

Relevante Änderungen zum Erfassungsjahr 2023 | Mammachirurgie (QS MC)

Für das Erfassungsjahr 2023 erfolgen im QS-Verfahren Mammachirurgie (QS MC) relevante verfahrensspezifische Anpassungen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit). Über diese möchten wir Sie gerne informieren:

Änderungen im Dokumentationsbogen:

Datenfeld	Bezeichnung	Änderung [in Rot]
16	Klinischer Lymphknotenbefund cN0	[Neues Datenfeld]
20	Prätherapeutische Histologie	Prätherapeutische Histologie
21	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie
26	Ki67-Status (MiB-1-Index)	Ki67-Status (MiB-1-Index)
28	Datum prätherapeutische interdisziplinäre Tumorkonferenz	[Neues Datenfeld]
30	Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.	[Neues Datenfeld]
37	Postoperativer histologischer Befund unter Berücksichtigung der Vorbefunde	Postoperativer histologischer Befund unter Berücksichtigung der Vorbefunde
38	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie	Postoperativer Befund: maligne Neoplasie
56	Datum postoperative interdisziplinäre Tumorkonferenz	[Neues Datenfeld]
59.2	Nicht spezifizierter Entlassungsgrund	[Neues Datenfeld]

Änderungen in den Ausfüllhinweisen:

Datenfeld/Zeile	Bezeichnung	Änderung [in Rot]
16	Klinischer Lymphknotenbefund cN0	Zu dokumentieren ist das klinische und/oder sonographische Untersuchungsergebnis vor OP und vor neoadjuvanter Therapie.
20	Prätherapeutische Histologie	<p>Hier ist der prätherapeutische histopathologische Befund zu dokumentieren, der zum Beginn der Therapie geführt hat (z.B. Stanz- / Vakuumbiopsie oder offene Biopsie). Wenn z.B. bei einer Nachresektion der histopathologische Befund einer Stanzbiopsie vor Erstoperation vorliegt, so ist hier der histopathologische Befund der Stanzbiopsie (und nicht der Erstoperation) zu dokumentieren.</p> <p>Die Auswahlmöglichkeiten sind der B-Klassifikation zugeordnet: 1 = B1: nicht verwertbar oder ausschließlich Normalgewebe 2 = B2: benigne / entzündliche Veränderung (u.a. fibrös-zystische Mastopathie, Fibroadenom, sklerosierende Adenose, periduktale Mastitis) 3 = B3: benigne, aber mit unsicherem biologischen Potenzial (u.a. flache epitheliale Atypie (FEA); atypische duktale Hyperplasie (ADH); klassische lobuläre Neoplasie (LN); papilläre Läsionen; radiäre Narbe / komplexe sklerosierende Läsion; Phylloides-Tumor) 4 = B4: malignitätsverdächtig (u.a. vermutlich maligne Veränderung, aber Beurteilung aus technischen Gründen eingeschränkt; ADH) 5 = B5: maligne (u.a. DCIS, Varianten der lobulären Neoplasie (LIN3), invasive Karzinome, maligne Lymphome, Sarkome, Metastasen)</p>
21	Prätherapeutischer Befund: maligne Neoplasie	<p>Prätherapeutische bzw. präoperative pathologische Befundung: Hier ist der prätherapeutische histopathologische Befund zu dokumentieren, der zum Beginn der Therapie geführt hat (z.B. Stanz- / Vakuumbiopsie oder offene Biopsie). Wenn z.B. bei einer Nachresektion der histopathologische Befund einer Stanzbiopsie vor Erstoperation vorliegt, so ist hier der histopathologische Befund der Stanzbiopsie (und nicht der Erstoperation) zu dokumentieren. Hier können die im ICD-O-3-Schlüssel aufgeführten ICD-O-3-Kodes mit Bezug zum Mammakarzinom eingetragen werden.</p> <p>Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus einer Histologiegruppe: mehrere Tumorherde im selben Organ mit verschiedenen Histologiekodes, die aber derselben Histologiegruppe (z. B. Adenokarzinome) angehören, werden als ein Primärtumor gewertet. Bei der Verschlüsselung für ein bifokales/multifokales/multizentrisches Karzinom mit Herden</p>

		<p>unterschiedlicher Histologie, die derselben Histologiegruppe angehören (z. B. ein Tumorherd spezieller Typ, lobulär, und ein weiterer Tumorherd kein spezieller Typ, NST bzw. duktal), gibt es die Möglichkeit, den Schlüssel für ein Karzinom, welches mit einem anderen speziellen Typ gemischt auftritt, anzugeben.</p> <p>Mögliche Angabe bei multiplen malignen Neoplasien aus unterschiedlichen Histologiegruppen: Wenn mehrere Neoplasien im gleichen Organ auftreten, die verschiedenen spezifischen Histologiegruppen angehören (z. B. eine Neoplasie ist aus der Gruppe der Adenokarzinome, eine weitere Neoplasie aus der Gruppe der Sarkome), werden diese als verschiedene Primärtumoren angesehen. Da nur ein Histologie-Code angegeben werden kann, erscheint es am sinnvollsten, zu dem größten Tumorfokus, der auch das pT bestimmt, den Histologie-Code anzugeben.</p>
22	Datum (Ausgang bei Pathologie) des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes	<p>Ausgangsdatum des letzten pathologischen Befundes, der diese Neoplasie betrifft (inkl. Rezeptorstatus und möglicher Nachbefunde) und den pathologischen Befund komplettiert. Dazu zählen: Histologischer Typ, Grading, Hormonrezeptorstatus, HER2-Status und Ki67-Status.</p> <p>Hier ist das Ausgangsdatum des im vorhergehenden Datenfeld dokumentierten Befundes anzugeben. Als Ausgangsdatum des letzten prätherapeutischen histologischen Befundes gilt das Datum, bei dem der prätherapeutische histologische Befund vollständig war, also bei DCIS inklusive histologischer Typ, Grading und Hormonrezeptorstatus sowie bei invasivem Karzinom zusätzlich HER2- und Ki67-Status/MIB-1-Index.</p>
23	Grading	Der Schlüsselwert „ja“ ist zu dokumentieren, wenn dieser Parameter prätherapeutisch vorlag.
24	Hormonrezeptorstatus	Der Schlüsselwert „ja“ ist zu dokumentieren, wenn dieser Parameter prätherapeutisch vorlag.
25	HER2-Status	Der Schlüsselwert „ja“ ist zu dokumentieren, wenn dieser Parameter prätherapeutisch vorlag.
26	Ki67-Status (MIB-1-Index)	Ki-67 ist das Antigen, das mittels Immunhistochemie nachgewiesen wird. MIB-1 ist ein Antikörperklon, der zum immunhistochemischen Nachweis von Ki-67 am Paraffinmaterial verwendet wird. Der Schlüsselwert "ja" ist zu dokumentieren, wenn dieser Parameter prätherapeutisch vorlag.
29	erhaltene präoperative tumorspezifische Therapie	Eine tumorspezifische Therapie stellt eine an die Tumorbiologie angepasste primär-systemische medikamentöse (Chemotherapie, endokrine Therapie, z. B. Anti-HER2-Therapie) zielgerichtete Therapie, ggf. Bestrahlung im Einzelfall, dar.

30	Datum Diagnosemitteilung / Therapie-Planungsgespräch mit Pat.	<p>Einzutragen ist das Datum des Gesprächs zwischen behandelnder/m Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient, in dem Diagnose und Befund (Bildgebung und pathologischer Befund als Ergebnis der prätherapeutischen Diagnosesicherung) mitgeteilt und besprochen werden sowie die therapeutische Empfehlung und die Planung der Therapie gemeinsam mit der Patientin bzw. mit dem Patienten erörtert werden.</p> <p>Nicht gemeint ist die alleinige Op-Aufklärung. Wurde die prätherapeutische Diagnosesicherung aus einem speziellen Grund unterlassen, ist das Gespräch mit der Darstellung der klinischen Befunde, die zur Operationsindikation geführt haben, zu dokumentieren.</p>
50	geringster Abstand des Tumors (invasiver und nicht-invasiver Anteil) zum Resektionsrand	<ul style="list-style-type: none"> • Im pathologischen Befund soll der minimale Abstand des Tumors (invasives Karzinom, DCIS) von den Resektionsrändern angegeben werden. Dabei ist bei invasivem Tumor mit umgebender in-situ-Komponente der Abstand derjenigen Komponente (invasiv oder intraduktal) anzugeben, der den minimalsten Abstand von den Resektionsrändern hat. • Wenn die Haut mitentfernt wurde, gibt es dort, wo die bedeckende Haut reseziert ist, zur Oberfläche hin keinen Resektionsrand mehr, aber seitlich davon: es ist der minimale Sicherheitsabstand der verbliebenen Resektionsflächen zu ermitteln. • Es ist unter Berücksichtigung der übrigen Resektionsränder zu entscheiden, welcher der geringste Sicherheitsabstand ist. • Führend bzgl. der geringsten Abstände zum Resektionsrand ist der histologische Befundbericht. • Sowohl kontinuierliche Primärtumorausläufer als auch diskontinuierliche Tumorherde (sog. Satelliten bei Multifokalität) werden berücksichtigt. • Bei mehrzeitigem Vorgehen müssen die Abstände so aufsummiert werden, dass der angegebene Wert (mm) dem minimalen Abstand des Tumors zum endgültigen Wundhöhlenrand entspricht. Dabei sind die Nachresektate ohne histologisch nachweisbare Tumorreste in die Bestimmung der Sicherheitsabstände (mm) einzubeziehen.
51	Wie viele Nachoperationen an der betroffenen Brust zur Erlangung R0 wurden davon in Ihrer Einrichtung durchgeführt?	<p>Eine Nachoperation ist ein nach einer ersten Operation (Ersteingriff) nötig gewordener weiterer, erneuter operativer Eingriff an dieser Brust (im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust, z. B. Gewebe-Nachresektion im Rahmen einer Nachoperation).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es zählen nur Nachoperationen, die in Ihrer Einrichtung erfolgt sind im Zusammenhang mit der Erkrankung an dieser Brust. • Eine sekundäre Mastektomie zur Erlangung von R0 ist somit als Nachoperation zu werten.

		<ul style="list-style-type: none"> • Alleinige Operationen an den Lymphknoten gelten nicht als Ersteingriff an dieser Brust. <p>R0: Für invasive Karzinome, Mischtumore und DCIS gilt: R0 bedeutet keine Tumorzelle am Resektionsrand. Für DCIS gilt zusätzlich zu R0: mindestens 2 mm Abstand zum Resektionsrand.</p>
59.2	Nicht spezifizierter Entlassungsgrund	Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.

Änderungen in den Einschluss-/Ausschlusskriterien:

- Aufnahme in Einschlussliste MAM_ICD: C44.59
- Entfernung auf Einschlussliste MAM_ICD: C44.5