in der S3-Leitlinie Mammachirurgie⁽¹⁾, den im Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der DKG/DGS⁽²⁾ und den von Wilson et al.⁽³⁾ formulierten Empfehlungen hinsichtlich der dem Pathologen⁽¹⁾ bzw. dem Tumorboard^(2,3) vorzuliegenden Unterlagen sowie der interdisziplinären Zusammensetzung des Tumorboards^(2,3).</p> <p>"ja", auch wenn die interdisziplinäre Tumorkonferenz nach Beendigung des stationären Aufenthalts erfolgt ist. Es wird empfohlen, dass sich die Tumorkonferenz wie folgt zusammensetzt: Brustoperateur/Brustoperateurin, Radiologe/Radiologin, Pathologe/Pathologin, Internistische(r), ggfls. gynäkologische(r) Onkologe/Onkologin und Strahlentherapeutin/Strahlentherapeut. Entsprechend der Krankheitssituation sollten die psychoonkologischen, orthopädischen, neuro-, allgemein-, viszeral-, thorax- und unfallchirurgischen Fachdisziplinen sowie die der Plastischen Chirurgie und der Pflege (Breast Care Nurse) hinzugezogen werden. ^(2,3)</p> <p>Das Ergebnis der Tumorkonferenz wird in einem Protokoll verschriftlicht („Protokoll Tumorkonferenz“), das den Behandlungsplan sowie namentlich die Teilnehmenden umfasst und Teil der Patientenakte ist. ^(2,3)</p> <p>Wenn Antwort „ja“: Zu den für die postoperative Tumorkonferenz notwendigen Unterlagen sollten zählen: Patientendaten (Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Identifikationsnummer, wenn vorhanden), Angabe der verantwortlichen Ärztin bzw. des verantwortlichen Arztes, Anamnese, Co-Morbiditäten, familiäres Risiko, Tag der Entnahme, klinische Diagnose bzw. Indikation der Gewebeentnahme und weitere klinische Informationen wie Entnahmelokalisation der Gewebeprobe (z. B. Mamma rechts, oberer äußerer Quadrant), Art der Entnahme, klinische Befunde und Bildgebung (z. B. Befund palpabel/nicht palpabel; Mikrokalzifikation vorhanden/nicht vorhanden; ggf. mit Übersendung der Präparat-Radiografie) ⁽¹⁾ sowie Histologie-Grading, Hormonrezeptorstatus und HER2-Status, K-67-Status; pTNM-Klassifikation, Tumorgröße, Sicherheitsabstand, Resektionsrand, peritumorale Gefäßinvasion, Bezug zu klinischen, radiologischen Befunden, ggf. Angabe weiterer zusätzlicher Tumorherde (Multifokalität, Multizentrität)</p> <p>⁽¹⁾ Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms, Version 4.4, 2021, AWMF Registernummer: 032-045OL, http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mammakarzinom/ (abgerufen am: 07.09.2021), Kapitel "Pathomorphologische Untersuchung" und Formblätter 1, 2A.</p> <p>⁽²⁾ DKG [Deutsche Krebsgesellschaft]; DGS [Deutsche Gesellschaft für Senologie] (2019): Brustkrebszentren. Erhebungsbogen für Brustkrebszentren der deutschen Krebsgesellschaft. Inkraftsetzung am 23.08.2019. Berlin: DKS, DGS. Dokument Nr.: eb_bz-J1_190823.docx. URL: https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html</p> <p>⁽³⁾ Wilson. ARM; Marotti, L; Bianchi, S; Bignazoli, L; Claassen, S; Decker, T; et al. (2013): The requirements of a specialist Breast Centre. EJC - European Journal of Cancer 49(17): 3579-3587. DOI: 10.1016/j.ejca.2013.07.017.</p>
wenn Feld 55 = 1			
56	Datum postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz	Format: TT.MM.JJJJ	-

Entlassung

57	Entlassungsdatum Krankenhaus	Format: TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes und
----	------------------------------	--------------------	---

			<p>das Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.</p> <p><u>Beispiel</u></p> <p>1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2024 bis zum 10.01.2024</p> <p>2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2024 bis zum 20.01.2024</p> <p>Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2024 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2024</p>
58	Entlassungsdiagnose(n)	-	<p>Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen.</p> <p>Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog.</p>
59.1	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 4	-
		§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	
59.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	1 = ja	Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1

"ICD-O-3
(Mammakarzinom)"

8010/3 = Karzinom o.n.A.
8010/6 = Karzinom, Metastase o.n.A.
8013/3 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom
8013/6 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, Metastase
8013/9 = Großzelliges neuroendokrines Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8022/3 = Pleomorphes Karzinom
8022/6 = Pleomorphes Karzinom, Metastase
8022/9 = Pleomorphes Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8032/3 = Spindelzellkarzinom o.n.A.
8035/3 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen
8035/6 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, Metastase
8035/9 = Karzinom mit osteoklastenähnlichen Riesenzellen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8041/3 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A.
8041/6 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A., Metastase
8041/9 = Kleinzelliges Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8070/3 = Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8070/6 = Plattenepithelkarzinom-Metastase o.n.A.
8070/9 = Plattenepithelkarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8140/6 = Adenokarzinom-Metastase o.n.A.
8140/9 = Adenokarzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8200/3 = Adenoid-zystisches Karzinom
8200/6 = Adenoid-zystisches Karzinom, Metastase
8200/9 = Adenoid-zystisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8201/3 = Kribriiformes Karzinom o.n.A.
8201/6 = Kribriiformes Karzinom o.n.A., Metastase
8201/9 = Kribriiformes Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8211/3 = Tubuläres Adenokarzinom
8211/6 = Tubuläres Adenokarzinom, Metastase
8211/9 = Tubuläres Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8246/3 = Neuroendokrines Karzinom o.n.A.
8249/3 = Atypischer Karzinoidtumor
8249/6 = Atypischer Karzinoidtumor, Metastase
8249/9 = Atypischer Karzinoidtumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8265/3 = Mikropapilläres Karzinom o.n.A.
8265/6 = Mikropapilläres Karzinom o.n.A., Metastase
8265/9 = Mikropapilläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8290/3 = Onkozytäres Karzinom
8290/6 = Onkozytäres Karzinom, Metastase
8290/9 = Onkozytäres Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8314/3 = Lipidreiches Karzinom
8314/6 = Lipidreiches Karzinom, Metastase
8314/9 = Lipidreiches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8315/3 = Glykogenreiches Karzinom
8315/6 = Glykogenreiches Karzinom, Metastase
8315/9 = Glykogenreiches Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8401/3 = Apokrines Adenokarzinom
8401/6 = Apokrines Adenokarzinom, Metastase
8401/9 = Apokrines Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8410/3 = Talgdrüsenadenokarzinom
8410/6 = Talgdrüsenadenokarzinom, Metastase

8410/9 = Talgdrüsenadenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8430/3 = Mukoepidermoid-Karzinom
8430/6 = Mukoepidermoid-Karzinom, Metastase
8430/9 = Mukoepidermoid-Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8480/3 = Muzinöses Adenokarzinom
8480/6 = Muzinöses Adenokarzinom, Metastase
8480/9 = Muzinöses Adenokarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8490/3 = Siegelringzellkarzinom
8490/6 = Metastase eines Siegelringzellkarzinomes
8490/9 = Siegelringzellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8500/2 = Duktales Carcinoma in situ o.n.A.
8500/3 = Invasives duktales Karzinom o.n.A.
8500/6 = Invasives duktales Karzinom o.n.A., Metastase
8500/9 = Invasives duktales Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8502/3 = Sekretorisches Mammakarzinom
8502/6 = Sekretorisches Mammakarzinom, Metastase
8502/9 = Sekretorisches Mammakarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8503/2 = Nichtinvasives intraduktales papilläres Adenokarzinom
8503/3 = Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion
8503/6 = Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, Metastase
8503/9 = Intraduktales papilläres Adenokarzinom mit Invasion, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8504/2 = Nichtinvasives intrazystisches Karzinom
8504/3 = Intrazystisches Karzinom o. n. A. , intrazystisches papilläres Adenokarzinom
8507/2 = Intraduktales mikropapilläres Karzinom
8507/3 = Invasives mikropapilläres Mammakarzinom
8509/2 = Solides papilläres Carcinoma in situ
8509/3 = Solides papilläres Karzinom mit Invasion
8510/3 = Medulläres Karzinom o.n.A.
8510/6 = Medulläres Karzinom o.n.A., Metastase
8510/9 = Medulläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8519/2 = Pleomorphes lobuläres Carcinoma in situ
8520/2 = Lobuläres Carcinoma in situ o.n.A.
8520/3 = Lobuläres Karzinom o.n.A.
8520/6 = Lobuläres Karzinom o.n.A., Metastase
8520/9 = Lobuläres Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8522/3 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom
8522/6 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom, Metastase
8522/9 = Invasives duktales und lobuläres Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8523/3 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8523/6 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8523/9 = invasives duktales Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8524/3 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen
8524/6 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, Metastase
8524/9 = invasives lobuläres Karzinom gemischt mit anderen Karzinom-Typen, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8530/3 = Inflammatorisches Karzinom
8530/6 = Inflammatorisches Karzinom, Metastase
8530/9 = Inflammatorisches Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8540/3 = M. Paget der Brust
8541/3 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom
8541/6 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, Metastase
8541/9 = M. Paget mit invasivem duktalem Karzinom, unklar ob Primärtumor oder Metastase
8543/3 = M. Paget mit nichtinvasivem intraduktalem Karzinom
8550/3 = Azinuszellkarzinom
8550/6 = Azinuszellkarzinom, Metastase
8550/9 = Azinuszellkarzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8560/3 = Adenosquamöses Karzinom
8560/6 = Adenosquamöses Karzinom, Metastase
8560/9 = Adenosquamöses Karzinom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8571/3 = Adenokarzinom mit Knorpel- und Knochenmetaplasie
8572/3 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie
8572/6 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, Metastase
8572/9 = Adenokarzinom mit Spindelzellmetaplasie, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8574/3 = Adenokarzinom mit neuroendokriner Differenzierung
8575/3 = Metaplastisches Karzinom o.n.A.
8575/6 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., Metastase
8575/9 = Metaplastisches Karzinom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8800/3 = Sarkom o.n.A.
8800/6 = Sarkom o.n.A., Metastase
8800/9 = Sarkomatose o.n.A.
8802/3 = Riesenzellsarkom
8830/3 = Malignes fibröses Histiozytom
8850/3 = Liposarkom o.n.A.
8850/6 = Liposarkom o.n.A., Metastase
8850/9 = Liposarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8890/3 = Leiomyosarkom o.n.A.
8890/6 = Leiomyosarkom o.n.A., Metastase
8890/9 = Leiomyosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
8982/3 = Malignes Myoepitheliom

8982/6 = Malignes Myoepitheliom, Metastase
 8982/9 = Malignes Myoepitheliom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
 9020/1 = Phylloides-Tumor mit Borderline-Malignität
 9020/3 = Maligner Phylloides-Tumor
 9020/6 = Maligner Phylloides-Tumor, Metastase
 9020/9 = Maligner Phylloides-Tumor, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
 9120/3 = Hämangiosarkom
 9120/6 = Hämangiosarkom, Metastase
 9120/9 = Hämangiosarkom, unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
 9180/3 = Osteosarkom o.n.A.
 9180/6 = Osteosarkom o.n.A., Metastase
 9180/9 = Osteosarkom o.n.A., unbestimmt ob Primärtumor oder Metastase
 9590/3 = Malignes Lymphom o.n.A.
 9680/3 = Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom o.n.A.
 9687/3 = Burkitt-Lymphom o.n.A.
 9690/3 = Follikuläres Lymphom o.n.A.
 9699/3 = Marginalzonen-B-Zell-Lymphom o.n.A.

Schlüssel 2

"Path. T-Stadium Mamma"

pT0 = pT0
 pT1 = pT1
 pTis = pTis
 pT1mic = pT1mic
 pT1a = pT1a
 pT1b = pT1b
 pT1c = pT1c
 pT2 = pT2
 pT3 = pT3
 pT4a = pT4a
 pT4b = pT4b
 pT4c = pT4c
 pT4d = pT4d
 pTX = pTX
 ypT0 = ypT0
 ypT1 = ypT1
 ypTis = ypTis
 ypT1mic = ypT1mic
 ypT1a = ypT1a
 ypT1b = ypT1b
 ypT1c = ypT1c
 ypT2 = ypT2
 ypT3 = ypT3
 ypT4a = ypT4a
 ypT4b = ypT4b
 ypT4c = ypT4c
 ypT4d = ypT4d
 ypTX = ypTX

Schlüssel 3

"Path. N-Stadium Mamma"

cN0 = cN0
 pN0 = pN0
 pN0(sn) = pN0(sn)
 pN1mi = pN1mi
 pN1mi(sn) = pN1mi(sn)
 pN1(sn) = pN1(sn)
 pN1a = pN1a
 pN1a(sn) = pN1a(sn)
 pN1b = pN1b
 pN1c = pN1c
 pN2a = pN2a
 pN2a(sn) = pN2a(sn)
 pN2b = pN2b
 pN3a = pN3a
 pN3b = pN3b
 pN3c = pN3c
 pNX = pNX
 ypN0 = ypN0
 ypN0(sn) = ypN0(sn)
 ypN1mi = ypN1mi
 ypN1mi(sn) = ypN1mi(sn)
 ypN1(sn) = ypN1(sn)
 ypN1a = ypN1a
 ypN1a(sn) = ypN1a(sn)
 ypN1b = ypN1b
 ypN1c = ypN1c
 ypN2a = ypN2a
 ypN2a(sn) = ypN2a(sn)
 ypN2b = ypN2b
 ypN3a = ypN3a
 ypN3b = ypN3b
 ypN3c = ypN3c
 ypNX = ypNX

Schlüssel 4

"Entlassungsgrund"

- 01 = Behandlung regulär beendet
- 02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
- 04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
- 05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
- 06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- 07 = Tod
- 08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
- 09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
- 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
- 11 = Entlassung in ein Hospiz
- 13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
- 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
- 17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BpflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
- 22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
- 25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
- 30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege