

Anlage 4a
(zu §§ 28b bis 28g)

Brustkrebs – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	vom Arzt zu vergeben
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer
7	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
8	Krankenhaus-IK	
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Erstmanifestation (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
11	Wie wurde die Diagnose gesichert?	Mammographie / Sonographie / Feinnadelbiopsie / Stanzbiopsie / Offene Biopsie / Sonstige
12	Lokalrezidiv (Datum des histologischen Nachweises)	TT.MM.JJJJ
13	Fernmetastasen gesichert am	TT.MM.JJJJ
Erstdokumentation		
14	Primär betroffene Mamma	Re. / Li. / Beidseits
15	Menopausenstatus	Prämenopausal / Postmenopausal
16	Aktueller Behandlungsstatus	Präoperativ / Postoperativ / Adjuvante Therapie / Nachsorge
17	Ergebnis nach abgeschlossener Primärtherapie	Vollremission / Teilremission / No Change / Progress / Therapie noch nicht abgeschlossen
18	Art der erfolgten chirurgischen Therapie	BET / Mastektomie / Onkoplastische OP / Axilläre Lymphonodektomie / Anderes Vorgehen / Kein operatives Vorgehen (Mehrfachnennungen möglich)
19	Komplikationen der OP	Keine / Nachblutung / Wundheilstörung / Andere
20	Anzahl entfernter LK	< 10 / ≥ 10 / Keine
21	Anzahl befallener LK	< 4 / ≥ 4 / Keine
22	Tumortyp	Invasiv / Mikroinvasiv / Andere
23	Rezeptorstatus	Positiv / Negativ / Unbekannt
24	Resektion	R0 / R1 / R2 / Unbekannt
25	Grading (nach Elston und Ellis)	1 / 2 / 3 / Nicht beurteilbar
26	pT	Is / x / 0 / 1 / 2 / 3 / 4
27	pN	X / 0 / 1 / 2 / 3
28	M	X / 0 / 1

Brustkrebs – Erstdokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
29	Lokalisation der Metastasen	Leber / Lunge / Knochen / Andere
30	Bestrahlte Region bei erfolgter oder andauernder Strahlentherapie	Mamma re. / Mamma li. / Brustwand re. / Brustwand li. / Lymphabflusswege (supraclaviculär) / Mammaria interna / Andere / Keine
31	Art der erfolgten oder andauernden Chemotherapie	Anthrazyklinhaltig / CMF / Andere / Keine
32	Art der erfolgten oder andauernden Hormontherapie	Antiöstrogene / Ovarrektomie / GNRH-Analoga / Aromatasehemmer / Gestagene / Andere / Keine
33	Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie	Regulär / Tumorprogress / Toxizität / Verweigerung der Therapie / Tod / Andere
34	Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoptionen erfolgt	Ja / Ja, gemeinsam mit Personen des Vertrauens / Nein / Abgelehnt
35	Dokumentationszeitraum	6 Monate
36	Wiedervorstellungstermin vereinbart	Ja und Datum / Nein (plausibler Grund liegt vor) / Ohne Begründung abgelehnt

Brustkrebs – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
1	DMP-Fallnummer	
Administrative Daten		
2	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name der Kasse
3	Name, Vorname der Versicherten	
4	Geb. am	TT.MM.JJJJ
5	Kassen-Nr.	7-stellige Nummer
6	Versicherten-Nr.	9-stellige Nummer
7	Vertragsarzt-Nr.	7-stellige Nummer
8	Krankenhaus-IK	
9	Datum	TT.MM.JJJJ
10	Patientin befindet sich zurzeit in stationärer oder anderweitiger ambulanter Behandlung	Ja / Nein
11	Primärtherapie abgeschlossen	Ja / Nein
12	Aktueller Tumorstatus	Vollremission / Teilremission / Keine Änderung / Progress
13	Bestrahlte Region bei ggf. andauernder Strahlentherapie	Mamma re. / Mamma li. / Brustwand re. / Brustwand li. / Lymphabflusswege (supraclaviculär) / Mammaria interna / Andere / Keine
14	Art der ggf. andauernden Chemotherapie	Anthrazyklinhaltig / CMF / Andere / Keine
15	Art der ggf. andauernden Hormontherapie	Antiöstrogene / Ovarrektomie / GNRH-Analoga / Aromatasehemmer / Gestagene / Andere / Keine
16	Endokrine Therapie	Ja / Nein
17	Gründe für die Beendigung der adjuvanten Therapie	Regulär / Tumorprogress / Toxizität / Verweigerung der Therapie / Tod / Andere

Brustkrebs – Folgedokumentation		
Lfd. Nr.	Dokumentationsparameter	Ausprägung
18	Lymphödem	Re. / Li. / Kein
19	Lokalrezidiv	Ja / Nein
20	Fernmetastasen	Leber / Lunge / Knochen / Andere / Keine
21	Todesursache	Brustkrebsbedingt / Andere / Nicht beurteilbar
22	Ende des Follow up	Regulär / Wunsch der Patientin / Tod / Andere
23	Beratung und Information über Erkrankung und Therapieoptionen erfolgt	Ja / Ja, gemeinsam mit Personen des Vertrauens / Nein / Abgelehnt
24	Dokumentationszeitraum	6 Monate
25	Wiedervorstellungstermin vereinbart	Ja und Datum / Nein (plausibler Grund liegt vor) / Ohne Begründung abgelehnt