

***Ausfüllanleitung
zur Erst- und Folgedokumentation im
strukturierten Behandlungsprogramm
Brustkrebs***

Stand der letzten Bearbeitung: 7. Juni 2006
Version 1.2

VORBEMERKUNG.....	3
ALLGEMEINE FRAGEN	3
AUFBAU DER ERSTDOKUMENTATION	5
1 HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN DER EINZELNEN ABSCHNITTE (ERSTDOKUMENTATION)	6
1 EINLESEN DER VERSICHERTENKARTE	6
DURCHSCHLÄGE	6
DMP-FALLNUMMER.....	6
4 KRANKENHAUS-IK	6
5 ARZTSTEMPEL.....	6
6 EINSCHREIBUNG.....	7
EINSCHREIBUNG AUF GRUND EINES PRIMÄRTUMORS ODER EINES KONTRALATERALEN BRUSTKREBSSES	7
6.2 EINSCHREIBUNG AUF GRUND EINE LOKOREGIONÄREN REZIDIVS	8
6.3 EINSCHREIBUNG AUF GRUND VON FERNMETASTASEN	8
7 ANAMNESE UND BEHANDLUNGSSTATUS DES PRIMÄRTUMORS BZW. DES KONTRALATERALEN BRUSTKREBS.....	9
7.1 BETROFFENE BRUST	9
7.2 WELCHE UNTERSUCHUNG WURDE ZUR DIAGNOSTIK DURCHGEFÜHRT	9
7.3 AKTUELLER BEHANDLUNGSSTATUS BEZOGEN AUF DAS OPERATIVE VORGEHEN	9
7.4 ART DER ERFOLGTEN OPERATIVEN THERAPIE.....	10
8 AKTUELLER BEFUNDSTATUS DES PRIMÄRTUMORS BZW. DES KONTRALATERALEN BRUSTKREBSSES.....	10
8.1 pT	10
8.2 pN ANGABEN ZUR TNM-KLASSIFKATION	10
8.3 M.....	10
8.4 GRADING	10
8.5 RESEKTIONSSTATUS	10
8.6 REZEPTORSTATUS.....	11
ANZAHL DER ENTFERNTEN LYMPHKNOTEN	11
8.8 ANZAHL DER BEFALLENEN LYMPHKNOTEN.....	11
9 BEHANDLUNG DES PRIMÄRTUMORS BZW. DES KONTRALATERALEN BRUSTKREBSSES	11
9.1 STRAHLENTHERAPIE	11
9.2 CHEMOTHERAPIE	11
9.3 ENDOKRINE THERAPIE.....	11
10 BEFUNDE UND THERAPIE EINE LOKOREGIONÄREN REZIDIVS	12
10.1 LOKALISATION	12
10.2 ANDAUERNDE ODER ABGESCHLOSSENE THERAPIE.....	12
11 BEFUNDE UND THERAPIE VON FERNMETASTASEN	12
11.1 LOKALISATION	12
11.2 THERAPIE (DER FERNMETASTASE)	13
11.3 BISPHOSPHONAT-THERAPIE BEI KNOCHENMETASTASEN.....	13
12 SONSTIGE BERATUNG UND BEHANDLUNG.....	13
12.1 LYMPHÖDEM	13
12.2 SYSTEMISCHE TUMORSCHMERZTHERAPIE.....	13
12.3 INFORMATION ÜBER PSYCHOSOZIALES BETREUUNGSANGEBOT ERFOLGT	14
13 DATUM UND UNTERSCHRIFT.....	14

13.1	DATUM DER GEPLANTEN NÄCHSTEN DOKUMENTATIONSERSTELLUNG	14
	DATUM UND UNTERSCHRIFT	14
HINWEISE ZUM AUSFÜLLEN DER EINZELNEN ABSCHNITTE (FOLGEDOKUMENTATION) ... 16		
1	VERSICHERTENKARTE EINLESEN (ENTSPRICHT ERSTDOKUMENTATION ABSCHNITT 1) 16	
	ARZTWECHSEL	16
3	DURCHSCHLÄGE (ENTSPRICHT ERSTDOKUMENTATION ABSCHNITT 2).....	16
	DMP-FALLNUMMER (ENTSPRICHT ERSTDOKUMENTATION ABSCHNITT 3).....	16
5	KRANKENHAUS-IK (ENTSPRICHT ERSTDOKUMENTATION ABSCHNITT 4)	16
6	ARZTSTEMPEL (ENTSPRICHT ERSTDOKUMENTATION ABSCHNITT 5).....	16
7	EINSCHREIBUNG ERFOLGT WEGEN	17
8	BEHANDLUNGSSTATUS NACH OPERATIVER THERAPIE DES PRIMÄRTUMORS BZW. DES KONTRALATERALEN BRUSTKREBSSES (ENTSPRICHT ABSCHNITT 9 DER ERSTDOKUMENTATION).....	17
8.1	ADJUVANTE THERAPIE ABGESCHLOSSENEN	17
8.2	STRAHLENTHERAPIE	17
8.3	CHEMOTHERAPIE	17
8.4	ENDOKRINE THERAPIE.....	17
9	SEIT DER LETZTEN DOKUMENTATION NEU AUFGETRETENE EREIGNISSE	18
9.1	MANIFESTATION EINES LOKOREGIONÄREN REZIDIVS	18
9.2	MANIFESTATION EINES KONTRALATERALEN BRUSTKREBSSES.....	18
9.3	MANIFESTATION VON FERNMETASTASEN.....	19
9.4	LYMPHÖDEM (ENTSPRICHT ZIFFER 12.1 DER ERSTDOKUMENTATION).....	19
10	BEHANDLUNG BEI FORTGESCHRITTENER ERKRANKUNG.....	19
10.1	AKTUELLER BEHANDLUNGSSTATUS.....	19
10.2	SEIT DER LETZTEN DOKUMENTATION ANDAUERENDE ODER ABGESCHLOSSENE THERAPIE DES LOKOREGIONÄREN REZIDIVS (ENTSPRICHT ZIFFER 10.2 DER ERSTDOKUMENTATION)	20
10.3	THERAPIE DER FERNMETASTASEN (ENTSPRICHT ZIFFER 11.2 DER ERSTDOKUMENTATION).....	20
10.4	BISPHOSPHONAT-THERAPIE BEI KNOCHENMETASTASEN (ENTSPRICHT ZIFFER 11.3 DER ERSTDOKUMENTATION)	20
11	SONSTIGE BERATUNG UND BEHANDLUNG (ENTSPRICHT ABSCHNITT 12 DER ERSTDOKUMENTATION).....	21
11.1	SYSTEMISCHE TUMORSCHMERZTHERAPIE.....	21
11.2	MAMMOGRAPHIE SEIT DER LETZTEN DOKUMENTATION DURCHGEFÜHRT	21
11.3	INFORMATION ÜBER PSYCHOSOZIALES BETREUUNGSANGEBOT ERFOLGT	21
12	DATUM UND UNTERSCHRIFT (ENTSPRICHT ABSCHNITT 13 DER ERSTDOKUMENTATION).....	22
12.1	DATUM DER GEPLANTEN NÄCHSTEN DOKUMENTATIONSERSTELLUNG.....	22
12.2	DATUM UND UNTERSCHRIFT (ENTSPRICHT ERSTDOKUMENTATION ABSCHNITT 12)	22

Ausfüllanleitung

Vorbemerkung

Die Dokumentation stellt ein Kernelement zur Umsetzung des Disease-Management-Programms dar. Neben der Erhebung der Ausgangsdaten (Erstdokumentation) und der Sicherung der Einschreibungsdiagnose erfüllt die Dokumentation weitere wichtige Funktionen:

Sie dient als Checkliste bezüglich medikamentöser und nicht-medikamentöser Maßnahmen, indikationsbezogener Risikofaktoren und Kontrolluntersuchungen.

Sie stellt einen Informationsspeicher für Sie und Ihre Patientin dar und hält gemeinsame Zielvereinbarungen fest.

Sie kann bei notwendigen Über- und Einweisungen als Begleitbrief dienen.

Schließlich bildet die Dokumentation die Basis für die Gestaltung Ihres individuellen Feedback-Berichts und für die Programmevaluation.

Die sorgfältige Eintragung der Daten ist daher überaus wichtig und ist für Sie, Ihre Patientin und alle mitbehandelnden Ärzte von Vorteil. Nicht zuletzt kann eine Vergütung an Sie nur bei vollständig ausgefüllter Dokumentation erfolgen.

Einen Überblick über die Abschnitte der Erstdokumentation finden Sie auf Seite 5. Der Aufbau der Folgedokumentation ist Seite 15 zu entnehmen.

Allgemeine Fragen

Welche Patienten können eingeschrieben werden?

Eingeschrieben werden können alle gesetzlich krankenversicherten Patientinnen mit Brustkrebs oder einem lokoregionären Rezidiv, bei denen die Erkrankung eindeutig durch eine histologische Sicherung diagnostiziert ist und die Diagnosestellung nicht länger als 5 ½ Jahre zurückliegt, sowie Patientinnen mit Fernmetastasen der Brustkrebserkrankung, sofern die Krankenkasse der Patientin einen entsprechenden Vertrag mit der jeweiligen KV abgeschlossen hat.

Das alleinige Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme. Männliche Patienten können nicht am DMP Brustkrebs teilnehmen.

Wann ist die Dokumentation vollständig?

Die Dokumentation ist vollständig, wenn zu jedem Fragenkomplex die erforderlichen Angaben gemacht worden sind und von Ihnen die erforderliche Unterschrift geleistet wurde.

Falls Sie die Dokumentation per Hand ausfüllen, achten Sie bitte darauf, dass das Kreuz genau in das entsprechende Kästchen gesetzt wird und auf den Durchschlägen gut sichtbar ist. Verwenden Sie am besten einen Kugelschreiber zum Ausfüllen der Kästchen.

Händigen Sie bitte Ihrer Patientin die dafür vorgesehene Durchschrift der Dokumentation aus.

Nach dem Ausfüllen der Dokumentationen sind diese von Ihnen zu unterschreiben und mit Ihrem Arztstempel zu versehen.

Falls Sie den Bogen direkt an Ihrem Praxiscomputer ausfüllen, denken Sie bitte daran, eine Sicherheitskopie des Datensatzes anzufertigen und Ihrer Patientin jeweils einen Ausdruck des ausgefüllten Bogens auszuhändigen.

Bedenken Sie, dass aufgrund vertraglicher Regelungen nur bei vollständig ausgefüllten Dokumentationen und Einhaltung der Dokumentationsfristen eine Vergütung an Sie möglich ist.

Wie erfolgt die Dokumentation bei präoperativer Einschreibung?

Da beim DMP Brustkrebs die zur Einschreibung erforderliche histologische Sicherung des Befundes in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff erfolgt, gilt für die Fälle, in denen eine Operation erst zu einem späteren Zeitpunkt geplant ist sowie für die Fälle, in denen grundsätzlich keine OP geplant ist, ein Bogen auch dann als vollständig, wenn in Abschnitt 7 (Anamnese und Behandlungsstatus) die Angabe zu Ziffer 7.3 „OP geplant“ oder „OP nicht geplant“ lautet und im Weiteren die Angaben zu Ziffer 7.4 „Art der erfolgten Therapie“ sowie zum kompletten Abschnitt 8 „aktuelle Befunde des Primärtumors/kontralateralen Brustkrebs“ (Ziffer 8.1 – 8.8) zunächst frei bleiben. Nach erfolgter chirurgischer Primärtherapie sind ausschließlich die Angaben zu Ziffer 7.4 sowie zu Abschnitt 8 (Ziffer 8.1. – 8.8) innerhalb von vier Wochen nach erfolgter Operation auf einem weiteren Erstdokumentationsbogen nachzureichen. Die übrigen Abschnitte sind nicht erneut auszufüllen.

Füllen Sie aus verarbeitungstechnischen Gründen bitte auch nicht nochmals den Abschnitt 6 „Einschreibung“ aus

Wie werden die Dokumentationen weitergeleitet und honoriert?

Je nach dem, ob Sie papiergestützt oder elektronisch dokumentieren, unterscheidet sich die Fertigstellung und Übermittlung der Dokumentationen.

Für die papiergestützte Dokumentation (Beschriftung des Bogens per Hand oder Ausdruck des Bogens über eine Praxis-Software) ist die Dokumentation nach der Fertigstellung **von Ihnen** an den vorgesehenen Stellen unter Angabe des Dokumentationsdatums **zu unterschreiben** und mit Ihrem Arztstempel zu versehen. Diese schicken Sie dann bitte **innerhalb von 10 Kalendertagen** nach Fertigstellung an die vertraglich vereinbarte **Datenstelle**.

Werden die Dokumentationen in Ihrer Praxis elektronisch an die Datenstelle übermittelt, ist **von Ihnen** zur gesonderten Bestätigung des jeweiligen Dokumentationsdatums eine hierfür vorgesehene Versandliste **zu unterschreiben**. Diese Liste kann je nach vertraglicher Vereinbarung für Ihre KV-Region über die Praxis-Software erstellt werden oder Ihnen von der Datenstelle zur Verfügung gestellt werden. Welches Verfahren für Ihre KV-Region vereinbart wurde, erfahren Sie bei Ihrer KV. Beiden Verfahren gemein ist, dass die Liste **wie die Papier-Dokumentationen von Ihnen zu unterschreiben und innerhalb von 10 Kalendertagen** nach Erstellung an die Datenstelle **zu übermitteln ist**. Sofern in Ihrer KV-Region vereinbart ist, dass die Versandliste von der Datenstelle erstellt wird, dürfen die darauf enthaltenen Angaben von Ihnen nicht verändert werden. Sofern Sie feststellen, dass Ihrerseits für mehr Versicherte Dokumentationsdatensätze an die Datenstelle übermittelt wurden, als Ihnen durch die Datenstelle über die Versandliste attestiert wird, setzen Sie sich bitte zwecks Klärung mit der Datenstelle in Verbindung.

Sollten die von Ihnen vorgenommenen Angaben in der Dokumentation unvollständig oder unplausibel sein, wird sie in Kopie an Sie zur Korrektur zurück geschickt. Die **vollständige und plausible** Dokumentation muss inklusive abgeschlossener Korrektur bzw. Vervollständigung erneut von Ihnen unter Angabe des Korrekturdatums unterschrieben werden und der vertraglich vereinbarten Datenstelle **innerhalb von 52 Kalendertagen** nach Erstellung vorliegen.

Wenn Sie noch Fragen zum Ausfüllen oder zur Handhabung der Dokumentation haben, wenden Sie sich bitte an die zuständige Stelle.

Aufbau der Erstdokumentation

Der Dokumentationsbogen besteht aus den unten aufgeführten nummerierten Abschnitten, die nachfolgend näher erläutert werden. Dabei wird zunächst die Erstdokumentation dargestellt und anschließend auf Unterschiede bei der Folgedokumentation hingewiesen. Bei computergestützter Erfassung sind technisch bedingte Abweichungen der Darstellungen möglich.

1. Versichertenkarte einlesen

2. Blatt 1: Original für die Datenannahmestelle
Blatt 2: Für den Arzt
Blatt 3: Für die Versicherte

1

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname der Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertreger-Nr.	VK gültig bis	Datum

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Erst-Dokumentation Brustkrebs

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

021A H

Einschreibung <small>Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.</small>	Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs			
Betroffene Brust	<input checked="" type="checkbox"/> Rechts	<input checked="" type="checkbox"/> Links	<input checked="" type="checkbox"/> Beidseits
Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Stanzbiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Vakuumunterstützte Mammabiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Offene Biopsie <input checked="" type="checkbox"/> Mammographie
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/> Andere	
Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> OP geplant	<input checked="" type="checkbox"/> OP nicht geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Postoperativ
Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> BET	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
	<input checked="" type="checkbox"/> Axilläre Lymphonodektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
Aktueller Befundstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs			
pT	<input checked="" type="checkbox"/> Tis	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> 4 <input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
pN	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> X <input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
M	<input checked="" type="checkbox"/> 0	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> X
Grading	<input checked="" type="checkbox"/> 1	<input checked="" type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3 <input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt
Resektionsstatus	<input checked="" type="checkbox"/> R0	<input checked="" type="checkbox"/> R1	<input checked="" type="checkbox"/> R2 <input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt <input checked="" type="checkbox"/> Keine OP
Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)	<input checked="" type="checkbox"/> Positiv	<input checked="" type="checkbox"/> Negativ	<input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt
Anzahl der entfernten Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten	<input checked="" type="checkbox"/> <10 <input checked="" type="checkbox"/> ≥10
Anzahl der befallenen Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Keine	<input checked="" type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten negativ	<input checked="" type="checkbox"/> 1-3 <input checked="" type="checkbox"/> ≥4 <input checked="" type="checkbox"/> Unbekannt
Behandlung Primärtumor/ kontralateraler Brustkrebs			
Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet <input checked="" type="checkbox"/> Keine
Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet <input checked="" type="checkbox"/> Keine
Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> Geplant <input checked="" type="checkbox"/> Andauernd	<input checked="" type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input checked="" type="checkbox"/> Vorzeitig beendet <input checked="" type="checkbox"/> Keine
Befunde und Therapie lokoregionäres Rezidiv			
Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Intramamär	<input checked="" type="checkbox"/> Thoraxwand	<input checked="" type="checkbox"/> Axilla
Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Präoperativ	<input checked="" type="checkbox"/> Exzision	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie <input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie
	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen <input checked="" type="checkbox"/> Keine
Befunde und Therapie Fernmetastasen			
Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Leber	<input checked="" type="checkbox"/> Lunge	<input checked="" type="checkbox"/> Knochen <input checked="" type="checkbox"/> Andere
Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Operativ	<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie <input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie <input checked="" type="checkbox"/> Andere <input checked="" type="checkbox"/> Keine
Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Kontraindikation	
Sonstige Beratung und Behandlung			
Lymphödem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein		
Systematische Tumorschmerztherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Nicht erforderlich	
Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Abgelehnt	
		Geplantes Datum der nächsten Dokumentationserstellung <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
		Unterschrift des Arztes	

3. DMP-Fallnummer

4. Krankenhaus-IK

5. Arztstempel

6. Einschreibung

7. Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumor/ kontralateralen Brustkrebs

8. Aktuelle Befunde des Primärtumor/kontralateralen Brustkrebs

9. Behandlung des Primärtumor/ kontralateralen Brustkrebs

10. Befunde und Therapie des lokoregionären Rezidivs

11. Befunde und Therapie von Fernmetastasen

12. Sonstige Beratung und Behandlung

13. Datum / Unterschrift

Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Erstdokumentation)

Alle Angaben in den folgenden Dokumentationsausschnitten sind als Beispiele zu verstehen.

1 Einlesen der Versichertenkarte

Name, Vorname des Versicherten		geb. am

2 Durchschläge

**Erst-Dokumentation
Brustkrebs**

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

Der Dokumentationsbogen hat mehrere Durchschläge. Das Blatt 1 geht an die Datenannahmestelle. Eine Durchschrift verbleibt bei Ihnen und eine erhält die Patientin.

3 DMP-Fallnummer

DMP-Fallnummer

1	2	3	4	5	A	S
---	---	---	---	---	---	---

Für jede Patientin ist durch den Arzt genau eine **DMP-Fallnummer** zu vergeben, die aus **maximal sieben Ziffern oder Zeichen** bestehen darf. Die Fallnummer darf **jeweils nur für eine Patientin** verwendet werden

Die Fallnummer hat den Zweck, dass Sie eingehende Feedback-Berichte Ihren Patientinnen trotz Pseudonymisierung zuordnen können und muss daher **auf der Folgedokumentation unbedingt weitergeführt** werden.

4 Krankenhaus-IK

Krankenhaus-IK

Erfolgt die Einschreibung bzw. Koordination der Patientin durch das Krankenhaus, ist an dieser Stelle das Institutionskennzeichen einzutragen. In allen anderen Fällen, d.h. Einschreibung bzw. Koordination durch einen belegärztlich tätigen Arzt bzw. niedergelassenen Vertragsarzt, ist die Angabe der „Krankenhaus-IK“ nicht zwingend erforderlich. Um im Rahmen der Qualitätssicherung eine Zuordnung zum behandelnden Krankenhaus herstellen zu können, ist die Angabe allerdings wünschenswert.

5 Arztstempel

Arztstempel (siehe auch auf Blatt 2 und 3)

Der **Arztstempel** muss auf dem Original und auf jedem Durchschlag angebracht werden. Bitte setzen Sie den Stempel möglichst genau in das vorgegebene Feld.

6 Einschreibung

Voraussetzung für die Einschreibung ist der histologische Nachweis eines Brustkrebs oder der histologische Nachweis eines lokoregionären Rezidivs oder eine nachgewiesene Fernmetastasierung des zuvor histologisch nachgewiesenen Brustkrebs. Die Diagnose wird in der Regel vor dem therapeutischen Eingriff gestellt.

Das alleinige Vorliegen eines lobulären Carcinoma in situ (LCIS) rechtfertigt nicht die Aufnahme in strukturierte Behandlungsprogramme.

Für die Einschreibung sollte grundsätzlich der jüngste Befund verwendet werden. Sollten bei Ihrer Patientin bereits mehrere Brustkrebsstadien histologisch gesichert sein, ist die Angabe *eines* histologischen Nachweises ausreichend.

Machen Sie mehrere unterschiedliche Angaben zum Datum der histologischen Sicherung der jeweiligen Brustkrebsstadien, ist für das weitere Ausfüllen des Bogens immer das jüngste der angegebenen Daten ausschlaggebend.

Nicht gültig sind jedoch Angaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nach dem Datum der histologischen Sicherung eines kontralateralen Brustkrebs bzw. eines lokoregionären Rezidivs liegt oder bei denen allen Datumsangaben identisch sind. Ebenfalls nicht gültig sind Angaben, bei denen das Datum der histologischen Sicherung des lokoregionären Rezidivs vor dem Datum der histologischen Sicherungen eines Primärtumors liegt. In diesen Fällen erhalten Sie den Bogen mit der Bitte zurück, die Angaben zu überprüfen und zu korrigieren.

Beim Vorliegen von Fernmetastasen führt diese Angabe immer zur Einschreibung und sollte für das weitere Ausfüllen des Bogens zu Grund gelegt werden.

Abhängig davon, welche Diagnose zur Einschreibung der Patientin in das Programm geführt hat, sind in der Folge unterschiedliche Angaben auf dem Dokumentationsbogen erforderlich.

Die Abschnitte 12 (Sonstige Beratung und Behandlung) sowie 13 (Datum /Unterschrift) sind davon unabhängig immer auszufüllen

6.1 Einschreibung auf Grund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs

Einschreibung		Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.	
Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J J J	Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J J J
Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J J J	Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)	T T M M J J J J

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebs** ist das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. In diesen Fällen ist der Verbleib der Versicherten im Programm zunächst zeitlich auf 5 ½ Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines Primärtumors und eines kontralateralen Brustkrebs darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des kontralateralen Brustkrebs liegen.

Tritt ein kontralateraler Brustkrebs während der Teilnahme am strukturiertem Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 5 ½ Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 7 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation)

Ist die histologische Sicherung eines **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebs der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund**, sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern der Abschnitte

- „Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses“ (Abschnitt 7),
- „Aktueller Befundstatus des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebs“ (Abschnitt 8)
- „Behandlung des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebs (Abschnitt 9) sowie

- „Sonstige Beratung und Behandlung“ (Abschnitt 12) erforderlich. Die Abschnitte 10 und 11 können dann frei bleiben.

6.2 Einschreibung auf Grund eines lokoregionären Rezidivs

Einschreibung Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.			
Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J J J	Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J J J
Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J J J	Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)	T T M M J J J J

Erfolgt die Einschreibung auf Grund eines **lokoregionären Rezidivs**, ist ebenfalls das taggenaue Datum der histologischen Sicherung anzugeben. Auch hier ist der Verbleib der Versicherten im Programm zunächst zeitlich auf 5 ½ Jahre nach histologischer Sicherung begrenzt.

Bei einer gleichzeitigen Angabe zur histologischen Sicherung eines lokoregionären Rezidivs und eines Primärtumors sowie ggf. noch zusätzlich eines kontralateralen Brustkrebs darf das Datum der histologischen Sicherung eines Primärtumors nicht nach dem Datum der histologischen Sicherung des lokoregionären Rezidivs bzw. der Sicherung des kontralateralen Brustkrebs liegen.

Tritt ein lokoregionäres Rezidiv während der Teilnahme am strukturiertem Behandlungsprogramm auf, ist ein Verbleiben im Programm für weitere 5 ½ Jahre ab dem Zeitpunkt des histologischen Nachweises möglich. Dies ist im Behandlungsverlauf auf der Folgedokumentation im Abschnitt 7 zu vermerken (siehe Bearbeitungshinweis zur Folgedokumentation)

Ist die histologische Sicherung eines **lokoregionären Rezidivs der jüngste und damit der zur Einschreibung führende Befund** müssen Sie im Weiteren nur Angaben zu den Parametern der Abschnitte

- „Befunde und Therapie des lokoregionären Rezidivs“ (Abschnitt 10),
- „Sonstige Beratung und Behandlung“ (Abschnitt 12) machen.

Die Abschnitte 7, 8, 9 und 11 können dann frei bleiben.

6.3 Einschreibung auf Grund von Fernmetastasen

Einschreibung Mindestens eines der 4 folgenden Felder muss für die Einschreibung ausgefüllt sein.			
Erstmanifestation Primärtumor (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J J J	Lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J J J
Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	T T M M J J J J	Fernmetastasen erstmals gesichert (Zusätzlich mindestens die Jahreszahl eines histologischen Tumornachweises eintragen)	T T M M J J J J

Die Angabe zum Vorliegen von Fernmetastasen führt immer zur Einschreibung der Patientin in das Programm. Neben dem Datum der Sicherung der Fernmetastasen ist zusätzlich auch mindestens das Datum der histologischen Sicherung der Erstmanifestation oder des kontralateralen Brustkrebs bzw. des lokoregionären Rezidivs anzugeben. Sollte Ihnen das genaue Datum der Erstmanifestation bzw. des kontralateralen Brustkrebs oder des lokoregionären Rezidivs nicht bekannt sein, können Sie ersatzweise auch nur das Jahr der histologischen Sicherung im Format 00.00.JJJJ angeben. Patientinnen mit Fernmetastasierung können dauerhaft am Programm teilnehmen.

Schreiben Sie Ihre Patientin auf Grund des Vorliegens von Fernmetastasen ein und haben Sie hierzu das Datum der Diagnosesicherung an der vorgesehenen Stelle eingetragen, sind im Weiteren nur Angaben zu den Parametern des Abschnittes

- „Befunde und Therapie von Fernmetastasen“ (Abschnitt 11) sowie
- „Sonstige Beratung und Behandlung“ (Abschnitt 12) erforderlich.

Die Abschnitte 7, 8, 9 und 10 können dann frei bleiben.

7 Anamnese und Behandlungsstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebs

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 7.1 – 7.4 sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs erfolgt ist und hierzu die Angaben auf der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 6 erfolgt sind.

7.1 Betroffene Brust

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Anamnese und Behandlungsstatus Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs			
Betroffene Brust	<input checked="" type="checkbox"/> Rechts	<input checked="" type="checkbox"/> Links	<input checked="" type="checkbox"/> Beidseits

Bitte geben Sie hier die betroffene Brust an. Bei beidseitigem Befall sollten sich die weiteren Angaben der Dokumentation auf die prognoseleitende Seite beziehen.

7.2 Welche Untersuchung wurde zur Diagnostik durchgeführt

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Welche Untersuchungen wurden zur Diagnostik durchgeführt? (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Stanzbiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Vakuumunterstützte Mammabiopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Offene Biopsie	<input checked="" type="checkbox"/> Mammographie
	<input checked="" type="checkbox"/> Sonographie	<input checked="" type="checkbox"/> Andere		

Für die Diagnosesicherung ist der histologische Nachweis des Brustkrebs notwendig. Bitte tragen Sie hier das Entnahmeverfahren ein, das zur histologischen Sicherung geführt hat.

Die alleinige Angabe „**Sonographie**“ oder „**Mammographie**“ ist nicht zulässig. Für beide Angaben muss zusätzlich mindestens eine Angabe zu einem bioptischen Verfahren oder die Angabe „**Andere**“ erfolgen.

Unter der Angabe „**Andere**“ sind alle übrigen, hier aber nicht aufgeführten Verfahren der Diagnosesicherung (z. B. bildgebende oder andere bioptische Verfahren) zusammengefasst. Die Angabe „**Andere**“ kann nicht alleine erfolgen. Es ist zusätzlich mindestens eine weitere Angabe notwendig.

7.3 Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen

Eine Angabe ist erforderlich; Nur eine Angabe ist möglich

Aktueller Behandlungsstatus bezogen auf das operative Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> OP geplant	<input checked="" type="checkbox"/> OP nicht geplant	<input checked="" type="checkbox"/> Postoperativ
--	--	--	--

In der Regel wird die Diagnose vor dem therapeutischen Eingriff gestellt. Daher kann es sein, dass zum Zeitpunkt der Erstellung der Erstdokumentation die operative Primärtherapie noch nicht erfolgt ist oder für die Zukunft auch nicht geplant ist.

Für die Fälle, in denen die operative Therapie noch nicht erfolgt aber bereits geplant ist, geben Sie zunächst bitte „**OP geplant**“ an. In diesem Fall ist zu beachten, dass die Daten zu Abschnitt 7.4 und Abschnitt 8 innerhalb von vier Wochen nach erfolgter OP nachträglich zu übermitteln sind (siehe hierzu auch die Ausführungen zur präoperativen Einschreibung auf Seite 4).

Für die Fälle, in denen davon auszugehen ist, dass zunächst keine operative Therapie durchgeführt werden soll kreuzen Sie bitte „**OP nicht geplant**“ an.

Im Fall einer dieser beiden Angaben (OP geplant / OP nicht geplant) müssen Sie keine Angaben zu Ziffer 7.4 sowie zum kompletten Abschnitt 8 „Aktueller Befundstatus“ (Ziffer 8.1 – 8.8) machen.

Sollte bereits eine operative Therapie durchgeführt worden sein, machen Sie bitte die Angabe „**Postoperativ**“. In der Folge sind dann auch die Angaben zur Ziffer 7.4 „Art der erfolgten operativen Therapie“ sowie dem kompletten Abschnitt 8 (Ziffer 8.1 – 8.8) erforderlich.

7.4 Art der erfolgten operativen Therapie

Eine Angabe zu dieser Ziffer ist nur erforderlich, wenn in der vorherigen Ziffer 7.3 die Angabe „Postoperativ“ erfolgt ist. Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Art der erfolgten operativen Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> BET	<input type="checkbox"/> Mastektomie	<input type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten-Biopsie
	<input type="checkbox"/> Axilläre Lymphonodektomie	<input type="checkbox"/> Anderes Vorgehen	<input type="checkbox"/> Keine OP

Wenn die Angabe „keine OP“ erfolgt ist, ist keine weitere Angabe zu den übrigen Parametern dieser Ziffer möglich. Alle übrigen Angaben können sowohl alleine stehen als auch miteinander kombiniert werden.

8 Aktueller Befundstatus des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebs

Die Angaben zu den folgenden Ziffern 8.1 – 8.8 sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs erfolgt ist und hierzu die Angaben auf der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 6 erfolgt sind und die operative Primärtherapie bereits abgeschlossen ist (Angabe „Postoperativ“ in den Angaben zu Ziffer 7.3 erforderlich). Alle Angaben sollen sich daher auf die zur Einschreibung führende Diagnose beziehen.

8.1 pT }
 8.2 pN } Angaben zur TNM-Klassifikation
 8.3 M }

pT	<input type="checkbox"/> Tis	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Keine OP
pN		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Keine OP
M		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1				<input type="checkbox"/> X	

Bitte machen Sie hier Angaben zum Tumorbefund. Sollten Ihnen die Angaben nicht vorliegen bzw. unbekannt sein, können Sie hilfsweise „X“ angeben.
 Unter der Angabe „Tis“ ist hier nur ein DCIS nicht aber ein LCIS anzugeben.
 Es ist jeweils nur eine Angabe möglich.

8.4 Grading

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Nur eine Angabe ist möglich.

Grading	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Unbekannt
---------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------------

Das Grading erfolgt nach der Systematik von Elston und Ellis (1991). Sollten Sie bzw. das die Operation durchführende Krankenhaus eine andere Grading-Systematik verwendet haben, machen Sie bitte eine Angabe bei „unbekannt“.

8.5 Resektionsstatus

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Nur eine Angabe ist möglich.

Resektionsstatus	<input type="checkbox"/> R0	<input type="checkbox"/> R1	<input type="checkbox"/> R2	<input type="checkbox"/> Unbekannt	<input type="checkbox"/> Keine OP
------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	------------------------------------	-----------------------------------

Bitte geben Sie hier den Befund zum Resektionsstatus an.

8.6 Rezeptorstatus

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Nur eine Angabe ist möglich.

Rezeptorstatus (Östrogen und/oder Progesteron)	<input type="checkbox"/> Positiv	<input type="checkbox"/> Negativ	<input type="checkbox"/> Unbekannt
--	----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

Bitte geben Sie hier den Befund zum Rezeptorstatus an.

- 8.7 } Anzahl der entfernten Lymphknoten
- 8.8 } Anzahl der befallenen Lymphknoten

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Anzahl der entfernten Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten	<input type="checkbox"/> <10	<input type="checkbox"/> ≥10	
Anzahl der befallenen Lymphknoten (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Keine	<input type="checkbox"/> Sentinel-Lymphknoten negativ	<input type="checkbox"/> 1-3	<input type="checkbox"/> ≥4	<input type="checkbox"/> Unbekannt

Geben Sie bitte hier die Anzahl der entfernten und der befallenen Lymphknoten an. Sollte kein Lymphknoten entfernt worden bzw. befallen ein, kreuzen Sie bitte entsprechend „Keine“ an. In diesem Fall ist für die jeweilige Ausprägung keine weitere Angabe möglich.

Die Angabe zum **Sentinel-Lymphknoten** kann jeweils mit einer Angabe zur Anzahl der weiteren betroffenen bzw. entfernten Lymphknoten kombiniert werden.

9 Behandlung des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebses

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs erfolgt ist und hierzu die Angaben auf der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 6 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

9.1 Strahlentherapie

9.2 Chemotherapie

9.3 Endokrine Therapie

Mindestens eine Angabe je Antwortkomplex ist notwendig; zu jedem Antwortkomplex ist jeweils nur eine Angabe möglich.

Behandlung Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs					
Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input type="checkbox"/> Keine
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input type="checkbox"/> Keine
Endokrine Therapie	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input type="checkbox"/> Keine

Wurde zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht mit einer Strahlen-, Chemo- oder endokrinen Therapie begonnen, die Durchführung einer oder mehrerer Therapieansätze aber geplant, geben Sie bitte für die jeweilige Therapie, für die die Durchführung geplant ist „**Geplant**“ an.

Die Angabe „**Andauernd**“ bezieht sich auf eine bereits begonnene aber zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht abgeschlossene Therapie.

Als „**Regulär abgeschlossen**“ gilt eine Therapie, wenn alle zuvor geplanten Therapiezyklen abgeschlossen sind.

Wurde eine Therapie vor Abschluss aller zunächst geplanten Therapiezyklen abgeschlossen, geben Sie bitte „**Vorzeitig beendet**“ an.

„**Keine**“ ist anzugeben, wenn die jeweilige Therapie nicht als Therapieoption gewählt wurde.

10 Befunde und Therapie eine lokoregionären Rezidivs

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines histologisch gesicherten lokoregionären Brustkrebs erfolgt ist und hierzu die Angaben auf der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 6 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

10.1 Lokalisation

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Intramammär	<input checked="" type="checkbox"/> Thoraxwand	<input checked="" type="checkbox"/> Axilla
--	---	--	--

Bitte geben Sie den Lokalisationsort des Rezidivs an. Dabei können alle Angaben mit einander kombiniert oder einzeln angekreuzt werden.

10.2 Andauernde oder abgeschlossene Therapie

Mindestens eine Angabe ist notwendig; Mehrfachnennungen sind möglich.

Andauernde oder abgeschlossene Therapie (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Präoperativ	<input checked="" type="checkbox"/> Exzision	<input checked="" type="checkbox"/> Mastektomie	<input checked="" type="checkbox"/> Strahlentherapie
	<input checked="" type="checkbox"/> Chemotherapie	<input checked="" type="checkbox"/> Endokrine Therapie	<input checked="" type="checkbox"/> Anderes Vorgehen	<input checked="" type="checkbox"/> Keine

Geben Sie bitte an, wie der aktuelle Therapiestatus des Rezidivs ist. Die Angabe soll sich dabei auf den jüngsten bzw. aktuellen, zur Einschreibung führenden Befund beziehen.

Wenn für Ihre Patientin im Bezug auf das Rezidiv ein operatives Vorgehen geplant, aber bisher nicht durchgeführt wurde, geben Sie bitte „**Präoperativ**“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Exzision und Mastektomie möglich.

Wurde bereit eine **Exzision** und/oder **Mastektomie** als operative Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte an.

Wurde bereits mit einer **Strahlen-, Chemo- oder endokrinen Therapie** begonnen oder eine solche abgeschlossen, machen Sie bitte auch hierzu die jeweilige Angabe.

Bei allen anderen Vorgehensweisen sowohl operativer als auch konservativer Art geben Sie bitte „**Anderes Vorgehen**“ an.

Wurde mit keiner Therapie begonnen oder ist keine Therapie geplant, geben Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Die übrigen Angaben können miteinander kombiniert werden (Ausnahme: präoperativ mit Exzision bzw. Mastektomie).

11 Befunde und Therapie von Fernmetastasen

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind nur dann erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund des Vorliegens von Fernmetastasen erfolgt ist und hierzu die Angaben auf der Dokumentation gemäß den Ausführungen in Abschnitt 6 erfolgt sind. Die Angaben erfolgen unabhängig vom operativen Behandlungsstatus.

11.1 Lokalisation

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Lokalisation (Mehrfachnennungen möglich)	<input checked="" type="checkbox"/> Leber	<input checked="" type="checkbox"/> Lunge	<input checked="" type="checkbox"/> Knochen	<input checked="" type="checkbox"/> Andere
--	---	---	---	--

Geben Sie bitte den Lokalisationsort der Fernmetastase an. Hierbei können alle Antworten kombiniert werden.

11.2 Therapie (der Fernmetastase)

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Therapie (Mehrfachnennungen möglich) Operativ Strahlentherapie Chemotherapie Endokrine Therapie Andere Keine

Machen Sie hier bitte Angaben zur Therapie der Fernmetastasen. Die Angabe „Operativ“ bezieht sich dabei auf eine bereits abgeschlossene Therapie, die übrigen Angaben sowohl auf bereits abgeschlossene als auch auf zur Zeit noch andauernde Therapien.

Unter „**Operativ**“ sind alle operativen Verfahren zu verstehen, die im Zusammenhang mit der Behandlung der Fernmetastasen angewendet wurden.

Wird zur Zeit eine **Strahlen-, Chemo- oder endokrine Therapie** durchgeführt oder ist diese bereits erfolgt, machen Sie bitte eine Angabe zur jeweiligen Therapie.

Unter „**Andere**“ können Sie alle weiteren, hier nicht aufgeführten Therapieformen angeben, die im Rahmen der Behandlung der Fernmetastasen bereits durchgeführt wurden oder zur Zeit durchgeführt werden.

Wird bzw. wurde keine Therapie durchgeführt, kreuzen Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Ansonsten sind alle Angaben miteinander kombinierbar.

Wird bei Ihrer Patientin eine **Bisphosphonat-Therapie** oder **systemische Tumorschmerztherapie** durchgeführt, ist dies gesondert unter Ziffer 11.3 „Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen“ bzw. 12.2 „Systematische Tumorschmerztherapie“ zu dokumentieren.

11.3 Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen

Eine Angaben ist nur dann erforderlich, wenn in Ziffer 11.1 die Angabe „Knochen“ erfolgt ist. Ist dies nicht der Fall, können die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen Ja Nein Kontraindikation

Die Angaben „**Nein**“ und „**Kontraindikation**“ können gemeinsam erfolgen.

12 Sonstige Beratung und Behandlung

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind unabhängig von dem zur Einschreibung führenden Befund und dem operativen Status für alle Patientinnen zwingend erforderlich.

12.1 Lymphödem

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist möglich.

Lymphödem Ja Nein

Geben Sie bitte an, ob bei Ihrer Patientin aktuell ein Lymphödem vorliegt.

12.2 Systemische Tumorschmerztherapie

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Systematische Tumorschmerztherapie Ja Nein Nicht erforderlich

Erhält Ihre Patientin eine systemische Tumorschmerztherapie, geben Sie dies bitte hier an. Ist eine solche Therapie für Ihre Patientin nicht erforderlich, geben Sie die bitte ebenfalls an. Die Angaben „**Nein**“ und „**Nicht erforderlich**“ können dabei gemeinsam erfolgen

12.3 Information über psychosoziales Betreuungsangebot erfolgt

Mindestens eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nein	<input checked="" type="checkbox"/> Abgelehnt
--	--	--	---

Jede Patientin sollte Informationen über psychosoziale Betreuungsangebote erhalten. Ist diese Information erfolgt, geben Sie dies bitte an. Sollte Ihre Patientin das Angebot der Information abgelehnt haben, geben Sie dies bitte auch an. **Die Ablehnung hat keine Konsequenzen auf den weiteren Verbleib der Patientin im Programm.**

13 Datum und Unterschrift

13.1 Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung (Optionale Angabe)

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung T T . M M . J J J J (optionales Feld)

Als **Datum der geplanten nächsten Dokumentation** gilt der Termin, der im Rahmen der regelmäßigen Dokumentation mit der Patientin vereinbart wird. Er sollte sich am Termin der

Nachsorgeuntersuchung orientieren, die in der Regel halbjährlich erfolgen sollte, aber nicht später als zum Ende des übernächsten Quartals liegen darf. Sollten Sie diesen Termin bereits zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung festlegen, können Sie das entsprechende Datum hier eintragen.

13.2 Datum und Unterschrift

Datum T T . M M . J J J J
Unterschrift des Arztes

Für die Einschreibung der Versicherten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm ist das **Datum relevant**, an dem die Dokumentation **vollständig ausgefüllt** wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen und die Dokumentation bzw. die vorgesehene Liste zur gesonderten Bestätigung **unterschreiben**. Die

Dokumentation muss **innerhalb von 10 Tagen nach Erstellung** an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie eine Kopie der Dokumentation (bei elektronischer Übermittlung einen Ausdruck der Dokumentation) zurück und werden aufgefordert, diese **zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum und Ihrer Unterschrift** zu versehen. Der vollständige und plausible Bogen muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur innerhalb von 52 Tagen **nach Erstellung** vorliegen.

Aufbau der Folgedokumentation

Diese Abbildung zeigt einen Überblick über den Folgedokumentationsbogen. Dabei sind die einzelnen Abschnitte wieder nummeriert.

1. Versichertenkarte einlesen

2. Arztwechsel

3. Blatt 1: Original für die Datenannahmestelle
Blatt 2: Für den Arzt
Blatt 3: Für den Versicherten

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname der Versicherten geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsart-Nr. VK gültig bis Datum

**Folge-Dokumentation
Brustkrebs**

Arztwechsel DMP-Fallnummer

Krankenhaus-IK

Arztstempel (bitte auch auf Blatt 2 und 3)

022AH

4. DMP-Fallnummer

5. Krankenhaus-IK

6. Arztstempel

Die dunkel hinterlegten Angaben werden der Krankenkasse übermittelt.

Einschreibung erfolgte wegen

Primärtumor Lokoregionäres Rezidiv

Kontralateraler Brustkrebs Fernmetastasen

Behandlungsstatus nach operativer Therapie Primärtumor/kontralateraler Brustkrebs

Adjuvante Therapie abgeschlossen Ja Nein

Strahlentherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Chemotherapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Endokrine Therapie Geplant Andauernd Regulär abgeschlossen Vorzeitig beendet Keine

Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis) oder Nein

Inframammär Thoraxwand Axilla

Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis) oder Nein

Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich) oder Nein

Leber Lunge Knochen Andere

Lymphödem Ja Nein

Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung (lokoregionäres Rezidiv/Fernmetastasen)

Aktueller Behandlungsstatus Vollremission Teilremission No change Progress

Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (Mehrfachnennungen möglich) Präoperativ Exzision Mastektomie Strahlentherapie

Chemotherapie Endokrine Therapie Anderes Vorgehen Keine

Therapie der Fernmetastasen (Mehrfachnennungen möglich) Operativ Strahlentherapie Chemotherapie Endokrine Therapie Andere Keine

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen Ja Nein Kontraindikation

Sonstige Beratung und Behandlung

Systematische Tumorschmerztherapie Ja Nein Nicht erforderlich

Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt Ja Nein Nicht erforderlich

Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt Ja Nein Abgelehnt

Gebittenes Datum der nächsten Dokumentationsstellung (optionales Feld)

Datum

Unterschrift des Arztes

7. Einschreibung erfolgte wegen

8. Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebs

9. Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

10. Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung

11. Sonstige Beratung und Behandlung

12. Datum und Unterschrift

Prof. Albrechts Verlag, 52009 Lüpfershausen

Hinweise zum Ausfüllen der einzelnen Abschnitte (Folgedokumentation)

1 Versichertenkarte einlesen (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 1)

2 Arztwechsel

Arztwechsel

Dieses Feld ist dann anzukreuzen, wenn eine Patientin, die bereits in ein strukturiertes Behandlungsprogramm Brustkrebs eingeschrieben ist, Sie als neuen koordinierenden Arzt gewählt hat.

3 Durchschläge (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 2)

**Folge-Dokumentation
Brustkrebs**

Blatt 1
Original für die
Datenannahmestelle

Der Folgedokumentationsbogen hat - wie die Erstdokumentation - drei Durchschläge. Das Original ist wiederum für die Versendung an die Datenstelle vorgesehen.

4 DMP-Fallnummer (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 3)

DMP-Fallnummer

Die Fallnummer hat den Zweck, dass Sie eingehende Feedback-Berichte Ihren Patientinnen trotz Pseudonymisierung zuordnen können und muss daher auf der Folgedokumentation unbedingt unverändert weitergeführt werden.

Wurden Sie im Zuge eines Arztwechsels von der Patientin als sein neuer koordinierender Arzt gewählt, ist die Vergabe einer neuen DMP-Fallnummer möglich. Diese ist dann auf den weiteren Folgedokumentationen unverändert weiterzuführen.

5 Krankenhaus-IK (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 4)

6 Arztstempel (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 5)

7 **Einschreibung erfolgt wegen**

Eine Angabe ist erforderlich; genau eine Angabe ist zulässig.

Einschreibung erfolgte wegen	
<input type="checkbox"/> Primärtumor	<input type="checkbox"/> Lokoregionäres Rezidiv
<input type="checkbox"/> Kontralateraler Brustkrebs	<input type="checkbox"/> Fernmetastasen

Wie auch bei der Erstdokumentation, ist die Notwendigkeit zur Angabe der weiteren Parameter davon abhängig, welche Diagnose zur Einschreibung geführt hat. Tragen Sie daher bitte hier die Diagnose ein, die Sie zur Einschreibung der Patientin in das strukturierte Behandlungsprogramm veranlasst hat.

Sollte die Einschreibung auf Grund des Vorliegens eines histologisch gesicherten **Primärtumors** oder eines **kontralateralen Brustkrebs** erfolgt sein, sind auf der Folgedokumentation nur Angaben zu den **Abschnitten**

- **8 („Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors / kontralateralen Brustkrebses“),**
- **9 („Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse“),**
- **11 („Sonstige Beratung und Behandlung“) und**
- **12 („Datum und Unterschrift“) zwingend erforderlich.**

Angaben zum Abschnitt 10 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ sind in der Regel nicht notwendig (siehe hierzu auch die Ausführungen im Abschnitt 10).

Sollte die Einschreibung auf Grund des Vorliegens eines **lokoregionären Rezidivs** oder von **Fernmetastasen** erfolgt sein, sind nur die Angaben zu den **Abschnitten 9, 10, 11 und 12 zwingend erforderlich**. Die Angaben zum Abschnitt 8 sind nicht erforderlich.

8 **Behandlungsstatus nach operativer Therapie des Primärtumors bzw. des kontralateralen Brustkrebs (entspricht Abschnitt 9 der Erstdokumentation)**

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines Primärtumors oder eines kontralateralen Brustkrebs erfolgt ist und Sie dies in Abschnitt 7 entsprechend dokumentiert haben.

8.1 **Adjuvante Therapie abgeschlossenen**

Eine Angabe ist erforderlich; genau eine Angabe ist zulässig.

Adjuvante Therapie abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wurde bei Ihrer Patientin eine adjuvante Therapie durchgeführt, geben Sie bitte an, ob diese bereits abgeschlossen ist. Wurde bisher keine adjuvante Therapie durchgeführt, geben Sie bitte „Nein“ an.		

8.2 **Strahlentherapie**

8.3 **Chemotherapie**

8.4 **Endokrine Therapie**

Mindestens eine Angabe je Antwortkomplex ist notwendig; Zu jedem Antwortkomplex ist jeweils nur eine Angabe möglich.

Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input type="checkbox"/> Keine
Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input type="checkbox"/> Keine
Endokrine Therapie	<input type="checkbox"/> Geplant	<input type="checkbox"/> Andauernd	<input type="checkbox"/> Regulär abgeschlossen	<input type="checkbox"/> Vorzeitig beendet	<input type="checkbox"/> Keine

Wurde zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht mit einer Strahlen-, Chemo- oder endokrinen Therapie begonnen, ist die Durchführung einer oder mehrerer Therapieansätze aber geplant, geben Sie bitte für die jeweilige Therapie, für die die Durchführung geplant ist, „**Geplant**“ an.

Die Angabe „**Andauernd**“ bezieht sich auf eine bereits begonnene aber zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung noch nicht abgeschlossene Therapie.

Als „**Regulär abgeschlossen**“ gilt eine Therapie, wenn alle zuvor geplanten Therapiezyklen abgeschlossen sind.

Wurde eine Therapie vor Abschluss aller zunächst geplanten Therapiezyklen abgeschlossen geben Sie bitte „**Vorzeitig beendet**“ an.

„**Kein**“ ist anzugeben, wenn die jeweilige Therapie nicht als Therapieoption gewählt wurde.

9 Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind unabhängig von der zur Einschreibung zugrunde gelegten Diagnose immer erforderlich.

Bei Neuauftreten eines histologisch gesicherten kontralateralen Brustkrebs bzw. eines lokoregionären Rezidivs während der Programmteilnahme verlängert sich der Verbleib einer Patientin im strukturierten Behandlungsprogramm Brustkrebs um weitere 5 ½ Jahre nach histologischer Sicherung. Daher ist es erforderlich, dass Sie hierzu eine **taggenaue** Angabe machen. Eine Patientin mit Fernmetastasen kann zeitlich unbegrenzt im Programm verbleiben.

9.1 Manifestation eines lokoregionären Rezidivs

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Manifestation lokoregionäres Rezidiv (Datum histologischer Nachweis)	T	T	M	M	J	J	J	J	oder <input type="checkbox"/> Nein
	<input checked="" type="checkbox"/> Intramammär	<input checked="" type="checkbox"/> Thoraxwand	<input checked="" type="checkbox"/> Axilla						

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation** ein **lokoregionäres Rezidiv** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Fall sind in der Folge auch Angaben zu den Ziffern 10.1 und 10.2 des Abschnittes 10 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ erforderlich.

Geben Sie bitte weiterhin die Lokalisation des Rezidivs an.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein lokoregionäres Rezidiv histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

9.2 Manifestation eines kontralateralen Brustkrebses

Eine Angabe ist erforderlich.

Manifestation kontralateraler Brustkrebs (Datum histologischer Nachweis)	T	T	M	M	J	J	J	J	oder <input type="checkbox"/> Nein

Sollte bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation** ein **kontralateraler Brustkrebs** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum der histologischen Sicherung an. Es ist dabei die Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Falle sind im Weiteren keine Angaben zum Abschnitt 10 notwendig.

Sollte seit der letzten Dokumentation kein kontralateraler Brustkrebs histologisch gesichert worden sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

9.3 Manifestation von Fernmetastasen

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Manifestation von Fernmetastasen (Datum der Diagnosesicherung) (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="text" value="T"/> <input type="text" value="T"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/> <input type="text" value="J"/>	oder <input type="checkbox"/> Nein
	<input checked="" type="checkbox"/> Leber <input checked="" type="checkbox"/> Lunge <input checked="" type="checkbox"/> Knochen <input type="checkbox"/> Andere	

Sollt bei Ihrer Patientin im Programmverlauf **seit der letzten Dokumentation Fernmetastasen** aufgetreten sein, geben Sie bitte das Datum an, an dem die Diagnose gesichert wurde. Es ist dabei eine Angabe des taggenauen Datums erforderlich. In diesem Fall sind in der Folge auch Angaben zu den Ziffern 10.1 und 10.3 des Abschnittes 10 „Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung“ erforderlich. Geben Sie bitte weiterhin die Lokalisation der Fernmetastasen an. Sollten bei Ihrer Patientin **Knochenmetastasen** vorliegen und haben Sie diese hier dokumentiert, ist zusätzlich eine Angabe zu Ziffer 10.4 im Abschnitt 10 erforderlich.

Sollten seit der letzten Dokumentation kein Fernmetastasen aufgetreten sein, geben Sie bitte „**Nein**“ an.

9.4 Lymphödem (entspricht Ziffer 12.1 der Erstdokumentation)

Eine Angabe ist erforderlich; nur eine Angabe ist zulässig.

Lymphödem	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein
------------------	---

Geben Sie bitte an, ob bei der Patientin ein Lymphödem besteht. Sollte die nicht der Fall sein, kreuzen Sie bitte „Nein“ an.

10 Behandlung bei fortgeschrittener Erkrankung

Eine Angabe zu diesem Abschnitt ist nur erforderlich, wenn die Einschreibung der Patientin auf Grund eines **lokoregionären Rezidivs** oder des Vorliegens von **Fernmetastasen** erfolgt ist oder eine solche Diagnose in einer der letzten Dokumentationen festgestellt wurde und Sie dies in Abschnitt 7 („Einschreibung erfolgt wegen“) bzw. 9 („Seit der letzten Dokumentation neu aufgetretene Ereignisse“) entsprechend dokumentiert haben.

Bei Vorliegen eines **lokoregionären Rezidivs** füllen Sie bitte die **Ziffern 10.1 und 10.2** aus. Bei Vorliegen von **Fernmetastasen** sind die Angaben zu den Ziffern **10.1, 10.3 und 10.4** verpflichtend.

10.1 Aktueller Behandlungsstatus

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Aktueller Behandlungsstatus	<input checked="" type="checkbox"/> Vollremission <input checked="" type="checkbox"/> Teilremission <input checked="" type="checkbox"/> No change <input checked="" type="checkbox"/> Progress
------------------------------------	--

Geben Sie bitte den aktuellen Behandlungsstatus des lokoregionären Rezidivs bzw. der Fernmetastasen an. Die Angaben sollen sich immer auf den jüngsten, also aktuellen Befund beziehen.

10.2 Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (entspricht Ziffer 10.2 der Erstdokumentation)

Wurde Ihre Patientin wegen eines histologisch gesicherten **lokoregionären Rezidivs** eingeschrieben oder ist ein solches seit der letzten Dokumentation aufgetreten und haben Sie dies entsprechend in Abschnitt 7 bzw. 9 (Ziffer 9.1) dokumentiert, ist hier eine Angabe erforderlich.

Seit der letzten Dokumentation andauernde oder abgeschlossene Therapie des lokoregionären Rezidivs (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Präoperativ	<input type="checkbox"/> Exzision	<input type="checkbox"/> Mastektomie	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie
	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Endokrine Therapie	<input type="checkbox"/> Anderes Vorgehen	<input type="checkbox"/> Keine

Geben Sie bitte an, wie der aktuelle Therapiestatus des Rezidivs ist.

Wenn für Ihre Patientin seit der letzten Dokumentation in Bezug auf das Rezidiv ein operatives Vorgehen geplant, aber bisher nicht durchgeführt wurde, geben Sie bitte „**Präoperativ**“ an. In diesem Fall ist keine Angabe zu Exzision und Mastektomie möglich.

Ist bereits eine **Exzision** und/oder **Mastektomie** als operative Therapie durchgeführt, geben Sie dies bitte an.

Wurde seit der letzten Dokumentation bereits mit einer **Strahlen-, Chemo- oder endokrinen Therapie** begonnen oder eine solche abgeschlossen machen Sie bitte auch hierzu die jeweilige Angabe. Bei allen anderen Vorgehensweisen sowohl operativer als auch konservativer Art geben Sie bitte „**Anderes Vorgehen**“ an.

Wurde bisher mit keiner Therapie begonnen oder ist keine weitere Therapie geplant, geben Sie bitte „**Keine**“ an. In diesem Fall ist keine weitere Angabe möglich. Die übrigen Angaben können miteinander kombiniert werden (Ausnahme: präoperativ mit Exzision bzw. Mastektomie).

10.3 Therapie der Fernmetastasen (entspricht Ziffer 11.2 der Erstdokumentation)

Eine Angabe zu dieser Ziffer ist nur erforderlich, wenn Ihre Patientin wegen des Vorliegens von **Fernmetastasen** eingeschrieben wurde oder diese seit der letzten Dokumentation aufgetreten sind und Sie hierzu die entsprechenden Angaben in Abschnitt 7 bzw. 9 (Ziffer 9.3) dokumentiert haben.

Therapie der Fernmetastasen (Mehrfachnennungen möglich)	<input type="checkbox"/> Operativ	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Endokrine Therapie	<input type="checkbox"/> Andere	<input type="checkbox"/> Keine
--	-----------------------------------	---	--	---	---------------------------------	--------------------------------

10.4 Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen (entspricht Ziffer 11.3 der Erstdokumentation)

Eine Angabe ist nur dann erforderlich, wenn in Ziffer 9.3 die Angabe „**Knochen**“ erfolgt ist. Ist dies nicht der Fall, können die Angaben zu dieser Ziffer frei bleiben.

Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Kontraindikation
--	-----------------------------	-------------------------------	---

Die Angaben „**Nein**“ und „**Kontraindikation**“ können gemeinsam angegeben werden.

11 Sonstige Beratung und Behandlung (entspricht Abschnitt 12 der Erstdokumentation)

Die Angaben zu diesem Abschnitt sind unabhängig von den zur Einschreibung führenden oder seit der letzten Dokumentation neu aufgetretenen Befunden zu dokumentieren.

11.1 Systemische Tumorschmerztherapie

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Systematische Tumorschmerztherapie

Ja

Nein

Nicht erforderlich

Erhält Ihrer Patientin eine systemische Tumorschmerztherapie, geben Sie diese bitte hier an. Ist eine solche Therapie für Ihre Patientin nicht erforderlich, geben Sie die bitte ebenfalls an. Die Angaben „**Nein**“ und „**Nicht erforderlich**“ können dabei gemeinsam erfolgen.

11.2 Mammographie seit der letzten Dokumentation durchgeführt

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Mammographie seit letzter Dokumentation durchgeführt

Ja

Nein

Nicht erforderlich

Ist eine Mammographie seit der letzten Dokumentation durchgeführt worden, geben Sie dies bitte an. Ist seit der letzten Dokumentation keine Mammographie durchgeführt worden oder war eine solche nicht erforderlich, geben Sie dies bitte ebenfalls an.

11.3 Information über psychosoziales Betreuungsangebot erfolgt

Eine Angabe ist erforderlich; Mehrfachnennungen sind möglich.

Information über psychosoziales Versorgungsangebot erfolgt

Ja

Nein

Abgelehnt

Jede Patientin sollte Informationen über psychosoziale Betreuungsangebote erhalten. Ist diese Information erfolgt, geben Sie dies bitte an. Sollte Ihre Patientin das Angebot der Information abgelehnt haben, geben Sie dies bitte auch an. **Die Ablehnung hat keine Konsequenzen auf die weitere Betreuung oder den weiteren Verbleib der Patientin im Programm.**

12 Datum und Unterschrift (entspricht Abschnitt 13 der Erstdokumentation)

12.1 Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung optionale Angabe

Datum der geplanten nächsten Dokumentationserstellung

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

(optionales Feld)

Als **Datum der geplanten nächsten Dokumentation** gilt der Termin, der im Rahmen der regelmäßigen Dokumentation mit der Patientin vereinbart wird. Er sollte sich am Termin der

Nachsorgeuntersuchung orientieren, die in der Regel halbjährlich erfolgen sollte, aber nicht später als zum Ende des übernächsten Quartals liegen darf. Sollten Sie diesen Termin bereits zum Zeitpunkt der Dokumentationserstellung festlegen, können Sie das entsprechende Datum hier eintragen.

12.2 Datum und Unterschrift (entspricht Erstdokumentation Abschnitt 12)

Datum

T	T	M	M	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Unterschrift des Arztes

Für den Verbleib des Versicherten in einem strukturierten Behandlungsprogramm ist das **Datum relevant**, an dem die Dokumentation **vollständig ausgefüllt** wurde. Daher müssen Sie das Datum eintragen und die Dokumentation bzw. die vorgesehene Liste zur gesonderten Bestätigung **unterschreiben**.

Die Dokumentation muss **innerhalb von 10 Tagen nach Erstellung** an die vertraglich vereinbarte Datenstelle übermittelt werden.

Wurde in der zuständigen Stelle festgestellt, dass die Angaben in der Dokumentation an einer oder mehreren Stellen unvollständig oder unplausibel sind, erhalten Sie eine Kopie der Dokumentation (bei elektronischer Übermittlung einen Ausdruck der Dokumentation) zurück und werden aufgefordert, diese **zu korrigieren und erneut mit dem aktuellen Datum und Ihrer Unterschrift** zu versehen. Der vollständige und plausible Bogen muss der vertraglich vereinbarten Datenstelle einschließlich der abgeschlossenen Korrektur innerhalb von 52 Tagen **nach Erstellung** vorliegen.