



Dokumentation des Mammakarzinoms

Inhaltsverzeichnis:

1. Zweck	2
2. Geltungsbereich	2
3. Allgemeines zur Dokumentation.....	2
4. Gesetzesgrundlage für Krebsregister (Meldepflicht)	2
5. Diagnosedaten	2
6. Operative Therapie	12
9. Verlaufsdaten (gilt ggf. nur für GTDS).....	16
10. Nachsorge (Follow up)	17
11. Rezidivdokumentation/ das lokalregionäre Rezidiv (bei gleicher Lokalisation, Histologie)	19
12. Abschluss	19
13. Zusätzliche Parameter	20
14. Extras/Besonderheiten.....	21
15. Dokumente und Literatur	22
16. Glossar	23
17. Autoren der Verfahrensanweisung.....	24
Abbildung 1: Ereignis Diagnose.....	3
Abbildung 2: Ereignis Operation.....	12
Abbildung 3: Ereignis Strahlentherapie.....	14
Abbildung 4: Ereignis Systemische Therapie.....	15
Abbildung 5: Ereignis Verlauf nach Therapie.....	17
Abbildung 6: Ereignis Nachsorge	18
Abbildung 7: Ereignis Abschluss.....	19
Abbildung 8: Ereignis zusätzliche Parameter.....	20



1. Zweck

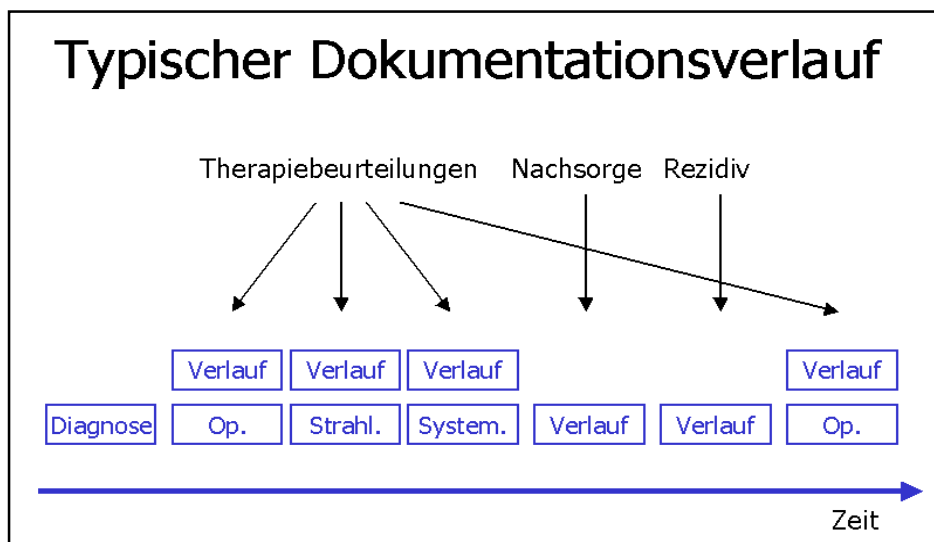
Ziel ist die Vereinheitlichung der Dokumentation von Mammakarzinomen in den klinischen Krebsregistern des Tumorzentrums Land Berlin, um eine gemeinsame Datenauswertung mit dem Ziel der Qualitätssicherung zu ermöglichen.

2. Geltungsbereich

Diese beschriebene Vorgehensweise gilt für alle lokalen Register und Brustzentren Berlins.

3. Allgemeines zur Dokumentation

Der Onkologische ADT-Basisdatensatz ist der allgemeine Standard für die Dokumentation aller Entitäten (Stand 12.02.2014). Allgemeine Übersicht Dokumentation einer vollständigen Tumorhistorie:



Quelle: Udo Altmann für GTDS (der „Verlauf“ ist nicht in jeder Dokumentationssoftware jedem Ereignis zuzuordnen)

4. Gesetzesgrundlage für Krebsregister (Meldepflicht)

Neben den Patientenstammdaten sind verpflichtende Angaben nach Krebsregistergesetzgebung an das Epidemiologische Krebsregister zu melden (<http://www.berlin.de/gkr/grundlagen/#gesetz>), auf die in der SOP nicht weiter hingewiesen wird. Die zu meldenden Felder sind regulärer Bestandteil der Tumordokumentation.

5. Diagnosedaten

Am Beginn jeglicher Dokumentation einer Tumorerkrankung stehen die Diagnosedaten, in denen die wesentlichen Daten zum Ausgangspunkt der Tumorerkrankung dokumentiert werden können.



Grundsätzlich ist es sinnvoll, die Dokumentation erst nach Anschluss der operativen Primärtherapie (also auch aller Nachresektionen; wenn die Informationen da oder in kürzerer Zeit erwartet wird) retrospektiv zu beginnen.

Die Dokumentation einer Tumorerkrankung in dem Feld „frühere Tumorerkrankung“ wird nur in absoluten Ausnahmefällen ausgefüllt. Ausnahmefälle bedeuten, dass es keine klinischen Angaben zur Tumorerkrankung gibt.

Bei mehreren Tumoren (Mammakarzinom beidseits) ist für jeden Tumor gesondert ein Diagnosedatensatz anzulegen.

Abbildung 1: Ereignis Diagnose

Merkmalsausprägung / Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Merkmalsausprägung / Erklärung Es gilt die erste histologische Sicherung. Als Datum wird der Tag der gesicherten Probeentnahme angegeben.	Empfohlener Schlüssel Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Merkmalsausprägung / Erklärung Hier handelt es sich um die Methode, wie die Diagnose gesichert wurde. Bei mehreren Methoden muss immer die höchste Stufe angegeben werden.	Empfohlener Schlüssel klinisch zytologisch histologisch autoptisch DCO sonstiges unbekannt
Merkmalsausprägung / Erklärung Hier handelt es sich um den Anlass, der zur Diagnose der Tumorerkrankung geführt hat.	Empfohlener Schlüssel Tumorsymptome Krebsfrüherkennung (KFU) Selbstuntersuchung Screening Langzeitbetreuung/Nachsorge andere Untersuchung unbekannt
Merkmalsausprägung / Erklärung ICD-10 Schlüssel	Empfohlener Schlüssel C50.0 Bös. Neub.: Brustwarze u. Warzenhof C50.1 Bös. Neub.: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse C50.2 Bös. Neub.: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse C50.3 Bös. Neub.: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse C50.4 Bös. Neub.: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse C50.5 Bös. Neub.: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse C50.6 Bös. Neub.: Recessus axillaris der Brustdrüse C50.8 Bös. Neub.: Brustdrüse, mehrere



Merkmal	Merkmalsausprägung / Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		<p>Teilbereiche überlappend C50.9 Bös. Neub.: Brustdrüse onA</p> <p>C50.8 ist zu verwenden, wenn sich ein einzelner Tumor über mindestens zwei Unterregionen der Mamma erstreckt, C50.9, wenn multiple Tumoren mindestens zwei Quadranten betreffen.</p> <p>D05.0 Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse (Klärung) D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (intraduktal) D05.7 Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse D05.9 Carcinoma in situ, onA</p>
Primär-Tumorlokalisations-schlüssel	Die Lokalisation des Primärtumors wird hier erfasst.	<p>Internationale Klassifikation für die Onkologie nach ICD-O-3 C50.0 Mamille C50.1 Zentraler Drüsenkörper der Brust C50.2 Oberer innerer Quadrant der Brust C50.3 Unterer innerer Quadrant der Brust C50.4 Oberer äußerer Quadrant der Brust C50.5 Unterer äußerer Quadrant der Brust C50.6 Recessus axillaris der Brust C50.8 Brust, mehrere Teilbereiche überlappend C50.9 Brust onA</p>
Primärlokalisierung im Klartext	Lokalisation der Primärtumors Metastasen sind hier nicht zu verschlüsseln, sondern unter "Metastasen".	Freitextfeld zur Plausibilisierung der Primärdaten (z. B. Tumor bei 10 Uhr)
Tumordiagnose ICD 10	ICD-10 Schlüssel	<p>C50.0 Bös. Neub.: Brustwarze u. Warzenhof C50.1 Bös. Neub.: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse C50.2 Bös. Neub.: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse C50.3 Bös. Neub.: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse C50.4 Bös. Neub.: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse C50.5 Bös. Neub.: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse C50.6 Bös. Neub.: Recessus axillaris der Brustdrüse C50.8 Bös. Neub.: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend C50.9 Bös. Neub.: Brustdrüse onA</p> <p>C50.8 ist zu verwenden, wenn sich ein</p>



Merkmal	Merkmalsausprägung / Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		einzelner Tumor über mindestens zwei Unterregionen der Mamma erstreckt, C50.9, wenn multiple Tumoren mindestens zwei Quadranten betreffen. D05.0 Lobuläres Carcinoma in situ der Brustdrüse (Klärung) D05.1 Carcinoma in situ der Milchgänge (intraduktal) D05.7 Sonstiges Carcinoma in situ der Brustdrüse D05.9 Carcinoma in situ, onA
Primär-Tumorklassifizierungsschlüssel	Die Lokalisation des Primärtumors wird hier erfasst.	Internationale Klassifikation für die Onkologie nach ICD-O-3 C50.0 Mamille C50.1 Zentraler Drüsenkörper der Brust C50.2 Oberer innerer Quadrant der Brust C50.3 Unterer innerer Quadrant der Brust C50.4 Oberer äußerer Quadrant der Brust C50.5 Unterer äußerer Quadrant der Brust C50.6 Recessus axillaris der Brust C50.8 Brust, mehrere Teilbereiche überlappend C50.9 Brust onA
Primärlokalisierung im Klartext	Lokalisation der Primärtumors Metastasen sind hier nicht zu verschlüsseln, sondern unter "Metastasen".	Freitextfeld zur Plausibilisierung der Primärdaten (z. B. Tumor bei 10 Uhr)
Seitenangabe		rechts links beidseitig (ggf. datenbankabhängig) unbekannt
Histologie-Datum	Das Histologiedatum ist der Tag an dem die Tumorerkrankung histologisch gesichert	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Histologiesicherung	Art der Histologiesicherung	Stanzbiopsie Vakuumbiopsie Offene Biopsie unbekannt
Histologieschlüssel	Code der definitiven Histologie, die eine Ordnung der Tumorerkrankung erlaubt. Betrifft nur Angaben zum Primärtumor.	Histologie-Code (Morphologie-Code) nach ICD-O-3 M (_ _ _ _ / _ _)



Merkmal	Merkmalsausprägung / Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Grading	Histopathologisches Grading:	<p>bei invasiven Karzinomen:</p> <p>G1 (gut differenziert) G2 (mäßig/mittelgradig differenziert) G3 (schlecht differenziert) GX (= Differenzierungsgrad kann nicht bestimmt werden)</p> <p>Bei in situ Karzinomen lehnt sich die aktuelle WHO-Klassifikation eng an die Van-Nuys-Klassifikation an (Van-Nuys-Gruppe):</p> <p>G1 - Low Grade (niedrig, geringe Mitoserate) G2 - Intermediate Grade (mäßig, intermediäre Mitoserate) G3 - High Grade (hoch, hohe Mitoserate)</p>
TNM	<p>Alle Angaben zum TNM werden im Verlauf mit Datum angegeben.</p> <p>In der Regel gibt es pro Fall höchstens je ein klinisches und ein pathologisches TNM bei Diagnosen. Alle folgenden TNM sind ggf. als rTNM zu kennzeichnen.</p> <p>Das klinische TNM basiert auf den vor der Behandlung erhobenen Befunden (prätherapeutische klinische Klassifikation bezeichnet als cTNM). Solche ergeben sich aufgrund von klinischen Untersuchungen, bildgebender Verfahren, Endoskopie, Biopsie, chirurgischer Exploration und anderen relevanten Untersuchungen.</p> <p>Im Falle mehrerer pathohistologischer Gutachten im Laufe der Primärbehandlung ist ein zusammenfassendes pTNM zu bilden, das für allgemeine Auswertungen die prognostische Einordnung der Tumorerkrankung</p>	<p>cTNM - es ist der klinische(r) Status vor Therapie! pTNM - nach erfolgter OP ypTNM - nach erfolgter neoadjuvanter Therapie und anschließender OP apTNM - autoptisch festgestellt rcTNM/rpTNM - Rezidivtumoren nach krankheitsfreiem Intervall</p>



Merkmal	Merkmalsausprägung / Erklärung	Empfohlener Schlüssel
	<p>erlaubt. Die Einzelangabe von p-Präfixen ist erforderlich, um zu kennzeichnen, welche der Kategorien pathohistologisch beurteilt wurde. „p“ bei der M-Kategorie ist im Regelfall nur im Sinne von pM1 zulässig. Ein pM0 ist nicht möglich (nur apM0).</p>	
T	<p>T = Ausbreitung des Primärtumors</p> <p>(bei Auftreten mehrerer simultaner Tumoren in einem Organ wird der Tumor mit der höchsten T-Kategorie klassifiziert und die Multiplizität oder Gesamtzahl der Tumoren in Klammern angegeben, z. B. T2 (m) oder T2 (2))- die Regel gilt für multiple makroskopisch erkennbare Tumoren einer Primärlokalisierung</p>	<p>TX - Primärtumor kann nicht beurteilt werden T0 - kein Anhalt für Primärtumor Tis - Carcinoma in situ: Tis(DCIS) - Duktales Carcinoma in situ Morbus Paget - Verschlüsselung C-Diagnose (C50.0), Histologie-Code: M 8540/3 T1 - Tumor 2 cm oder weniger in größter Ausdehnung T1 mi - Mikroinvasion 0,1 cm oder weniger in größter Ausdehnung T1 a - mehr als 0,1 cm, aber nicht mehr als 0,5 cm in größter Ausdehnung T1 b - mehr als 0,5 cm, aber nicht mehr als 1 cm in größter Ausdehnung T1 c - mehr als 1 cm, aber nicht mehr als 2 cm in größter Ausdehnung T2 - Tumor mehr als 2 cm, aber nicht mehr als 5 cm in größter Ausdehnung T3 - Tumor mehr als 5 cm in größter Ausdehnung T4 - Tumor jeder Größe mit direkter Ausdehnung auf Brustwand oder Haut, soweit unter T4 a bis T4 d beschrieben T4a - Ausdehnung auf die Brustwand T4b - Ödem (einschließlich Apfelsinhaut) oder Ulzeration der Brusthaut oder Satellitenknötchen der Haut der gleichen Brust T4c - Kriterien 4a und 4b gemeinsam T4d - Entzündliches</p>



Merkmal	Merkmalsausprägung / Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		(inflammatorisches) Karzinom T% (m) oder T% (Zahl) - mehrere Tumoren in einem Organ
N	Ausbreitung der regionären Lymphknotenmetastasen	NX - Regionäre Lymphknoten können nicht beurteilt werden N0 - Keine regionären Lymphknotenmetastasen N1 - Metastase in beweglichen ipsilateralen axillären Lymphknoten der Level I und II N1mi - Mikrometastase(n) N1a - Metastase(n) in 1-3 axillären Lymphknoten , zumindest eine Metastase mehr als 0,2 cm in größter Ausdehnung N1b - Lymphknoten entlang der A. mammaria interna mit mikroskopischer(en) Metastase(n), nachgewiesen durch Untersuchung des Schildwächterlymphknotens, aber klinisch erkennbar N1c - Metastasen in 1-3 axillären Lymphknoten und Lymphknoten entlang der A. mammaria interna mit mikroskopischer(en) Metastase(n), nachgewiesen durch Untersuchung des Schildwächterlymphknotens, aber nicht klinisch erkennbar N2a - Metastase(n) in ipsilateralen axillären Lymphknoten, untereinander oder an andere Strukturen fixiert N2b - Metastase(n) in klinisch erkennbaren' ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Abwesenheit klinisch erkennbarer axillärer Lymphknotenmetastasen N3a - Metastase(n) in ipsilateralen infraklavikulären Lymphknoten N3b - Metastase(n) in ipsilateralen Lymphknoten entlang der A. mammaria interna in Anwesenheit axillärer Lymphknotenmetastasen N3c - Metastase(n) in ipsilateralen supraklavikulären Lymphknoten
pN(sn)	Klassifikation des Schildwächterlymphknoten (Sentinel-Lymphknoten)	NX (sn) - Sentinel-Lymphknoten (Schildwächterlymphknoten) kann histologisch nicht beurteilt werden N0 (sn) - Histologisch keine Sentinel-Lymphknotenmetastasen



Merkmal	Merkmalsausprägung / Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		N1 (sn) - Befall des (der) Sentinel-Lymphknoten N1 (mi) (sn) - Mikroinvasion des Sentinel-Lymphknotens
M	Mx sollte vermieden werden !!!	Es zählt die TNM-Auflage, die bei Diagnose aktuell war. M0 - Keine Fernmetastasen M1 - Fernmetastasen
C	C = Abkürzung für „Certainty“ Diagnosesicherheit Die Verwendung ist derzeit noch fakultativ.	C1 - Aussage aufgrund von diagnostischen Standardmethoden, z.B. Inspektion, Palpation und Standardröntgenaufnahmen, intraluminale Endoskopie bei bestimmten Organen C2 - Aussage aufgrund spezieller diagnostischer Maßnahmen, z.B. bildgebender Verfahren: Röntgenaufnahmen in speziellen Projektionen, Schichtaufnahmen, Computertomographie (CT), Sonographie, Lymphographie, Angiographie; nuklearmedizinische Untersuchungen; Kernspintomographie (MRT); Endoskopie, Biopsie und Zytologie C3 - Aussage aufgrund chirurgischer Exploration einschließlich Biopsie und zytologischer Untersuchung C4 - Aussage nach definitiver chirurgischer Behandlung und pathologischer Untersuchung des Tumorresektats C5 - Aussage aufgrund einer Autopsie
UICC-Stadium	Bei M1 wird das Stadium immer IV gesetzt.	Stadium wird nur angegeben, wenn das Stadium in den Unterlagen vorliegt, oder auf Grund VOLLSTÄNDIGER ANGABEN des TNM's zugewiesen werden kann <u>UICC-Stadium:</u> Stadium 0: Tis N0 M0 Stadium IA: T1/T1mic N0 M0 Stadium IB: T0/ T1//T1mic N1mi M0 Stadium IIA: T0/ T1//T1mic N1 M0 oder T2 N0 M0



Merkmal	Merkmalsausprägung / Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		Stadium IIB: T2 N1 M0 oder T3 N0 M0 Stadium IIIA: T0/ T1/T1mic /T2 N2 M0 oder T3 N1/N0 M0 Stadium IIIB: T4 N0/N1/N2 M0 Stadium IIIC: Jedes T N3 M0 Stadium IV: Jedes T Jedes N M1
Lymphgefäßinvasion	Lymphgefäßinvasion	L 0 \triangleq keine Lymphgefäßinvasion L 1 \triangleq Lymphgefäßinvasion L X \triangleq Lymphgefäßinvasion nicht beurteilbar
Veneninvasion	Veneninvasion	V 0 \triangleq keine Veneninvasion V 1 \triangleq mikroskopische Veneninvasion V 2 \triangleq makroskopische Veneninvasion V X \triangleq Veneninvasion nicht beurteilbar
Östrogen (ER)	Östrogenrezeptor	positiv negativ oder Angabe in % (gemäß immunreaktiven Scores nach aktueller Leitlinie)
Progesteron (PR)	Progesteronrezeptor	positiv negativ oder Angabe in % (gemäß immunreaktiven Scores nach aktueller Leitlinie)
HER-2 Rezeptor (Mamma oder Metastase)	Rezeptor aussagefähig für Wachstumsfaktoren	0 negativ, keine Überexpression 1+ schwache Reaktion, keine Überexpression 2+ mäßig starke Reaktion, schwache Überexpression (dann: FISH/CISH/SISH- Tests) 3+ starke Reaktion, starke Überexpression
Grading nach Elston und Ellis	Hier soll das Grading nach Elston und Ellis erfasst werden (Summscore) (G1-G3, GX)	Wertebereich 1 – 9 Laut S3-Leitlinie <u>invasive Tumoren:</u> Summscore Malignitätsgrad 3, 4 ,5 hoch, gut ,differenziert G1 6, 7 mäßig, mittelgradig differenziert G2 8, 9 gering, niedrig, schlecht diff. G3 Kann nicht bestimmt werden: GX <u>DCIS:</u> low grade (niedrig, geringe Mitoserate) intermediate grade (mäßig, intermediäre Mitoserate) high grade (hoch, hohe Mitoserate)
FISH Test oder SISH Test oder CISH Test	FISH = Fluoreszenz-in-situ-Hybridisierung SISH = Silber-in-situ-	positiv negativ nicht durchgeführt



Merkmal	Merkmalsausprägung / Erklärung	Empfohlener Schlüssel
	Hybridisierung Zusatztest, wenn HER 2 Rezeptor bei 2+ nicht eindeutig festgelegt werden kann. CISH = Chromogene-in-situ- Hybridisierung Zusatztest, wenn HER 2 Rezeptor bei 2+ nicht eindeutig festgelegt werden kann.	unbekannt
KI-67 MIB-1	Angabe laut Pathologie	Angabe in %
Tumorproteasen PAI-1	Kann zur weiteren Therapieentscheidung durchgeführt werden.	in ng/mg Angabe, entscheidend ist aber das Erreichen des Cut-Off-Wertes.
Tumorproteasen uPA	Kann zur weiteren Therapieentscheidung durchgeführt werden.	in ng/mg Angabe, entscheidend ist aber das Erreichen des Cut-Off-Wertes.
Menopausenstatus		prämenopausal perimenopausal postmenopausal unbekannt keine Angabe / leer (Männer)
Tastbarer Mamma- Befund	Befund palpabel/nicht palpabel	ja nein unbekannt
BI-RADS	Diagnosekategorien für Röntgen-Mammographien der Gesell. amerikanischer Radiologen (Am. College of Radiology, ACR). 6 Kategorien: BI-RADS 0: (weitere bildgebende Diagnostik erforderlich) BI-RADS 1: normal (unauffällig) BI-RADS 2: gutartig BI-RADS 3: wahrscheinlich gutartig, unklar, Kontrolle empfohlen BI-RADS 4: suspekt, Abklärung durch Biopsie erforderlich BI-RADS 5: hochgradig karzinomverdächtig BI-RADS 6: Brustkrebs wurde bereits diagnostiziert (durch Biopsie z. B. Stanzbiopsie, Mammotom).	0 = BI-RADS 0 1 = BI-RADS 1 2 = BI-RADS 2 3 = BI-RADS 3 4 = BI-RADS 4 5 = BI-RADS 5 6 = BI-RADS 6 7 = unbekannt



6. Operative Therapie

Alle Operationen an einem Tag werden in einem OP-Verlauf dokumentiert. Zweizeitige Operationen wie z. B. Nachresektionen werden in einer zweiten OP entsprechend dokumentiert.

Zu jeder OP-Dokumentation werden nur die in dieser Operation entfernten LK dokumentiert, hier erfolgt keine Summierung mit evtl. Voroperationen.

Ziel jeder Operationen ist die R0-Situation. Ist nur der nicht invasive Anteil Rx oder R1, gibt man in dem Feld Suffix (z.B. GTDS) ein **is** ein.

Auch hier wird nur der Resektionsrand des invasiven Carcinoms vermerkt. Der Resektionsrand der Komponente nicht invasives Carcinom ist nur aus therapeutischer Sicht wichtig, auch hier sollte immer operativ eine R0-Situation erreicht werden und der Resektionsabstand den Leitlinien entsprechen.

Es sollte darauf geachtet werden, dass der mittels Nachresektionen erreichte Resektionsrand (ggf. addieren) übernommen wird.

Revisionsoperationen werden als eigenständige Operationen dokumentiert.

Abbildung 2: Ereignis Operation

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
OP-Datum	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Operationen	OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) www.dimdi.de z.B.: BET: 5-870. (..) Ablatio/Mastektomie: 5-872.% SLNB: 5-401. (..) (jeweilige Markierungsart) SLNB und axilläre Dissektion (AD) in gleicher Sitzung: 5-401.% + 5-402. (falls SLN positiv) Subcutane Mastektomie: 5-876. Brustrekonstruktionen OPS unter: www.dimdi.de



Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
OP-Bezeichnung	Im Feld OP-Bezeichnung kann man einen variablen Text eingeben. Freitext
OP-Bereich	Hier wird der Grund der Operation erfasst. OP Primärtumor/Rezidiv OP Lymphknoten/ Rezidiv OP Metastase OP Nachresektion Revisions-OP wegen Komplikationen/Nachblutung Sonstige
Operateur	Namentliche Erfassung des 1. Operateurs und OP- Assistenten
OP-Abteilung	Angabe der behandelnden Abteilung
R-Klassifikation	Die R-Klassifikation erfolgt nach der relevanten OP (lokal - nur auf Primärherd bezogen). R0 kein Residualtumor R1 mikroskop. Residualtumor R2 makroskop. Residualtumor RX Residualtumor nicht beurteilbar
Präoperative Markierung gesteuert durch bildgebende Verfahren	Ja, mittels: Mammographie Sonographie CT/ MRT Nein unbekannt
Intraoperatives Präparatröntgen (wenn Markierung durch Mammographie/Sonografie)	Ja Nein unbekannt
Tumorgröße	Hier ist die Tumorgröße des abschließenden pathol. Befundes in mm einzutragen Angabe in mm
Minimaler Sicherheitsabstand	Geringster Abstand vom Tumor zum Resektionsrand (primär vom invasivem Anteil) mm invasives Karzinom bzw. mm DCIS
Anzahl der untersuchten LK	Gesamtzahl der untersuchten Lymphknoten, einschließlich der SLN Anzahl
Anzahl der befallenen LK	Gesamtzahl der befallenen Lymphknoten, einschließlich der SLN Anzahl
Anzahl von untersuchten SLN	Gesamtzahl der untersuchten Sentinel-Lymphknoten (SLN) Anzahl
Anzahl von befallenen SLN	Gesamtzahl der befallenen Sentinel-Lymphknoten (SLN) Anzahl
Komplikation	Hier werden die intraoperativen und postoperativen Komplikationen der Operationen erfasst. Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Intention	Hier wird die Intention dokumentiert, unter der die Operation durchgeführt wird. kurativ palliativ diagnostisch



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		unterstützend
Verlauf	Hier ist die Beurteilung der Erkrankung zu vermerken. Dieser explizite Bezug einer abschließenden Verlaufsangabe zu einer Therapie ermöglicht eine zweifelsfreie Zuordnung eines Therapieergebnisses.	evtl. eigene Verlaufsmaske im Dokumentationssystem.

7. Strahlentherapie

Pro Zielgebiet werden Seite, Beginn, Ende, Applikationsart und Gesamtdosis / Einheit nach ADT-Basisdatensatz erfasst.

Eine Strahlentherapie kann sich aus mehreren Zielgebieten zusammensetzen. Für die Erfassung kann es sinnvoll sein, auf bestehende Leistungsziffern nach dem OPS zurückzugreifen und diese zu dokumentieren.

Abbildung 3: Ereignis Strahlentherapie

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Zielgebiet	Hier wird das zu bestrahlende Zielgebiet einzutragen. Die Felder der einzelnen Zielgebiete sind fortlaufend nummeriert.	Zielgebietsschlüssel
Applikationsart	Hier wird die Applikationsart dokumentiert. Sie bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet	perkutan (Teletherapie) intraoperative Strahlentherapie
Seite	Hier wird die Seite des zu bestrahlenden Organs dokumentiert und bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet	links rechts beidseits unbekannt
Beginn	Datum des Beginns der durchgeführten Strahlentherapie bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Ende	Datum des Endes der durchgeführten Strahlentherapie bezieht sich immer auf das jeweilige Zielgebiet.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.



Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel	
Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel	
Gesamtdosis	Die Gesamtdosis (incl. Boost) des jeweiligen Zielgebiets wird als Zahl mit der Benennung Gy oder Gbq erfasst.	numerisch
Einzeldosis	Die Einzeldosis wird als Zahl mit der Benennung Gy oder Gbq erfasst.	numerisch
Intention	Hier wird die Intention dokumentiert, unter der die Strahlentherapie durchgeführt wird.	kurativ palliativ bzw. symptomatisch unbekannt
Beendigung/Abbruch der Strahlentherapie	Hier wird bei Beendigung der Strahlentherapie der Grund der Beendigung erfasst.	- Abbruch wegen Nebenwirkungen - reguläres Ende - Patient verweigert weitere Therapie - Abbruch aus sonstigen Gründen - unbekannt
Verlauf	Hier ist die Beurteilung der Erkrankung zu vermerken. Dieser explizite Bezug einer abschließenden Verlaufsangabe zu einer Therapie ermöglicht eine zweifelsfreie Zuordnung eines Therapieergebnisses.	evtl. eigene Verlaufsmaske im Dokumentationssystem.

8. Systemische Therapie

Sie umfasst:

- Antihormoneller Therapie
- Chemotherapie (Mono-, Polytherapie)
- Immuntherapie, ggf. auch in Kombination mit CT
- Bisphosphonattherapie (bei palliativer Intention bzw. in Studien)

Sämtliche Möglichkeiten der Systemtherapie - auch in Kombination - werden so genau wie möglich mit Angabe der Zyklen (Therapiebeginn, Therapiedurchführung und Therapieende) nach ADT-Basisdatensatz dokumentiert.

Bei einer neoadjuvanten Therapie muss die klinische Tumorgöße erfasst und ein klinisches TNM erstellt werden.

Abbildung 4: Ereignis Systemische Therapie

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel	
Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel	
Systemische Therapie	Hier wird festgehalten um welche Therapieart es sich handelt.	Zytostatika-Monotherapie Zytostatika-Polytherapie Immun- und Antikörpertherapie Hormontherapie



Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
		Bisphosphonattherapie Targeted Therapy (small molecules) Schmerztherapie
Intention	Hier wird die Intention dokumentiert unter der die systemische Therapie durchgeführt wird.	kurativ palliativ adjuvant neoadjuvant
Protokoll	Hier wird der Name des Protokolls der systemischen Therapie erfasst.	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Zyklen durchgeführt	Hier werden die durchgeführten Zyklen dokumentiert.	numerisch
Beginn	Datum des Beginns der durchgeführten systemischen Therapie.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Substanzen	Hier wird der Substanzname (Wirkstoff oder Handelsname) der systemischen Therapie erfasst.	interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Beendigung/Abbruch der systemischen Therapie	Hier wird bei Beendigung der systemischen Therapie der Grund der Beendigung erfasst.	Abbruch wegen Nebenwirkungen reguläres Ende Patient verweigert weitere Therapie Abbruch aus sonstigen Gründen unbekannt
Ende	Datum des Endes der durchgeführten systemischen Therapie.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Verlauf	Hier ist die Beurteilung der Erkrankung zu vermerken. Dieser explizite Bezug einer abschließenden Verlaufsangabe zu einer Therapie ermöglicht eine zweifelsfreie Zuordnung eines Therapieergebnisses.	evtl. eigene Verlaufsmaske im Dokumentationssystem.

9. Verlaufsdaten (gilt ggf. nur für GTDS)

Verlaufsdaten sind tumorbezogene Statusangaben, die bei jedem Ereignis (Operation, Strahlentherapie, Systemische Therapie) zu dokumentieren sind.



Abbildung 5: Ereignis Verlauf nach Therapie

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Untersuchungs-Datum	Das Untersuchungsdatum ist der Tag, an dem der Patient vom niedergelassenen Arzt in der Praxis oder in einem Krankenhaus ambulant untersucht wird.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Stationär	Pat. wird in einem Krankenhaus stationär behandelt.	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Ambulant	Pat. wird bei einem niedergelassenen Arzt oder in einem Krankenhaus ambulant behandelt.	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Durchgeführte Therapiemaßnahme	Hier ist die einzelne Therapie zum Verlauf anzukreuzen.	Operation Bestrahlung Chemotherapie Hormontherapie Antikörper/Immuntherapie Schmerztherapie Nachsorge Anschlußheilbehandlung
Erfassungsanlass	Hier kann der entsprechende Erfassungsanlass dokumentiert werden (z. B. Behandlungsphase abgeschlossen).	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Untersuchungen	Hier werden die einzelnen Untersuchungen angekreuzt. Mehrfachnennungen sind möglich.	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem
Gesamtbeurteilung des Tumorstatus	Hier wird die Gesamtbeurteilung des Tumorstatus durch Ankreuzen des zutreffenden Feldes erfasst. Es ist nur eine Einfachnennung möglich.	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem

Anmerkung: Im GTDS kann man im Verlauf auch noch im Zusammenhang mit der R-Klassifikation nach OP auch die Lokalisation des Residualtumors eingeben (L lokoregionär, F Fernmetastasen, B beides, x unbekannt).

10. Nachsorge (Follow up)

Die tumorspezifische Nachsorge ist zu dokumentieren. Zum Follow-up Status gehören:

- Progressionsfrei bzw. auftretende Progressionen (Lokalrezidive, regionäre Lymphknoten-rezidive, Fernmetastasen, zumindest jeweils die erste Progression)
- Tumore anderer Entitäten
- Vitalstatus



- Ggf. Angaben zum nachsorgenden Arzt/Klinik (eigenes Zentrum, Behandlungsnetzwerk, Kooperationspartner, Befragung Patient, Zuweiserbefragung, Registerabfrage, Sonstige)

Im Falle einer auftretenden Progression wird die Nachsorge mit dem Datum des Abschlusses der Rezidivtherapie neu gestartet. Neue Tumore kommen in einen eigenen Nachsorge-Rhythmus.

Abbildung 6: Ereignis Nachsorge

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Datum Nachsorge	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Gesamtbeurteilung des Tumorstatus	Siehe Schlüssel unter Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden. Es ist nur eine Einfachnennung möglich.
Primärtumor	Beurteilung des Primärtumors Kein Tumor Primärtumor vor Ersttherapie Tumorreste Lokalrezidiv Fragl. Befund unbekannt.
regionäre LK	Beurteilung der regionären Lymphknoten Keine regionären LK-Metastasen LK-Metastasen vor Ersttherapie Residualtumor in regionären LK LK-Rezidiv/neu aufgetretene LK-Metastasen Fragl. Befund Verbliebene und neue LK-Metastasen unbekannt.
Metastasen	Beurteilung über das Vorliegen von Fernmetastasen Keine Metastasen Fernmetastasen vor Ersttherapie Verbliebene Fernmetastasen neu aufgetretene Fernmetastasen/Rezidiv Fragl. Befund Neue und verbliebene Fernmetastasen unbekannt.
Vitalstatus	Letzter Follow-up-Status durch epidemiologisches Register (GKR) Patient lebt ja/nein



11. Rezidivdokumentation/ das lokalregionäre Rezidiv (bei gleicher Lokalisation, Histologie)

Als lokales bzw. lokoregionäres Rezidiv wird das Wiederauftreten des Mammakarzinoms in der ipsilateralen Brust, ipsilateralen Thoraxwand, ggf. inklusive der darüberliegenden Haut (keine Fernmetastase!), der regionären Lymphknoten der Axilla, der Supra- & Infraklavikularregion und entlang der interna-Gefäße (parasternal) bezeichnet.

Dem Rezidiv geht ein Progressionsverlauf aus der Vorerkrankung voraus. In dem Verlauf werden analog zur Diagnose alle relevanten Untersuchungen zum Rezidivtumor (wenn ein kurativer Ansatz besteht) dokumentiert. Die Verlaufsbeurteilung des Rezidives richtet sich nach dem Ergebnis der Therapie (siehe Punkte

Operative Therapie, **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden., Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden..**)

12. Abschluss

Der tumorspezifische Abschluss ist zu dokumentieren.

Zum Abschluss-Status gehören:

- Sterbefall
- Einstellung des Follow-up (z.B. Wegzug aus Einzugsgebiet, Nachsorge abgeschlossen).

Das Sterbedatum wird vom epidemiologischen Register (GKR) nur monatsgenau weitergegeben.

Abbildung 7: Ereignis Abschluss

Merkmal	Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Nachsorge abgeschlossen	Die Nachsorge ist nach einem tumorfreien Intervall von 10 Jahren (S3-Leitlinie) nach Beendigung der Primärtherapie abgeschlossen. Der letzte Kontakt mit der Patientin wird mittels Datum dokumentiert.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Nachsorge abgebrochen Lost-to-Follow-up	Datum letzter Kontakt.	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Grund für Ende der Nachsorge	Die Nachsorge kann abgebrochen werden, wenn die Pat. keine weitere Nachsorge mehr wünscht,	Patient verstorben (Tod) Patient nicht mehr auffindbar (Lost to Follow-up)



Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
bzw. wenn die Pat. nicht zum vereinbarten Nachsorgetermin erscheint.	Betreuung/Nachsorge nicht mehr nötig (der Zeitraum hängt von der Art der Erkrankung ab, häufig nach 5 Jahren) Patient ist andernorts in der Betreuung Patient verweigert weitere Betreuung / Nachsorge abgebrochen Unbekannt
Todesdatum	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Todesursache	Tumorbedingt ohne nähere Angabe Tumorbedingt durch Tumorleiden Progression nicht tumorbedingt Entscheidung nicht möglich Unbekannt
Autopsie durchgeführt	Autopsie wurde durchgeführt Autopsie wurde nicht durchgeführt unbekannt
Datum der Autopsie	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.

Sofern eine Autopsie durchgeführt wurde, ist das aTNM (siehe Punkt 3.1 Diagnosedaten) zu dokumentieren.

13. Zusätzliche Parameter

Abbildung 8: Ereignis zusätzliche Parameter

Merkmalsausprägung/Erklärung	Empfohlener Schlüssel
Leitlinie	ja nein unbekannt Begründung bei Abweichung von der Leitlinie: Klartextfeld



Tumorkonferenz	Datum der Tumorkonferenz, bei der die Patientin besprochen wurde (Mehrfachnennung muss möglich sein).	Datum: Tag (zweistellig), Monat (zweistellig), Jahr (vierstellig), wenn der Tag fehlt soll der 15. eingetragen werden, wenn Monat fehlt 01.07. eintragen werden.
Zeitpunkt Tumorkonferenz	Zuordnung der Tumorkonferenz zum Behandlungsverlauf	präoperativ postoperativ prätherapeutisch peritherapeutisch posttherapeutisch
Psychoonkologie	Psychoonkologische Beratung	Ja (mit Zeitangabe) nein unbekannt
Sozialdienst	Beratung durch Sozialdienst	ja nein unbekannt
Studienteilnahme	Studienteilnahme der Patientin	keine Studie nicht-interventionelle Studie interventionelle Studie unbekannt
Studie	Name der Studie	Interner Schlüssel im Dokumentationssystem

14. Extras/Besonderheiten

Metachrone Zweitkarzinome vs. Rezidive in gleicher Brust (nicht Sarkome oder Lymphome)

Ein neuer Tumor in einer Brust, die wegen Karzinom bereits brusterhaltend therapiert wurde, wird nur dann als neues Mammakarzinom bewertet, wenn folgende Voraussetzungen alle erfüllt sind:

- unterschiedliche Histologien
- unterschiedliche Lokalisationen (anderer Quadranten als der vorangegangene Tumor)

Andernfalls ist der neu aufgetretene Tumor als Rezidiv einzustufen.

Multiple Primärtumoren

Zeitgleich auftretende ("synchrone") multiple Karzinome nur in einer Brust gelten als ein Primärtumor, wobei der "gravierendste" dokumentiert wird (höchstes pT beim TNM, höchstes Grading). Bei synchronen bilateralen Karzinomen wird für jede Seite ein separater Tumor dokumentiert.

Zusätzlich sollte angegeben werden;

- unizentrisch nur ein Herd
- multifokal mehrere Herde in einem Quadrant
- multizentrisch mehrere Herde in mehreren Quadranten

DCIS → DCIS-Rezidiv

Invasives Karzinom → invasives Rezidiv



Entwickelt sich aus einem in-situ Karzinom ein in-situ Rezidiv bzw. aus einem invasiven Karzinom ein invasives Rezidiv ist folgendermaßen zu dokumentieren:

Das Rezidiv wird entweder als Verlauf dokumentiert oder im Falle einer externen Primärtherapie als neuer Rezidivfall.

DCIS → invasiv duktales Karzinom

Entwickelt sich aus einem in-situ Karzinom ein invasives Karzinom ist folgendermaßen zu dokumentieren: Das in-situ Karzinom wird abgeschlossen und ein neuer Primärfall angelegt.

Morbus Paget (mit invasivem MaCa oder isoliert)

Sonderform: ekzematöse Läsion der Brustwarze, gelegentlich mit den Warzenhof und der angrenzenden Haut der Brust, fast immer mit einem zugrunde liegenden Mammakarzinom assoziiert. Isolierter M. Paget lt. AGO <5%

Bei M. Paget i.d.R. mit invasivem Tumor: Dokumentation des invasiven Tumors (mit Nachweis der Paget-Zellen in der Mamillenhaut ist davon auszugehen, daß sich dahinter ein intraduktales oder infiltrierendes duktales Mamma-Karzinom verbirgt)

Isolierter M.Paget ähnlich der DCIS-Komponente in der Doku.

15. Dokumente und Literatur

Für die Erstellung der Verfahrensanweisung: Dokumentation Mammakarzinom wurde auf nachfolgende Dokumente zurückgegriffen:

- ADT-Basisdatensatz
- ADT-organspezifischer Datensatz Mamma-Ca
- ADT-Benutzerhinweise
- OnkoZert Kennzahlbogen Mamma-Ca
- Auswertungsdatensatz Mamma-Ca ADT/KoQK
- Hausinterne Dokumentationshilfen
- S3- Leitlinie Mammakarzinom



16. Glossar

ADT	Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren
Adjuvant	Therapie nach der Operation
AQUA	Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen
Autoptisch	durch Autopsie erfolgend
DCIS	Duktales Carcinoma in situ
DCO	Death Certification Only (nur aufgrund von Angaben auf dem Leichenschauschein)
DMP	Disease Management Programm (strukturiertes Behandlungsprogramm für chronisch kranke Patienten)
ECOG	Index zur Lebensqualität der Eastern Cooperative Oncology Group
Follow up	Nachverfolgung des Patienten
GKR	Gemeinsames Krebsregister für die neuen Bundesländer und Berlin
GTDS	Giessener Tumordokumentationssystem
Histologisch	Gewebeschnitt, der unter dem Mikroskop auf gutartige bzw. bösartige Gewebswucherungen untersucht wird
ICD-10	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
Intention	Absicht einer Behandlung
Karnofsky-Index	Index zur Lebensqualität bei Tumorpatienten
KoQK	Kooperationsverbund Qualitätssicherung durch Klinische Krebsregister
Kurativ	auf Heilung ausgerichtet
Neoadjuvant	vor der Operation
OnkoZert	unabhängiges Institut, das im Auftrag der Deutschen Krebsgesellschaft, das Zertifizierungssystem zur Überprüfung von Organkrebszentren und Onkologischen Zentren betreut.
Palliativ	Heilung nicht mehr möglich, Schmerztherapie und Linderung der Beschwerden steht im Vordergrund



Screening	Reihenuntersuchung einer Bevölkerungsgruppe, um Erkrankungen frühzeitig zu erkennen (z. B. Mammographiescreening)
Sentinel-Lymphknoten	„Wächter-Lymphknoten“, erster Lymphknoten innerhalb eines bestimmten Lymphabflussgebietes
SOP	„Standard Operating Procedure“, Standardvorgehensweise
Steroidrezeptoren	Als Steroidrezeptoren gelten Östrogenrezeptor und Progesteronrezeptor.
UICC	Union internationale contre le cancer (Internationale Vereinigung gegen Krebs)
Zytologisch	die Zellen betreffend

17. Autoren der Verfahrensanweisung

Andrea Bachmeyer, Charité

Andrea Jördens, Havelhöhe

Annette Reinecke, TZB

Grit Generlich, Park-Klinik Weißensee

Datum der Überarbeitung: 19.08.2014

Erarbeitet von	Gültig ab	Version	Titel	Nächste Überprüfung	Zuständig für Überprüfung
PG Tumordokumentation und TZB	21.8.2014	2.0	Verfahrensanweisung: Dokumentation Mammakarzinom	21.8.2015	PG Tumordokumentation