

**Plausibilitätsrichtlinie
zur Prüfung der Dokumentationsdaten
des strukturierten Behandlungsprogramms**

Brustkrebs

postoperative Erstdokumentation nach präoperativer Einschreibung (ppn)

Grundlage:

Anlage 4 DMP-A-RL
01.10.2023

Stand der Bearbeitung:

19.04.2024

Version

8.0

anzuwenden ab:

01.10.24

Brustkrebs – Erstdokumentation			
Feld-Nr.	Dokumentations-parameter	Ausprägung	Plausibilitätsregeln
Administrative Daten			
1	DMP-Fallnummer	Nummer	Pflichtfeld; bis zu 7 Stellen; alphanumerische Angabe
2	Name der/des Versicherten	Nachname, Vorname	Pflichtfeld
3	Geburtsdatum der/des Versicherten	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld; Das Datum muss kleiner dem Erstellldatum in Feld 32 sein.
4	Kostenträgername	Name der Krankenkasse	Pflichtfeld
5	Kostenträgerkennung	9 bzw. 7-stellige Nummer	Pflichtfeld, 7- oder 9-stellige numerische Angabe
6	Versicherten-Nummer	Nummer (bis zu 12 Stellen, alphanumerisch)	Pflichtfeld; bis zu 12 Stellen, alphanumerische Angabe
7a	Vertragsarzt-Nummer ¹	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe Wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig.
7b	Betriebsstätten-Nummer	9-stellige Nummer	Bedingtes Pflichtfeld, 9-stellige numerische Angabe Wenn in Feld 8 eine Angabe erfolgt ist, ist hier keine Angabe notwendig.
8	Krankenhaus-Institutionskennzeichen	IK-Nummer	Bedingtes Pflichtfeld; neunstellige numerische Angabe Wenn eine Angabe in Feld 7a und in Feld 7b erfolgt ist, ist hier keine Angabe erforderlich
	[Geschlecht]	W	Optionales Feld; Nur die alleinige Angabe „w“ ist zulässig
9	Datum ²	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld; Das Datum muss gleich oder kleiner zum Erfassungsdatum bei der entgegennehmenden Stelle (z.B. Datenstelle) sein
Einschreibung			
10	Primärtumor Datum des histologischen Nachweises	TT.MM.JJJJ	- Keine Angabe zulässig

¹ Gemeint ist die Lebenslange Arztnummer

² Dies entspricht dem Kopfdatum („origination_dtm“)

11	kontralateraler Brustkrebs Datum des histologischen Nachweises	TT.MM.JJJJ	- Keine Angabe zulässig
12	Lokoregionäres Rezidiv Datum des histologischen Nachweises	TT.MM.JJJJ	- Keine Angabe zulässig
13	Datum der diagnostischen Sicherung von Fernmetastasen	TT.MM.JJJJ	- Keine Angabe zulässig
Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebses			
14	Operative Therapie	BET / Mastektomie/ Sentinel-Lymphknoten-Biopsie / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / OP geplant / OP nicht geplant	<p>Pflichtfeld; Mehrfachnennungen sind möglich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Angabe „OP geplant“ ist nicht zulässig - Wenn „OP nicht geplant“ angegeben wird, dann muss in Feld 15 „(c) Klinisch“ angegeben werden - Wenn „OP nicht geplant“ angegeben wird, darf keine weitere Ausprägung angegeben werden - Die Angaben „BET“ oder „Mastektomie“ oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ oder „Axilläre Lymphonodektomie“ oder „Anderes Vorgehen“ können sowohl gemeinsam als auch alleine angegeben werden. - Wenn „BET“ und/oder „Mastektomie“ und/oder „Sentinel-Lymphknoten-Biopsie“ und/oder „Axilläre Lymphonodektomie“ und/oder „Anderes Vorgehen“ angegeben ist, dann muss in Feld 15 „(p) Pathologisch (postoperativ)“ oder „(yp) Pathologisch (postoperativ) nach neoadjuvanter Therapie“ angegeben sein
Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses			
15	TNM-Klassifizierung	(p) Pathologisch (postoperativ) / (c) Klinisch / (yp)	Pflichtfeld; Nur eine Angabe ist zulässig

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

		Keine endokrine Therapie durchgeführt	
23	Bei Patientinnen unter adjuvanter Therapie mit Aromataseinhibitoren, sofern die Absicht für eine spezifische medikamentöse Therapie einer Osteoporose besteht: DXA-Befund	Auffällig/Unauffällig/Unbekannt	<ul style="list-style-type: none"> - Optionale Angabe Nur eine Angabe ist zulässig
Befunde und Therapie von Fernmetastasen			
24	Lokalisation von Fernmetastasen	Knochen / viszeral/ ZNS/ Andere	<ul style="list-style-type: none"> - Optionale Angabe Mehrfachnennungen sind möglich
25	Therapie bei Knochenmetastasen	a) Bisphosphonate: Ja / Nein / Kontraindikation b) Denosumab: Ja / Nein / Kontraindikation	<ul style="list-style-type: none"> - Optionale Angabe Mehrfachnennungen sind möglich
Sonstige Befunde			
26	Symptomatisches Lymphödem	Ja, Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Ja, keine Kompressionsarmstrumpftherapie erforderlich / Nein	<ul style="list-style-type: none"> - Optionale Angabe Nur eine Antwort ist zulässig
27	Empfehlung zu regelmäßigm körperlichen Training abgegeben	Ja/ Nein	<ul style="list-style-type: none"> - Optionale Angabe Nur eine Antwort ist zulässig

28	Z. n. besonders kardiotoxischer Tumortherapie	Anthrazykline (Doxorubicin, Epirubicin) / Anti-HER2-Substanzen / linksthorakale Bestrahlung / Unbekannt / Nein	- Optionale Angabe Mehrfachnennungen sind möglich
29	Körpergröße	m	- Optionale Angabe
30	Körpergewicht	kg	- Optionale Angabe
Behandlungsplanung			
31	Dokumentationsintervall	Halbjährlich oder häufiger / Jährlich	- Keine Angabe zulässig
32	Datum der Erstellung	TT.MM.JJJJ	Pflichtfeld Das Datum muss gleich oder kleiner dem Erfassungsdatum in der entgegennehmenden Stelle (z.B. Datenstelle) sein.