



**Protokolle zur
elektronischen Dokumentation im
Mammographie-Screening**

- Version 1.0 -

Stand: Juni 2007

Einführung

Die Kooperationsgemeinschaft Mammographie hat die Verpflichtung, die flächendeckende Evaluation sowie die Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen im Rahmen des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms Mammographie-Screening zu gewährleisten.

Grundlegende Voraussetzung hierfür ist eine einheitliche und vollständige Dokumentation, weshalb auch explizit eine EDV-gestützte Dokumentation und Abrechnung in der Anlage 9.2 des BMV-Ä / EKV, § 32 Abs. 2 gefordert wird.

Zur Sicherstellung der einheitlichen Dokumentation veröffentlicht die Kooperationsgemeinschaft auf Basis der Regelungen zum Mammographie-Screening-Programm und nach Abstimmung mit den an der Evaluation und Qualitätssicherung beteiligten Stellen den folgenden aktuellen Stand der Spezifikationen zur elektronischen Dokumentation im Mammographie-Screening.

Anlage 1) Eine tabellarische Spezifikation der zu erfassenden Datenfelder

Die tabellarische Übersicht enthält die Menge aller Daten, welche im Rahmen der elektronischen Dokumentation gemäß den Vorgaben der Krebsfrüherkennungsrichtlinien (KFU) sowie der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV zum Zweck der medizinischen Dokumentation und Evaluation in der Zentralen Stelle bzw. der Screening-Einheit zu erfassen sind.

Dabei wird im Kopf der Tabelle zwischen der konzeptionellen Ebene (links), und der technischen Ebene (rechts) unterschieden. Die konzeptionelle Ebene benennt die Datenelemente (Spalten *Datensatz*; *Parametername*) und stellt die Erforderlichkeit deren Erfassung nach Wortlaut der Richtlinien (Spalte *Referenz*) bzw. aus anderen programmimmanenten Gründen (Spalte *Begründung*) dar. Die Erfassungsebene (Zugehörigkeit der Daten zum selben Datensatz) wird in Form einer einfachen Hierarchie dargestellt (Spalte *Pro*) und kennzeichnet die Zugehörigkeit und Unter- bzw. Überordnung der durch die dokumentierten Daten beschriebenen Entitäten (Informationsobjekte). Außerdem wird hier der Zeitpunkt und Ort der Erfassung spezifiziert, sowie die Verantwortlichkeit für die Vollständigkeit und Korrektheit der dokumentierten Daten angegeben. (Spalte *Verantw.*)

Die technische Ebene präzisiert und standardisiert die Erfassung der einzelnen Datenelemente durch konkrete Beschreibung von Datenfeldern. Hierbei sind oftmals mehrere Datenfelder zur vollständigen standardisierten Erfassung eines Datenelementes notwendig.

Auf der technischen Ebene wird angegeben, durch wen (Benutzer) oder was (Software) ggf. die Eingabe eines Wertes erfolgt und ob die Erfassung des jeweiligen Feldwertes in jedem Fall Pflicht (Doku.-Pflicht = „ja“) bzw. in Abhängigkeit von anderen Feldwerten bedingt verpflichtend (Doku.-Pflicht = „bed.“; Bedingung) ist.

Ferner wird für die Implementierung in das Dokumentationssystem vorgegeben, ob eine Implementierung des Datenfeldes von den Anbietern vorgesehen werden muss, bzw. ob diese Implementierung Exakt so wie spezifiziert (Art = E), abhängig von externen Schnittstellen bereits etablierter Datenverarbeitungsprozesse (Art = A) oder nach Belieben (Art = B) umgesetzt werden muss.

Bei der Umsetzung dieser Spezifikationen sind folgende Prinzipien zu beachten:

Minimalanforderung:

Die aufgelisteten Datenelemente bilden eine Zusammenstellung aus den in den Richtlinien geforderten, bzw. nach Maßgabe der Richtlinien für die Evaluation benötigten, sowie weiterer für die medizinische Dokumentation und die Organisation des Screening-Betriebs benötigter Daten. Überflüssige Doppeldokumentationen in verschiedenen Systemen, die den organisatorischen Aufwand erhöhen, sollen vermieden werden. Daher soll die Software nicht nur als reine Dokumentationsplattform sondern zugleich als Hilfs- und Arbeitsmittel zur Planung und Kontrolle der Arbeit in den Untereinheiten der Screening-Einheit dienen. Aus diesem Grund beschränken sich die Muss-Anforderungen auf die Notwendigkeiten im Rahmen der Programmrichtlinien. Darüber hinaus enthalten die Spezifikationen aber weitere Empfehlungen deren Umsetzung nicht verpflichtend ist, die aber eine nützliche Erweiterung des Funktionsumfangs darstellen. Natürlich steht es den Anbietern frei, darüber hinaus erforderliche oder von den Benutzern gewünschte Funktionen zu implementieren, solange kein Verstoß gegen die Spezifikationen vorliegt.

Umsetzungsfreiheit:

Die Spezifikation erhebt keinen Anspruch auf eine exakte Umsetzung auf Datenbankebene, da dies einen gravierenden Eingriff in die bereits bestehenden Datenbankstrukturen und Datenverarbeitungsprozesse der Softwaresysteme darstellen und mit einem nicht unerheblichen und ungerechtfertigten Zeit- und Kostenaufwand verbunden wäre, der insbesondere zu einer weiteren Verzögerung der Anpassung der Dokumentation führen würde.

Daher wurde bewusst auf eine exakte Beschreibung einer Datenbankstruktur oder Festlegung auf bestimmte Standards (z.B. Oracle) verzichtet. Auch die Feldspezifikationen und die zu dokumentierenden Werte müssen nicht exakt in der beschriebenen Art und Weise physisch beim Betreiber der Datenbank gespeichert werden. Wichtiger als die Frage, WIE, ist vor allem, DASS die spezifizierten Datenwerte in geeigneter Weise in den entsprechenden Datenbanken erfasst werden und die Umsetzung der Vorgaben vor allem auf Anwenderbe-

ne eindeutig erkennbar ist, die Wertbezeichnungen stellen dabei eine Empfehlung auf Anwenderseite dar, unabhängig vom entsprechenden Datenwert in der Datenbank.

Die beschriebenen Datenelemente und Feldbezeichnung dienen als Grundlage für Auswertungen im Rahmen der Evaluation. Hierzu werden zeitnah ebenfalls von der Kooperationsgemeinschaft entsprechende Vorgaben veröffentlicht, in welcher Art und Weise entsprechende Evaluationsparameter zu berechnen sind.

Anlage 2) Ein Prozessablaufdiagramm (Screening-Workflow)

Das Ablaufdiagramm stellt den Verlauf und die Reihenfolge der einzelnen Dokumentations-schritte eines Screening-Falls in Abhängigkeit von der bisherigen Dokumentation schematisch dar und dient der Verdeutlichung der Screening-Prozesse.

Hierbei wird Bezug auf die in der tabellarischen Übersicht beschriebenen Datenelemente genommen, um Plausibilitäten und Abhängigkeiten zwischen einzelnen Datenelementen und -prozessen zu erläutern.

Änderungen der Normen zum Mammographie-Screening-Programm, Interpretationsbeschlüsse zu deren aktuellem Wortlaut, aber auch weitere rahmenrechtliche Änderungen auf Landes- oder Bundesebene können es erforderlich machen, Teile dieser Spezifikation den rechtlichen Gegebenheiten anzupassen. Die Kooperationsgemeinschaft informiert die für die Dokumentation im Mammographie-Screening verantwortlichen Stellen rechtzeitig über entsprechende Änderungen.

Liste der verwendeten Abkürzungen

Abkl.: Abklärung
AE: Abklärungseinheit
AR: Abrechnung
BA: Biopsie-Arzt (Arzt, welcher im Rahmen der Abklärung Biopsien auf Veranlassung des PVA durchführen darf)
Bef.: Befunder
BMV: Bundesmantelvertrag Anlage 9.2
Dok: Dokumentator
ESc: Erst-Screening
FK: Fallkonferenz
FSc: Folge-Screening
gBA: gemeinsamer Bundesausschuss
Int.-Ca.: Intervallkarzinom
KFU: Krebsfrüherkennungsrichtlinien Abschnitt B. Nr. 4
KH: Krankenhaus (oder auch andere Einrichtung, an welcher die Pathologische Untersuchung vorgenommen wird)
KHA: Krankenhausarzt
KK: Konsensuskonferenz
KN: Kontrollnummer(n)
KR: Krebsregister
KVK: Krankenversichertenkarte
md: multidisziplinär
MDL: Meldedatenlieferung
ME: Mammographie-Einheit
MR: Melderegister
Path.: Pathologe
PLZ: Postleitzahl
PVA: Programmverantwortlicher Arzt
rad. FK: radiologische Fachkraft
Rez.: Rezeption/Anmeldung in ME
RP: Referenzpathologe
Rückm.: Rückmeldung der Frau, der Screening-Einheit oder des betreuenden Arztes
RZ: Referenzzentrum
SE: Screening-Einheit
SV: Supervision
SW: Software
Teiln.: Teilnahme
TermV: Terminvergabe
Versch.: Verschiebung
ZS: Zentrale Stelle



Anlage 1

- tabellarische Übersicht der zu
dokumentierenden
Mammographie-Screening-Daten -

Stand: Juni 2007

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)											
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit		Erfassung				Erfassung			Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
				Referenz	Begründung	Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwort.	Erfasst	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art							Feldname (Vorschlag)
1	1	Melddaten	Vornamen	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] VORNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Vorname der Frau Bei mehreren Vornamen sind diese durch ein Leerzeichen zu trennen	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen - Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID) - Bildung der Kontrollnummern (KN4-KN6, KN16) der Krebsregister
1	2	Melddaten	Familienname	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] NAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Familienname der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen - Bildung der Kontrollnummern (KN1-KN3, KN15) der Krebsregister
1	3	Melddaten	Titel		Erforderlich für Krebsregister-Abgleich	Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] TITEL	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise und Interpunktionszeichen)	Freitext	Titel der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen - Bildung der Kontrollnummern (KN19, KN20) der Krebsregister
1	4	Melddaten	frühere Familiennamen	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] FRUEH_NAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	anderer früherer Name der Frau, wenn verschieden vom Familiennamen und vom Geburtsnamen (z.B. Ehename einer früheren Ehe) Bei mehreren früheren Namen sind diese durch ein Leerzeichen zu trennen	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Kontrollnummern (KN10-KN12, KN18) der Krebsregister
1	5	Melddaten	Geburtsname	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] GEBURTSNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsname der Frau, wenn verschieden von Familiennamen	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID) - Bildung der Kontrollnummern (KN7-KN9, KN17) der Krebsregister
1	6	Melddaten	Geburtsdatum	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] GEBURTSDATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsdatum der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID) - Geburtstag für Bildung der Kontrollnummern (KN13) der Krebsregister
1	7	Melddaten	Geburtsort	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] GEBURTSORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsort der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID)
1	8	Melddaten	Straße	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] STRASSE	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Name der Straße des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen
1	9	Melddaten	Hausnummer	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] HAUSNR	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Hausnummer des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen
1	10	Melddaten	PLZ	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] PLZ	gültige 5-stellig PLZ des Bundesgebietes	Freitext	PLZ des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht (PLZ erforderlich für KR-Abgleich)	- Versand der Einladungen
1	11	Melddaten	Ort	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] ORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Ortsname des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht (Ort erforderlich für KR-Abgleich)	- Versand der Einladungen
1	12	Melddaten	Zusatz zu Anschrift	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] ZUSATZ_ANSCHRIFT		Freitext	Adresszusatz des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)									
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit		Erfassung				Erfassung		Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
				Referenz	Begründung	Pro	Zeitpunkt	Ort	Veranw.	Erfas-ser	Pflicht Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art						Feldname (Vorschlag)
2	1	Identifikation	Screening-ID	KFU d) (3) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja	ja	A	[FRAU] SCR-ID	Freitext	aus den Meldedaten generiertes Pseudonym (nicht reidentifizierbar) zur lebenslangen eindeutigen Identifizierung der Frau im Mammographie-Screening (noch Bundes einheitlich festzulegen)	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME, GEBURTSNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSORT bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	- Abgleich der Meldedatensätze - Übermittlung an Screening-Einheit im Rahmen der Einladungen
2	2	Identifikation	Kontrollnummer(n) der Krebsregister (KN)	KFU d) (3) BMV Anh 9 (I.1) BMV Anh 9 (IV.2)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja	ja	A	[FRAU] KN1	Freitext	Kontrollnummer - Nachname, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN2	Freitext	Kontrollnummer - Nachname, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN3	Freitext	Kontrollnummer - Nachname, 3. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN4	Freitext	Kontrollnummer - Vorname, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN5	Freitext	Kontrollnummer - Vorname, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN6	Freitext	Kontrollnummer - Vorname, 3. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN7	Freitext	Kontrollnummer - Geburtsname, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN8	Freitext	Kontrollnummer - Geburtsname, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN9	Freitext	Kontrollnummer - Geburtsname, 3. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN10	Freitext	Kontrollnummer - früherer Name, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN11	Freitext	Kontrollnummer - früherer Name, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN12	Freitext	Kontrollnummer - früherer Name, 3. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN13	Freitext	Kontrollnummer - Geburtstag	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN14	Freitext	Kontrollnummer - DDR Namenscode	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME, NAME, GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN15	Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter Nachname	E.: Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN16	Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter Vorname	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN17	Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter Geburtsname	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN18	Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter früherer Name	E.: Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN19	Freitext	Kontrollnummer - Titel, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] TITEL bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN20	Freitext	Kontrollnummer - Titel, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] TITEL bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN21	Freitext	Kontrollnummer - Baden-Württembergischer Schlüssel, 1	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME, GEBURTSNAME, GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja	ja	A	[FRAU] KN22	Freitext	Kontrollnummer - Baden-Württembergischer Schlüssel, 2	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME, NAME, GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																							
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Erforderlichkeit	Begründung	Erfassung				Implement.				Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung								
							Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht						Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich					
<p>Frau</p> <p>Pro Frau können mehrere Einladungen dokumentiert werden: Jede anspruchsberechtigte Frau wird regelmäßig alle 2 Jahre zum Screening eingeladen, sofern kein dauerhafter Ausschluss z.B. aufgrund einer Ablehnung des Programms besteht. Die erste Einladung kann automatisch nach erstmaliger Lieferung der Daten vom Meldeamt oder auf Eigeninitiative der Frau erfolgen. In jedem Fall ist der vergebene Termin durch die Zentrale Stelle zu erfassen. Die regelmäßige Folgeeinladung erfolgt i.d.R. automatisch zwischen dem 22. und 26. Monat nach der letzten Teilnahme, bzw. (bei Nicht-Teilnahme) nach der letzten Einladung (Erster Termin, nicht Erinnerung). Frauen, für die ein befristeter Ausschluss erfasst wurde (normalerweise wegen einer früheren Mammographie vor weniger als 12 Monaten) werden unmittelbar nach Ablauf der Ausschlussfrist wieder schriftlich eingeladen. Frauen mit unbefristetem Ausschluss (normalerweise weil sie die Teilnahme am Programm abgelehnt haben) werden nicht wieder eingeladen.</p>							3	1	Einladungs- und Teilnahme-daten	Einladung / erster Termin	KFU d) (1) BMV Anh 9 (I.1)	erforderlich für die Auswertung und fristgerechte Wiedereinladung	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	ja	ja	E	[EINLADUNG] ERSTER_TERMIN	(i. d. R. 22-26 Monate nach Teilnahme bzw. letzter Einladung (erster Termin) bei Nicht-Teilnahme)	Datum (TT.MM.JJJJ)	In der Einladung / bei Selbsteinladung angebotener erster Termin. Verschiebungen, verspätete Teilnahmen oder Erinnerungen gelten nicht als neue Einladungen, sondern werden unter LETZTER_TERMIN gespeichert. Nur bei Verschiebung über 22 oder mehr Monate bzw. bei Wiedereinladung nach einem befristeten Ausschluss ist von einer neuen Einladung mit neuem ersten Termin auszugehen.	E.: Generierung bei Terminvergabe per Einladung automatisch, bei Selbsteinladung manuell	dauerhaft	- Generierung der Einladungslisten - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die nächste Einladung bei Nichtteilnahme ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein")
3	2	Einladungs- und Teilnahme-daten	Terminart (erster Termin)		erforderlich für Auswertung und fristgerechte Wiedereinladung	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	ja	ja	E	[EINLADUNG] EINLADUNG	"Automatisch" "Selbsteinladung"	Fixtext (2 Auspräg.)	Art des vergebenen ersten Termins der indiv. Screening-Runde	E.: Generierung bei Terminvergabe (autom. Einladung, Selbsteinladung)	dauerhaft	- Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten							
3	3	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ort der Untersuchung	KFU d) (1) BMV Anh 9 (I.1)	erforderlich für Auswertung und fristgerechte Wiedereinladung	Einladung	TermV / Versch.	ZS	ZS	SW / ZS	ja	ja	A	[EINLADUNG] ME		Freitext	In der Einladung / Selbsteinladung angegebene ME (bei Nicht-Teilnahme) bzw. ME der Untersuchung	E.: Generierung bei Terminvergabe (Einladung, Selbsteinladung) oder Import der Teilnehmerlisten von den Screening-Einheiten	dauerhaft								
3	4	Einladungs- und Teilnahme-daten	Alter		erforderlich für Altersgruppenbestimmung bei Auswertung von Einladungs- und Teilnahmeverhalten	Einladung	1. MDL / TermV	ZS	ZS	SW	ja	ja	E	[EINLADUNG] ALTER	[≥ 48; ≤ 71]	Ganzzahl	Alter der Frau in Lebensjahren zum Beginn ihrer individuellen Screening-Runde (es sollten auch Werte außerhalb des angegebenen Wertebereichs zulässig sein)	E.: autom. Generierung bei Einladung/Selbsteinladung B.: [EINLADUNG] BEGINN - [FRAU] GEBURTSDATUM	dauerhaft	- Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten							
3	5	Einladungs- und Teilnahme-daten	Erinnerung		erforderlich für Auswertung der Erinnerung	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	ja	ja	E	[EINLADUNG] ERINNERUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Einmalige Generierung einer Erinnerung während der Screening-Runde nach Nichtteilnahme	E.: Generierung bei Terminvergabe (Erinnerung) V.: "nein"	dauerhaft	- Generierung der Erinnerungen - Auswertung des Teilnahmeverhaltens nach Erinnerung							
3	6	Einladungs- und Teilnahme-daten	Verschiebung		erforderlich für Auswertung der Teilnahme nach Verschiebung	Einladung	Versch.	ZS	ZS	SW	ja	ja	E	[EINLADUNG] VERSCHIEBUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	ein- oder mehrmalige Verschiebung des vergebenen Termins durch die Frau	E.: Generierung bei Terminvergabe (Verschiebung) V.: "nein"	dauerhaft	- Auswertung des Teilnahmeverhaltens nach Verschiebung							
3	7	Einladungs- und Teilnahme-daten	Teilnahme	KFU d) (6) KFU d) (5)		Einladung	Teiln.	ZS	ZS	SW	ja	ja	E	[EINLADUNG] TEILNAHME	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Kennzeichnung der Teilnahme der Frau	E.: Aktualisierung bei Import der Teilnehmerlisten V.: "nein"	dauerhaft	- Auswertung des Teilnahmeverhaltens							
3	8	Einladungs- und Teilnahme-daten	letzter Termin / Teilnahmedatum	KFU d) (7) BMV Anh 9 (I.1)	erforderlich für kurzfristige Auswertungen der Teilnahme	Einladung	TermV / Versch. / Teiln.	ZS	ZS	SW / ZS	bed.	sofern verschieden vom ersten Termin	ja	E	[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN	> [EINLADUNG] BEGINN < [EINLADUNG] BEGINN + 22 Monate	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Teilnahme oder zuletzt verbogener Termin (bei Erinnerung, Verschiebung, verspätete Teilnahme) sofern abweichend, vom ersten Termin der Screening-Runde	E.: Generierung bei Terminvergabe (Erinnerung, Verschiebung, verspätete Teilnahme), ggf. Aktualisierung bei Import der Teilnehmerlisten von den Screening-Einheiten	dauerhaft	- Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die Einladung (nächste Runde) bei Teilnahme ([EINLADUNG] TEILNAHME = "ja")						
<p>Frau</p> <p>Pro Frau können mehrere Ausschlussfristen erfasst werden. Frauen, die zeitweilig nicht anspruchsberechtigt sind (z.B. wegen einer Mammographie vor weniger als 12 Monaten) erhalten eine zeitlich begrenzten Ausschluss bis zum Wiedereintritt in die Anspruchsberechtigung und werden nach Ende des Ausschlusses erneut schriftlich eingeladen. Frauen, die gegenüber der Zentralen Stelle erklärt haben, nicht am Screening teilzunehmen, erhalten einen unbefristeten Ausschluss und werden nicht mehr eingeladen. Ein dokumentierter Ausschluss kann auf Wunsch der betroffenen Frau jederzeit wieder zurückgenommen werden.</p>							3	9	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ausschlussfrist (Beginn)	KFU d) (7) BMV Anh 9 (I.2)		Ausschluss	Rückm.	ZS	ZS	ZS	ja	ja	E	[AUSSCHLUSS] DATUM_VON		Datum (TT.MM.JJJJ)	Beginn einer vorübergehenden oder dauerhaften Ausschlussfrist aufgrund von Rückmeldung der Frau oder des behandelnden Arztes (z.B. Krebserkrankung, ext. Mammographie vor <12 Monaten, erklärte Ablehnung des Programms)	E.: manuelle Erfassung durch Personal Zentrale Stelle bei entsprechender Rückmeldung V.: aktuelles Datum	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die Einladung - Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten
3	10	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ausschlussfrist (Ende - bei befristetem Ausschluss)	KFU d) (7) BMV Anh 9 (I.2)		Ausschluss	Rückm.	ZS	ZS	ZS	bed.	sofern vorhanden	ja	E	[AUSSCHLUSS] DATUM_BIS	> [AUSSCHLUSS] DATUM_VON	Datum (TT.MM.JJJJ)	Ende der Ausschlussfrist Bei unbegrenztem Ausschluss, enthält das Feld keinen Wert	E.: manuelle Erfassung durch Personal Zentrale Stelle bei entsprechender Rückmeldung	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die Einladung - Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten						

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortung	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Fieldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp				Beschreibung
<p>Frau</p> <p>Vor jeder Screening-Untersuchung müssen die Anamnesedaten der Klientin erhoben werden. Kann aufgrund der Angaben in der Anamnese, welche einen vorübergehenden Ausschluss zur Folge haben (z.B. aufgrund einer Mammographie vor weniger als 12 Monaten), eine Frau momentan nicht am Screening teilnehmen, so ist die Anamnese dennoch zu dokumentieren, auch wenn unmittelbar keine Untersuchung folgt. Die Angaben zum Ausschluss werden in diesem Fall an die Zentrale Stelle zurückgemeldet, welche einen entsprechenden vorübergehenden Ausschluss dokumentiert und die betreffende Frau nach Ende der Ausschlussfrist erneut einlädt. Bei einer neuen Anamneserhebung können die Daten mit Angaben aus der früheren Anamnese vorausgefüllt werden.</p>						Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Erhebung der Anamnesedaten	E.: manuelle Erfassung/Korrektur V.: Vorbelegung mit aktuellem Datum.	dauerhaft	
5	1	Anamnese-daten	Anamnese (Datum und Screening-ID)	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] SCR-ID		Freitext	Screening-ID der Frau	E.: autom. Erfassung/Einlesen (z.B. aus Einladungsliste oder über Barcode-Scanner); ggf. manuelle Erfassung	dauerhaft	- autom. Zuordnung zum Datensatz der Frau
5	2	Anamnese-daten	Vorname	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] VORNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Vorname der Frau Bei mehreren Vornamen sind diese durch ein Leerzeichen zu trennen	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	3	Anamnese-daten	Familienname	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] NAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Familienname der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	4	Anamnese-daten	Geburtsname	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] GEBURTSNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsname der Frau, wenn verschieden von Familienname	E.: manuell	dauerhaft	
5	5	Anamnese-daten	Geburtsdatum	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] GEBURTSDATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsdatum der Frau	E.: Erfassung von der KK-Karte ggf. manuell	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
5	6	Anamnese-daten	Geburtsort	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] GEBURTSORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsort der Frau	E.: manuell	dauerhaft	
5	7	Anamnese-daten	Strasse	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] STRASSE	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Name der Strasse des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	8	Anamnese-daten	Hausnummer	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] HAUSNR	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Hausnummer des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	9	Anamnese-daten	PLZ	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] PLZ	gültige 5-stellige PLZ des Bundesgebietes	Freitext	PLZ des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	10	Anamnese-daten	Ort	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] ORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Ortsname des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	11	Anamnese-daten	Zusatz zu Anschrift	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] ZUSATZ_ANSCHRIFT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise und Interpunktionszeichen)	Freitext	Adresszusatz des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- Mitteilung an Frau
5	12	Anamnese-daten	Krankenkasse	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] KRANKENKASSE	keine Sonderzeichen	Freitext	Name der Krankenkasse der Versicherten (für die Leistungsabrechnung sind noch weitere Daten wie z.B. Versichertennummer und -status sowie IKNr. zu erfassen)	E.: Erfassung von der KK-Karte ggf. manuell	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
5	13	Anamnese-daten	Hausarzt, Benachrichtigung	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] HAUSARZT-INFO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Wunsch der Frau, dass ihrem behandelnden Hausarzt das Screening-Ergebnis schriftlich mitgeteilt wird	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Hausarzt
													ja	B	[ANAMNESE] HAUSARZT_NAME	Form beliebig	Name und Titel des Hausarztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Hausarzt	
													ja	B	[ANAMNESE] HAUSARZT_ADRESSE	Form beliebig	Praxisanschrift des Hausarztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Hausarzt	
5	14	Anamnese-daten	Frauenarzt, Benachrichtigung	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] FRAUENARZT-INFO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Wunsch der Frau, dass ihrem behandelnden Frauenarzt das Screening-Ergebnis schriftlich mitgeteilt wird	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Frauenarzt
													ja	B	[ANAMNESE] FRAUENARZT_NAME	Form beliebig	Name und Titel des Frauenarztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Frauenarzt	
													ja	B	[ANAMNESE] FRAUENARZT_ADRESSE	Form beliebig	Praxisanschrift des Frauenarztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Frauenarzt	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P- Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
					Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortung	Erfasst	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp				Beschreibung
5	15	Anamnese-daten frühere Mammographie	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] FRUEH_MX	"nein" "ja - vor mehr als 12 Monate" "ja - innerhalb der letzten 12 Monate"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob bei der Frau bereits früher eine Mammographie durchgeführt wurde	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung eines Ausschlusskriteriums an die Zentrale Stelle
										nein		ja	E	[ANAMNESE] FRUEH_MX_DATUM	> aktuelles Datum - 12 Monate	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der früheren Mammographie (nur falls Mammographie innerhalb der letzten 12 Monate)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Mitteilung eines Ausschlusskriteriums an die Zentrale Stelle
										nein		ja	B	[ANAMNESE] FRUEH_MX_ARZT	Form beliebig		Name und Titel des mammogr. Arztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	B	[ANAMNESE] FRUEH_MX_ARZTADRESSE	Form beliebig		Praxisanschrift des mammogr. Arztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
5	16	Anamnese-daten Diagnose Brustkrebs	KFU Anl. V KFU a) (3)		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] BRUSTKREBS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen einer bereits diagnostizierten Brustkrebskrankung (Während der ersten 5 Jahre nach einer Brustkrebskrankung befindet sich eine Frau in der kurativen Nachsorge und hat somit keinen Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung im Rahmen des Screening)	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung einer Ausschlussfrist von 5 Jahren (ab Diagnose) an die Zentrale Stelle
										nein		ja	E	[ANAMNESE] BRUSTKREBS-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der Diagnosestellung der Brustkrebskrankung	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- ggf. Mitteilung eines Ausschlusskriteriums an die Zentrale Stelle
5	17	Anamnese-daten Brustoperation	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] OP	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation(en) an einer oder beiden Brüsten	E.: manuelle Erfassung (V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-ENTFERNUNG	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation zur Entfernung einer oder beider Brüste	E.: manuelle Erfassung (V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-ENTFERNUNG-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der (ggf. letzten) Operation zur Entfernung der Brust	E.: manuelle Erfassung (V.: Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-IMPLANTAT	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation zum Einsetzen von Brustimplantanten	E.: manuelle Erfassung (V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-IMPLANTAT-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der (ggf. letzten) Operation zum Einsetzen der Brustimplantate	E.: manuelle Erfassung (V.: Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-REDUKTION	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation zur Verkleinerung einer oder beider Brüste	E.: manuelle Erfassung (V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-REDUKTION-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der (ggf. letzten) Operation zur Verkleinerung der Brust	E.: manuelle Erfassung (V.: Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-ANDERE	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Weitere bei der Frau durchgeführte Operation(en) an einer oder beiden Brüsten (keine der vorgenannten Klassifikationen)	E.: manuelle Erfassung (V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	B	[ANAMNESE] OP-ANDERE-SPEZ		Freitext	Beschreibung des weiteren operativen Eingriffs	E.: manuelle Erfassung (V.: Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-ANDERE-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der (ggf. letzten) sonstigen Operation	E.: manuelle Erfassung (V.: Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
5	18	Anamnese-daten Gegenwärtige Brustbeschwerden	KFU Anl. V KFU a) (3)		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorhandensein von Brustkrebsbeschwerden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- ggf. Anzeige bzw. Kennlichmachung von dokumentierten Brustbeschwerden
										nein		ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-KNOTEN	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "lastbaren Knoten"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-DELLE	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "Dellen oder Verhärtungen der Haut"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-FORM	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "äußerlich sichtbare Verformungen"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-HAUTV	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "Hautveränderungen oder Einziehung der Brustwarze"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-SEKRET	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "Blutungen oder anderen flüssige Absonderungen aus der Brustwarze"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
										nein		ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-ANDERE	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von anderen Brustbeschwerden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
										nein		ja	B	[ANAMNESE] SYMPTOM-ANDERE-SPEZ		Freitext	Beschreibung anderer Brustbeschwerden und zusätzliche Angaben (z.B. seit wann, bereits abgeklärt, Änderungen, etc.)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Fieldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp				
5	19	Anamnese-daten	Abbruch durch Frau		erforderlich für Abschluss der Untersuchung	Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / rad. FK	ja	ja	E	[ANAMNESE] ABRUCH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Abbruch der Klientin (trotz Anspruchsberechtigung) vor Beginn der Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung	
											nein	ja	B	[ANAMNESE] ABRUCH_Grund		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung	
Pro Frau können im Verlauf ihres Lebens mehrere Screening-Untersuchungen erfasst werden Eine Screening-Untersuchung wird erfasst, sobald die Erstellung der Screening-Aufnahmen erfolgt. Eine Untersuchung gilt als beendet, sobald der Fall als unauffällig eingestuft wurde (Doppelbefund ggf. mit Supervision oder Ergebnis der Konsensuskonferenz oder Ergebnis der Gesamteinschätzung der bildgebenden Abklärung oder Ergebnis der präoperativen Fallkonferenz), eine Kontrolluntersuchung empfohlen wurde (in der Gesamteinschätzung der Bildgebung oder in der präoperativen Fallkonferenz) bzw. ein Abbruch oder eine postoperative Fallkonferenz dokumentiert wurde.																					
6	1	Erstellung Mammographie	Untersuchung (Screening-ID & Datum der Erstellung)	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / rad. FK	ja	ja	E	[ERSTELLUNG] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Erstellung der Screening-Mammographie-Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung/Korrektur V.: aktuelles Datum	dauerhaft	- Auswertungen der Untersuchungsergebnisse (Eingrenzung des Betrachtungszeitraums) - Bildung der Untersuchungs-ID - Fristen-Berechnung	
										SW / rad. FK	ja	ja	E	[ERSTELLUNG] SCR-ID		Freitext	Screening-ID der untersuchten Frau	E.: manuelle Erfassung V.: autom. Import/Einlesen (z.B. aus Einladungsliste oder über Barcode-Scanner)	dauerhaft	- autom. Zuordnung der Untersuchung zur jeweiligen Frau (Identifikation der Frau im Verlauf der Untersuchung) - Bildung der Untersuchungs-ID	
6	2	Erstellung Mammographie	Person	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / rad. FK	ja	ja	A	[ERSTELLUNG] NAME, VORNAME, (GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE)		Freitexte	Vorname, Nachname (ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, falls Abrechnung über die Dokumentationssoftware)	E.: manuell bzw. durch Einlesen der Krankenversichertenkarte V.: Übernahme aus Anamnese wenn bereits elektronisch erfasst	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten	
6	3	Erstellung Mammographie	Untersuchungs-ID		erforderlich für Bezug der einzelnen Teil-Untersuchungen zueinander	Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	SW	SW	ja	ja	A	[ERSTELLUNG] UNTERSUCHUNGID		Freitext	Eindeutige Kennung der Screening-Untersuchung (Bezugswert für weitergehende Untersuchungen)	E.: autom. Generierung auf Basis von Datum und Screening-ID	dauerhaft	- Untersuchungsbezogene Auswertungen (Identifikation der Untersuchung innerhalb der einzelnen Untersuchungsschritte)	
6	4	Erstellung Mammographie	Arztnummer (PVA)	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / rad. FK	ja	ja	B	[ERSTELLUNG] ARZTID		Freitext	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	E.: manuelle Erfassung V.: festgelegt durch systemimmanente Relation zwischen Dokumentator (rad. FK) und verantwortl. PVA	dauerhaft	- Arztbezogene Auswertungen (z.B. Statistiken für PVA) - ggf. Mitteilung an Frau, Hausarzt, Frauenarzt	
6	5	Erstellung Mammographie	Kennung der radiologischen Fachkraft	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / rad. FK	ja	ja	B	[ERSTELLUNG] RAD_FACHKRAFT-ID		String fester Länge	eindeutige systemweite Kennung der radiologischen Fachkraft, welche die Scr.-Untersuchung vornimmt	E.: manuelle Korrektur V.: automatisch erfassen durch Kennung des angemeldeten Benutzers (rad. FK)	dauerhaft	- Auswertung der diagnostischen Bildqualität (je rad. Fachkraft)	
6	6	Erstellung Mammographie	Voraufnahmen	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja	ja	E	[ERSTELLUNG] VORAUFNAHMEN	"Hinzugezogen" "Nicht hinzugezogen"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hinzuziehung von Voraufnahmen aus einer früheren Screening-Untersuchung. Das System muss das Vorhandensein von Screening-Voraufnahmen kenntlich machen!	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
										bed.	falls Voraufnahmen aus früherer Untersuchung nicht hinzugezogen	ja	B	[ERSTELLUNG] GRUND_KEINE_VORAUFN		Freitext	Begründung, wenn die Voraufnahmen nicht hinzugezogen wurden (Angabe nur Pflicht, wenn bereits eine frühere Screening-Untersuchung stattgefunden hat)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
Es können mehr klinische Auffälligkeiten pro Screening-Untersuchung erfasst werden																					
6	7	Erstellung Mammographie	Klinische Auffälligkeiten	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Auffällig.	ME	PVA	SW	ja	ja	E	[AUFFAELLIGKEIT] UNTERSUCHUNGID		Freitext	Kennung der Untersuchung, bei der die Auffälligkeit entdeckt wurde	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- autom. Zuordnung zu der Untersuchung (Anzeige, Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)	
										rad. FK	ja	ja	E	[AUFFAELLIGKEIT] ART	"Narbe(n)" "Muttermale/Warze(n)" "Zustand nach Mastektomie" "sonstige Auffälligkeiten"	Fixtext (4 Auspräg.)	Art der klinischen Auffälligkeit	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Falls eine klinische Auffälligkeit dokumentiert wurde, ist diese bei der Befundung anzugeben bzw. kenntlich zu machen, dass eine klinische Auffälligkeit vorliegt	
										rad. FK	ja	ja	E	[AUFFAELLIGKEIT] SEITE	"rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (3 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der klinischen Auffälligkeit	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
										rad. FK	nein	ja	E	[AUFFAELLIGKEIT] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillar"	Fixtext (13 Auspräg.)	falls möglich Lokalisation der klinischen Auffälligkeit im Uhrzeitschema	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
										rad. FK	bed.	falls es sich um eine "sonstige Auffälligkeit" handelt	ja	B	[AUFFAELLIGKEIT] SPEZIFIKATION		Freitext	genauere Spezifikation der klinischen Auffälligkeit und zusätzliche Angaben	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
6	8	Erstellung Mammographie	Zusatzaufnahmen: anatomische Gründe	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja	ja	E	[ERSTELLUNG] ZUSATZAUFNAHME	"Zusatzaufnahmen nicht notwendig" "Zusatzaufnahmen aus anatomischen Gründen angezeigt" "Zusatzaufnahmen aus anatomischen Gründen angezeigt und durchgeführt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Grund der Notwendigkeit zur Erstellung weiterer Aufnahmen zusätzlich zu den Screening-Aufnahmen aus anatomischen Gründen	E.: manuell V.: "Zusatzaufnahmen nicht notwendig"	dauerhaft	- ggf. Plausibilitätsprüfung bei Dokumentation der erstellten Aufnahmen	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung				Speicherung	autom. Verarbeitung		
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung			Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	
Pro Screening-Untersuchung sind standardmäßig vier Screening-Aufnahmen, sowie ggf. Wiederholungs- und Zusatzaufnahmen zu erfassen																					
6	9	Erstellung Mammographie	erstellte Aufnahmen	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	ME	PVA	SW	ja		ja	E	[AUFNAHME] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis der Untersuchung, bei der die Aufnahme erstellt wurde	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- autom. Zuordnung zu der Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)	
										ja		ja	E	[AUFNAHME] NUMMER	>0	Ganzzahl	fortlaufende Nr. der Aufnahmen, die während einer Screening-Untersuchung erstellt wurden (Bei jeder Untersuchung beginnend mit 1)	E.: autom. Generierung einer fortlaufenden Nr.	dauerhaft		
6	10	Erstellung Mammographie	erstellte Aufnahmen - Unterscheidung Screening-Aufnahmen & Zusatzaufnahmen		erforderlich für die korrekte Berechnung des Anteils der wiederholten Screening-Aufnahmen aufgrund technischer Einschränkungen in der Bildqualität	Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[AUFNAHME] ART	"Screening-Aufnahme cc" "Screening-Aufnahme ml" "Zusatzaufnahme aus anatomischen Gründen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Art der erstellten Aufnahme (Wiederholungsaufnahmen sind als Screening-Aufnahmen zu dokumentieren (Liegen zwei Screening-Aufnahmen derselben Seite und Ebene vor, wird eine als Wiederholungsaufnahme gerechnet)	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. automatische Erfassung bei digitalem Gerät	dauerhaft	- Plausibilitätsprüfung bei Dokumentation der erstellten Aufnahmen - Auswertung der Bildwiederholungsrate
										bed.	falls es sich um Zusatzaufnahme aus anatomischen Gründen handelt	ja	B	[AUFNAHME] SPEZIFIKATION		Freitext	genauere Spezifikation zu Technik und Grund der erstellten Zusatzaufnahme (z.B. Spez. der anatomischen Einschränkung)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
										ja		ja	E	[AUFNAHME] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisation der Aufnahme	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. automatische Erfassung bei digitalem Gerät	dauerhaft	- Auswertung der Bildwiederholungsrate	
6	11	Erstellung Mammographie	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	BMV Anh 3.9. BMV Anh 4.1.		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[AUFNAHME] MAENDEL	"keine Einschränkungen" "Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität festgestellt, Bildwiederholung angezeigt" "Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität festgestellt, Bildwiederholung angezeigt & durchgeführt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Feststellung von Einschränkungen bzw. Mängeln in der diagnostischen Bildqualität und ggf. Information über eine Wiederholung der Aufnahme	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Einschränkungen"		- Auswertung der Bildwiederholungsrate - Plausibilitätsprüfung bei Dokumentation der erstellten Aufnahmen
					erforderlich für die korrekte Berechnung der Bildwiederholungsrate wegen technischer Mängel und die Selbstüberprüfung der diagnostischen Bildqualität					bed.	falls Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität festgestellt wurden	ja	E	[AUFNAHME] MAENDEL_URSACHE	"technische Qualitätsmängel" "anatomische Einschränkungen" "mangelnde Kooperation der Frau"	Fixtext (3 Auspräg.)	Ursachen für Einschränkungen in der diagn. Bildqualität (liegen mehrere Ursachen für Mängel vor, so sind die gravierendsten Ursachen zu dokumentieren, wobei technische Ursachen Vorrang haben vor anatomischen und dieser vor mangelnder Kooperation)	E.: manuelle Erfassung V.: "technische Qualitätsmängel"	dauerhaft	- Auswertung der Bildwiederholungsrate - Zusatzangabe bei Selbstüberprüfung der diagnostischen Bildqualität	
										nein		ja	B	[AUFNAHME] MAENDEL_SPEZ		Freitext	genauere Spezifikation der Einschränkungen der diagnostischen Bildqualität	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
6	12	Erstellung Mammographie	Röhrenspannung	KFU Anl. VI (1.1)		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[AUFNAHME] ROEHRRENNUNG	>0; <100	Ganzzahl	gemessene Röhrenspannung in kV bei Erstellung (Intervall [22, 45])	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	
6	13	Erstellung Mammographie	Parenchymdosis	KFU Anl. VI (1.1) BMV Anh. 6 (1.8)		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	bed.	falls mittlere Parenchymdosis direkt vom Gerät angegeben wird	ja	E	[AUFNAHME] PARENCHYMODOSIS	0.0 - 3.0	Fließkommazahl	mittlere Parenchymdosis in mGy bei Erstellung (wenn hier keine Eingabe erfolgt, sind die entsprechenden nebenstehenden Berechnung notwendigen Parameter einzugeben)	E./B.: manuelle Erfassung oder Berechnung aus (Einfalldosise & Kompressionsschichtdicke & Anoden-Filtermaterial) oder aus (Kompressionsschichtdicke & Röhrenstrom-Zeit-Produkt & Anoden-Filtermaterial) (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	- Berechnung der mittleren Parenchymdosis
										bed.	falls Parenchymdosis und Röhrenstrom-Zeit-Produkt nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] EINFALDDOSIS	>0	Ganzzahl	Einfalldosise in mGy bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	- Berechnung der mittleren Parenchymdosis	
										bed.	falls Parenchymdosis nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] KOMPR_SCHICHTDICKE	0 - 200	Ganzzahl	Kompressionsschichtdicke in mm bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	- Berechnung der mittleren Parenchymdosis	
										bed.	falls Parenchymdosis nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] ANODENMATERIAL	"Molybdän" "Rhodium" "Wolfram" "Aluminium"	Fixtext (4 Auspräg.)	verwendetes Anodenmaterial bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	- Berechnung der mittleren Parenchymdosis	
										bed.	falls Parenchymdosis nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] FILTERMATERIAL	"Molybdän" "Rhodium" "Wolfram" "Aluminium"	Fixtext (4 Auspräg.)	verwendetes Filtermaterial bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	- Berechnung der mittleren Parenchymdosis	
										bed.	falls Parenchymdosis und Einfalldosise nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] RS-ZEITPRODUKT	0.0 - 400,0	Fließkommazahl	Röhrenstrom-Zeit-Produkt in mAs bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	- Berechnung der mittleren Parenchymdosis	
6	14	Erstellung Mammographie	Gerät		erforderlich für die gerätebezogene Auswertung der Strahlenexposition (siehe auch Abschlussbericht der Modellprojekte)	Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	A	[ERSTELLUNG] GERAETID	Kenntnis aller im System registrierten Geräte	Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis des Gerätes, an welchem die Aufnahmen erstellt werden.	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät oder Voreinstellung bei jeweiliger Mammographie-Einheit)	dauerhaft	
6	15	Erstellung Mammographie	Bemerkungen		erforderlich für Informationsweitergabe	Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	nein		ja	B	[ERSTELLUNG] BEMERKUNG		Freitext	weitere Erläuterungen zur Erstellung der Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																		
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflichtart	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp						
6	16	Erstellung Mammographie	Abbruch durch Frau	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja	ja	E	[ERSTELLUNG] ABRUCH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Abbruch der Klientin während der Erstellung der Screening-Mammographie-Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung		
											nein	ja	B	[ERSTELLUNG] ABRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung - Eingabe Pflicht bei Abbruch	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung		
7	1	Befundung	Befundung	KFU Anl. VI (1.2)		Scr.-Unters.	Pro Screening-Untersuchung sind zwei reguläre unabhängige Befundungen sowie im Fall der Supervision zusätzlich ein Supervisionsbefund durch den PVA zu erfassen. Die Befundung hat unabhängig und unbeeinflusst von jeweils anderen bereits dokumentierten Befunden zu erfolgen. Um diese unabhängige Befundungssituation gewährleisten zu können, darf der Befunder weder vor Eingabe seines Befundes Kenntnis vom Ergebnis bereits dokumentierter Befunde haben, noch unmittelbar danach durch die automatische Anzeige der anderen Befunde beeinflusst werden. Für die ersten 3000 Befunde eines Befunders ist unabhängig vom Ergebnis der Doppelbefundung zwingend ein (primär unabhängiger) Supervisionsbefund durch den PVA einzugeben. Auch wenn keiner der an der Doppelbefundung beteiligten Ärzte mehr unter Supervision steht, sollte es dem PVA bis zum Versand der Mitteilung des Screening-Ergebnisses jederzeit möglich sein, einen zusätzlichen Drittbefund zu dokumentieren auch wenn dies eine Änderung des Ergebnisses der Screening-Untersuchung zur Folge hat. Bei der Eingabe eines Supervisions- / Drittbefundes muss der PVA die Befundung primär unabhängig durchführen können, d.h. ohne Kenntnis der bereits dokumentierten Befunde. Eine automatische Anzeige der anderen Befunde darf daher nicht erfolgen, aber es muss die Möglichkeit bestehen, diese anzeigen zu lassen															
						Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	SW / Bef. / PVA (SV)	ja	ja	E	[BEFUNDUNG] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung der Screening-Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Bezug zur Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)		
											ja	ja	E	[BEFUNDUNG] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der durchgeführten Befundung	E.: manuelle Erfassung/Korrektur V.: aktuelles Datum	dauerhaft	- Abgrenzung von Untersuchungszeitraum - Berechnung von Fristen		
											ja	ja	B	[BEFUNDUNG] ARZTID	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (Befunder)	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des dokumentierenden Befunders / PVA	E.: automatisch über angemeldeten Benutzer	dauerhaft	- Arztbezogene (Befunder) Auswertungen (z.B. PPV, falsch negative im Bezug auf das Ergebnis der Konsensuskonferenz)		
7	2	Befundung	Person	KFU Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	SW	SW	ja	ja	E	[BEFUNDUNG] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, und Screening-ID (werden auf der Befundmaske angezeigt) sowie ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse (sind Abrechnungsrelevant)	E.: keine gesonderte Erfassung (bereits im Rahmen der Erstellung erfasst)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten		
7	3	Befundung	Voraufnahmen	KFU Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja	ja	E	[BEFUNDUNG] VORAUFNAHMEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Wurden Voraufnahmen aus einer früheren Screening-Untersuchung hinzugezogen?	E.: manuelle Erfassung V.: falls frühere Screening-Untersuchung der Frau existiert auf "ja", sonst auf "nein"	dauerhaft			
											bed.	ja	B	[BEFUNDUNG] GRUND_KEINE_VORAUFN		Freitext	Begründung, wenn die Voraufnahmen nicht hinzugezogen wurden Eingabe nur Pflicht, wenn bereits eine frühere Screening-Untersuchung dokumentiert wurde und keine Voraufnahmen hinzugezogen wurden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft			
7	4	Befundung	Supervision	BMV §10 (5) BMV §25 (3) a)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja	ja	E	[BEFUNDUNG] SUPERVISION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich bei der Dokumentierten Befundung um eine Supervision handelt Da der PVA als Befunder an der Doppelbefundung teilnehmen kann, (Konsensuskonferenz und Supervision dann ggf. durch einen anderen PVA erfolgen) ist nicht jeder von einem PVA dok Befund autom. eine Supervision	E.: manuelle Erfassung ggf. Generierung durch das System bei Eingabe über separate Supervisionsmaske	dauerhaft	- Einhaltung der erforderlichen Doppelbefundung durch Befunder (Abgrenzung des zusätzlichen Supervisionsbefunds bei von der Doppelbefundung unabhängiger Eingabe)		
7	5	Befundung	Gewebedichte in ACR Klassifikation		Erfassung sinnvoll für weitergehende Untersuchungen zur Sensitivität bestimmter Bildgebender Verfahren	Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	nein	nein	E	[BEFUNDUNG] GEWEBEDICHTE	"Typ ACR 1" "Typ ACR 2" "Typ ACR 3" "Typ ACR 4"	Fixtext (4 Auspräg.)	Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig): "Typ ACR 1: Die Brust besteht fast vollständig aus lipomatösen Gewebestrukturen" "Typ ACR 2: Es finden sich einzelne fibroglanduläre Verdichtungen." "Typ ACR 3: Das Brustgewebe ist inhomogen dicht. Dadurch kann die Sensitivität der Mammographie verringert sein." "Typ ACR 4: Das Brustgewebe ist extrem dicht. Eine Läsion ist im Mammogramm möglicherweise nicht sichtbar."	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft			
7	6	Befundung	Klinisch auffällig	KFU Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja	ja	E	[BEFUNDUNG] RECALL_KLIN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Wiedereinbestellung aufgrund klinischer Auffälligkeiten (wenn bei der Screening-Untersuchung oder ggf. in der Anamnese klinische Auffälligkeiten festgestellt wurden, sind diese dem Befunder bei der Dokumentation des Befundes automatisch anzuzeigen oder zumindest kenntlich zu machen, dass	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Auswahl der Fälle für die Konsensuskonferenz		

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)						
Befund Pro Befundung kann für jede der erstellten Aufnahmen die Einschränkung bzw. die Empfehlung zur Bildwiederholung dokumentiert werden																					
7	7	Befundung	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	KFU Anl. VI (1.2)		Aufnahme	Bef. / SV	SE	Bef. PVA (SV)	Bef. PVA (SV)	ja		ja	E	[AUFNAHME_BEF] NUMMER	>0	Ganzzahl	fortlaufende Nummer der während der Screening-Untersuchung erstellten Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung (Auswahl aus der Liste der erstellten Screening-Aufnahmen)	dauerhaft	- Bezug zur Screening-Aufnahme
									Bef. PVA (SV)	Bef. PVA (SV)	ja		ja	E	[AUFNAHME_BEF] WIEDERHOLUNG	"keine Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität" "Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität festgestellt - Bildwiederholung nicht notwendig" "Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität festgestellt und Bildwiederholung empfohlen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Feststellung der Einschränkungen der diagnostischen Bildqualität und ggf. Empfehlung zur Wiederholung der Aufnahme	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität"	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Auswahl der Fälle für die Konsensuskonferenz
7	8	Befundung	Befund	KFU Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. PVA (SV)	Bef. PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] ERGEBNIS	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf-Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Auspräg.)	Ergebnis der mammographischen Beurteilung der Screening-Aufnahmen Bei "Auffällig..." ist in jedem Fall mind. eine auffällige Läsion zu dokumentieren (Bei der Angabe "Unauffällig... Gutartig" besteht keine Verpflichtung zur Dokumentation der Läsion)	E.: manuelle Erfassung V.: "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf-Normalbefund"	dauerhaft	- Plausibilitätsprüfung bei der Dokumentation der mammographischen Beurteilung einer Läsion - Untersuchungsabschluss - Auswahl der Fälle für die Konsensuskonferenz
Befund Pro Befundung können mehrere auffällige Läsionen erfasst werden. Es muss mind. eine Läsion dokumentiert werden, falls [BEFUNDUNG] BEFUND="Auffällig und Abklärungsbedarf"																					
7	9	Befundung	Läsion (Lokalisation)	KFU Anl. VI (1.2)		Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. PVA (SV)	Bef. PVA (SV)	ja		ja	E	[BEF_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der mammographisch auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Herstellung des Bezugs zu einer auffälligen Läsion
											ja		ja	E	[BEF_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillar" "nur mlo erkennbar - oben" "nur mlo erkennbar - unten" "nur cc erkennbar - innen" "nur cc erkennbar - außen"	Fixtext (17 Auspräg.)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion Angabe im Urzeitschema oder in der Ebene falls nur in einer Ebene sichtbar	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Herstellung des Bezugs zu einer auffälligen Läsion
7	10	Befundung	Beurteilung der Läsion	KFU Anl. VI (1.2)		Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. PVA (SV)	Bef. PVA (SV)	ja		ja	E	[BEF_LAESION] ERGEBNIS	("Gutartige Läsion") "Läsion unklar, eher benigne" "Läsion unklar, eher maligne" "Läsion sicher maligne"	Fixtext (4 Auspräg.)	mammographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, kann aber zusätzlich vorgesehen werden)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	11	Befundung	Art der Läsion	KFU Anl. VI (1.2)		Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. PVA (SV)	Bef. PVA (SV)	bed.	Falls [BEF_LAESION] ERGEBNIS = ("Läsion unklar, eher benigne" oder "Läsion unklar, eher maligne" oder "Läsion sicher maligne")	ja	E	[BEF_LAESION] HERD	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe ob es sich um einen Herd/eine Verdichtung handelt	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	Ist mindestens eines der Felder mit "ja" zu kennzeichnen.	ja	E	[BEF_LAESION] ARCHITEKTUR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe ob es sich um eine Architekturstörung handelt	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		ja	E	[BEF_LAESION] MIKROKALK	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe ob Mikrokalk vorhanden ist	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	12	Befundung	Erläuterungen			Befund	Bef. / SV	SE	Bef. PVA (SV)	Bef. PVA (SV)	nein		ja	B	[BEF_LAESION] BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zum Befund	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.				Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung				
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Art					Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	
Scr.-Unters. Pro Screening-Untersuchung kann max. eine Konsensuskonferenz erfasst werden. Diese kann nur erfasst werden wenn zuvor mind. zwei Befundungen bzw. zwei Befundungen und ein Supervisionsbefund (falls wenigstens einer der Befunder unter Supervision steht) vorliegen und unter diesen mindestens eine entweder mit auffälligem Befund, Empfehlung zur Bildwiederholung oder klinischer Auffälligkeit.																					
8	1	Konsensus-Konferenz	Konsensus-Konferenz	BMV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	SW	SW	ja		ja	E	[KONSSENSUSKONF] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis der Screening-Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Bezug zur Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahme)
									PVA	SW / PVA	ja		ja	E	[KONSSENSUSKONF] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der durchgeführten Konsensuskonferenz	E.: manuelle Erfassung V.: aktuelles Datum	dauerhaft	- Abgrenzung von Untersuchungszeitraum - Berechnung von Fristen
8	2	Konsensus-Konferenz	Person	BMV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	SW	SW	ja		ja	E	[KONSSENSUSKONF] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID	E.: keine gesonderte Erfassung (bereits im Rahmen der Erstellung erfasst)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
8	3	Konsensus-Konferenz	Verantwortlich leitender PVA (Teilnehmer)	BMV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[KONSSENSUSKONF] ARZTID_PVA	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kenntnis des PVA, der die Konferenz leitet (weitere Teilnehmer werden separat erfasst)	E.: manuelle Erfassung V.: angemeldeter Benutzer	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Konsensuskonferenz
8	4	Konsensus-Konferenz	Voraufnahmen	BMV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KONSSENSUSKONF] VORAUFNAHMEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Wurden Voraufnahmen aus einer früheren Screening-Untersuchung hinzugezogen?	E.: manuelle Erfassung V.: falls frühere Screening-Untersuchung der Frau existiert auf "ja", sonst auf "nein"	dauerhaft	
											bed.	wenn Screening-Vorlauf. hinzugezogen	ja	E	[KONSSENSUSKONF] JAHR_VORAUFN	Kalenderjahr (JJJJ)	Ganzzahl	Jahr der Screening-Untersuchung, bei der die hinzugezogenen Voraufnahmen erstellt wurden, wenn Voraufnahmen hinzugezogen wurden	E.: manuelle Erfassung V.: falls frühere Screening-Untersuchung der Frau existiert, automatische Übernahme des Jahres der letzten Screening-Untersuchung	dauerhaft	
											bed.	wenn Screening-Vorlauf nicht hinzugezogen	ja	B	[KONSSENSUSKONF] GRUND_KEINE_VORAUFN		Freitext	Begründung, wenn Screening-Voraufnahmen nicht hinzugezogen wurden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
8	5	Konsensus-Konferenz	Gewebedichte in ACR Klassifikation		Erfassung sinnvoll für weitergehende Untersuchungen zur Sensitivität bestimmter Bildgebender Verfahren	Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	nein		nein	E	[KONSSENSUSKONF] GEWEBEDICHTE	"Typ ACR 1" "Typ ACR 2" "Typ ACR 3" "Typ ACR 4"	Fixtext (4 Auspräg.)	Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig): "Typ ACR 1: Die Brust besteht fast vollständig aus lipomatösen Gewebestrukturen" "Typ ACR 2: Es finden sich einzelne fibroglanduläre Verdichtungen." "Typ ACR 3: Das Brustgewebe ist inhomogen dicht. Dadurch kann die Sensitivität der Mammographie verringert sein." "Typ ACR 4: Das Brustgewebe ist extrem dicht. Eine Läsion ist im Mammogramm möglicherweise nicht sichtbar."	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
8	6	Konsensus-Konferenz	Klinisch auffällig	BMV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KONSSENSUSKONF] RECALL_KLIN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Wiedereinstellung aufgrund klinischer Auffälligkeiten (wenn bei der Screening-Untersuchung oder ggf. in der Anamnese klinische Auffälligkeiten festgestellt wurden, sind diese bei der Dokumentation der Konsensuskonferenz automatisch anzugeben oder zumindest kenntlich zu machen)	E.: manuelle Erfassung V.: Falls mind. ein [BEFUNDUNG] RECALL_KLIN = "ja", dann "ja", sonst "nein"	dauerhaft	- Auswertung der Wiedereinstellungsrate - Untersuchungsabschluss
Kons.Konf. Pro Konsensuskonferenz kann für jede der erstellten Aufnahmen die Einschränkung bzw. die Empfehlung zur Bildwiederholung dokumentiert werden																					
8	7	Konsensus-Konferenz	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	BMV Anh 1 (1.)		Aufnahme	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[AUFNAHME_KK] NUMMER	>0	Ganzzahl	fortlaufende Nummer der während der Screening-Untersuchung erstellten Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung (Auswahl aus der Liste der erstellten Aufnahmen)	dauerhaft	- Bezug zur Screening-Aufnahme
									PVA	PVA	ja		ja	E	[AUFNAHME_KK] WIEDERHOLUNG	"keine Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität" "Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität festgestellt - Bildwiederholung nicht notwendig" "Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität festgestellt und Bildwiederholung empfohlen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Feststellung der Einschränkungen der diagnostischen Bildqualität und ggf. Empfehlung zur Wiederholung der Aufnahme	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität"	dauerhaft	- Auswertung der Wiedereinstellungsrate - Untersuchungsabschluss
8	8	Konsensus-Konferenz	Befund	BMV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KONSSENSUSKONF] ERGEBNIS	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf-Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf-gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Auspräg.)	Ergebnis der mammographischen Beurteilung der Screening-Aufnahmen Bei "Auffällig..." ist in jedem Fall mind. eine auffällige Läsion zu dokumentieren (Bei der Angabe "Unauffällig...gutartig" besteht keine Verpflichtung zur Dokumentation der Läsion)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Plausibilitätsprüfung bei der Dokumentation der mammographischen Beurteilung einer Läsion - Untersuchungsabschluss - Auswertung der Wiedereinstellungsquote - Auswertung falsch-positiver und falsch-negativer Befunde eines Befunders bezogen auf das Ergebnis der KK

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung					Erfassung			Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Verantwortw.	Erfassungspflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)						Ausprägung / zul. Wertebereich
Kons.Konf. Pro Konsensuskonferenz können mehrere auffällige Läsionen dokumentiert werden, es muss mind. eine Läsion dokumentiert werden, falls [KONSENSUSKONF] BEFUND="Auffällig und Abklärungsbedarf"																					
8	9	Konsensus-Konferenz	Läsion (Lokalisation)	BMV Anh 1 (1.)		Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KK_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der mammographisch auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Bereitstellung der Möglichkeit, die Angaben (Seite, Lokalisation, Ergebnis, Art der Läsion) aus einer in einer Befundung angegebenen Läsion zu übernehmen (und zu aktualisieren)	dauerhaft	
											ja		ja	E	[KK_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär" "nur ml erkennbar - oben" "nur ml erkennbar - unten" "nur cc erkennbar - innen" "nur cc erkennbar - außen"	Fixtext (17 Auspräg.)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion Angabe im Urzeitschema oder in der Ebene falls nur in einer Ebene sichtbar	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
8	10	Konsensus-Konferenz	Beurteilung der Läsion	BMV Anh 1 (1.)		Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KK_LAESION] ERGEBNIS	"Gutartige Läsion" "Läsion unklar, eher benigne" "Läsion unklar, eher maligne" "Läsion sicher maligne"	Fixtext (4 Auspräg.)	mammographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, kann aber zusätzlich vorgesehen werden)	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
8	11	Konsensus-Konferenz	Ausdehnung der Läsion	BMV Anh 1 (1.)		Laesion	KK	SE	PVA	PVA	bed.	Pflicht falls [KK_LAESION] ERGEBNIS = ("Läsion unklar, eher benigne" oder "Läsion unklar, eher maligne" oder "Läsion sicher maligne")	ja	E	[KK_LAESION] AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung der zu dokumentierenden Läsion in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
8	12	Konsensus-Konferenz	Art der Läsion	BMV Anh 1 (1.)		Laesion	KK	SE	PVA	PVA	bed.	Falls [KK_LAESION] ERGEBNIS = ("Läsion unklar, eher benigne" oder "Läsion sicher maligne") muss wenigstens eine Art der Läsion mit ja gekennzeichnet werden	ja	E	[KK_LAESION] HERD	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe ob es sich um einen Herd/eine Verdichtung handelt	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
											bed.		ja	E	[KK_LAESION] ARCHITEKTUR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe ob es sich um eine Architekturstörung handelt	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
											bed.		ja	E	[KK_LAESION] MIKROKALK	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe ob Mikrokalk vorhanden ist	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
Kons.Konf. Pro Konsensuskonferenz werden neben dem verantwortl. PVA, i. d. R. die Ärzte, die an der Beurteilung der Screening-Aufnahmen beteiligt waren, als Teilnehmer dokumentiert																					
8	13	Konsensus-Konferenz	Teilnehmer (außer PVA)	BMV Anh 1 (1.)		Teiln.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[KK_TEILNEHMER] ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer des teilnehmenden Arztes	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Vorbelegung mit den Kennungen der Ärzte, die die Doppelbefundung bzw. Supervision durchgeführt haben zur Auswahl	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Konsensuskonferenz
8	14	Konsensus-Konferenz	Erläuterungen	BMV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	nein		ja	B	[KONSENSUSKONF] BEMERKUNG		Freitext	weitere Erläuterungen im Rahmen der Konsensuskonferenz, die für eine spätere Behandlung dokumentiert werden sollen (auch abweichende Befunde)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
9	1	Befund-Mitteilung Scr.-Mammographie	Befundmitteilung	KFU g) (2) BMV §10 (4)		Scr.-Unters.	nach 2. Bef. / SV od. KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[INFO-SCR] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Mitteilung des Ergebnisses der Screening-Untersuchung an die Frau	E.: autom. Erfassung bei Generierung der Mitteilungen od. manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertungen von Fristen
10	1	Abklärung (allg.)	(erster) angebotener Termin	KFU h) (1) BMV §11 (5)		Scr.-Unters.	nach KK/AE	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[ABKLAERUNG] ERSTER_TERMIN		Datum (TT.MM.JJJJ)	erster der Klientin nach der Mitteilung des Screening-Ergebnisses angebotener Termin zur Abklärungsuntersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. automatisch vom System auf nächsten Abklärungstermin vorbelegt	dauerhaft	- Auswertung von Fristen - Erstellung von Einladung / bzw. PVA-Work-Liste
10	2	Abklärung (allg.)	Abbruch durch Frau		erforderlich für Untersuchungsabschluss	Scr.-Unters.	Rückm.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[ABKLAERUNG] ABRUCH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Abbruch der Klientin noch vor der ersten Abklärungsuntersuchung bzw. Nichterscheinen trotz wiederholter Einladung	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung
											nein		ja	B	[ABKLAERUNG] ABRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit	Referenz	Begründung	Erfassung					Implement.		Erfassung / Berechnung / Vorbelegung					Speicherung	autom. Verarbeitung	
							Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Verfahren	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich			Datentyp
Scr.-Unters. Pro in Konsensuskonferenz auffälliger Screening-Untersuchung muss mind. ein Termin zur klin. & bildgebenden Abklärung erfasst werden, falls die Untersuchung nicht abgebrochen wurde. Im Falle der Durchführung einer Kontrolluntersuchung wird die Untersuchung im Rahmen der Dokumentation einer weiteren Sitzung zur klin. & bildgebenden Abklärung erfasst. Eine Einladung zur Kontrolluntersuchung erfolgt nicht durch die Zentrale Stelle sondern den PVA. Daher ist es wichtig, ihn in geeigneter Weise (z.B. in Form von Arbeitslisten) bei der Organisation der Untersuchungen zur unterstützen. Die Wiedereinladung durch die Zentrale Stelle erfolgt 2 Jahre nach dem Termin der ursprünglichen regulären Untersuchung. Fällige oder durchgeführte Kontrolluntersuchungen werden bei der Berechnung der Teilnahmequote nicht berücksichtigt.																					
11	1	Abklärung (Termin)	Abklärungsuntersuchung (Sitzungstermin mit Frau)	KFU Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] UNTERSUCHUNGID	Freitext oder Ganzzahl	Kennung der Screening-Untersuchung der Frau	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)	
												ja		E	[TERMIN_ABKL] DATUM	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der Abklärungsuntersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: aktuelles Datum	dauerhaft	- Auswertungen von Fristen	
11	2	Abklärung (Termin)	weitere Anamnese	BMV §12 (3) b)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	nein	ja	B	[TERMIN_ABKL] ANAMNESE	Freitext	wichtige weitere Anamneseinfos	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	3	Abklärung (Termin)	Person	KFU Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	A	[TERMIN_ABKL] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID	Freitext	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (Bei jedem Abklärungstermin sollten die Daten aufgrund der Relevanz für die Abrechnung aktualisiert werden.).	E.: Übernahme der Daten aus Erstellung der Mammographie oder letztem Abklärungstermin oder Einlesen der KK-Karte	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten	
11	4	Abklärung (Termin)	Arztkennung	KFU Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	B	[TERMIN_ABKL] ARZTID	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des Arztes, der die Untersuchung durchführt	E.: manuelle Erfassung V.: automatisch über angemeldeten Benutzer	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
11	5	Abklärung (klin. Unters.)	Notwendigkeit einer klin. Untersuchung	KFU Anl.VI (2.1)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_UNTERSUCHUNG	"Untersuchung durchgeführt" "Untersuchung vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt" "Untersuchung nicht notwendig"	Fixtext (3 Auspräg.)	Indikationsstellung und ggf. Durchführung einer klinischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: "Untersuchung durchgeführt"	dauerhaft	
Falls klinische Untersuchung durchgeführt, kann die Tastbarkeit der mamogr. auff. Läsionen oder neue Tastbefunde ohne Korrelation zu einer mamogr. auff. Läsion dokumentiert werden.																					
11	6	Abklärung (klin. Unters.)	Tastbefund	KFU Anl.VI (2.1)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TASTBEFUND] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der mammographisch auffälligen Läsion bzw. des Tastbefunds	E.: manuelle Erfassung (auch zusätzlich) V.: ggf. Übernahme aus zuvor mamogr. auffälligen Läsionen	dauerhaft	
												ja	ja	E	[TASTBEFUND] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillar"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion bzw. des Tastbefunds	E.: manuelle Erfassung (auch zusätzlich) V.: ggf. Übernahme aus zuvor mamogr. auffälligen Läsionen	dauerhaft	
							Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TASTBEFUND] ERGEBNIS	"mammographischer Befund tastbar" "mammographischer Befund nicht tastbar" "Tastbefund - keine Korrelation zu einem mamogr. Befund"	Fixtext (3 Auspräg.)	Tastbarkeit und Bezug zur mamogr. Auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	7	Abklärung (klin. Unters.)	Auffälligkeiten	KFU Anl.VI (2.1)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_PEAU-D-ORANGE	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Peau d'orange	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_SEKRETION	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Sekretion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_VERFAERBUNG	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Verfärbung	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
11	8	Abklärung (klin. Unters.)	Lymphknoten	KFU Anl.VI (2.1)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_LYMPHKN NOTEN	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Auffälligkeit regionaler Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
11	9	Abklärung (klin. Unters.)	Bemerkungen		medizinisch indiziert		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	nein	ja	B	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_BEMERKUNG	Freitext	Zusätzliche Angaben zur klinischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	10	Abklärung (mamogr. Unters.)	Notwendigkeit zu zusätzl. Röntgen-Untersuchungen	KFU Anl.VI (2.2)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] MX_ZUSATZ-UNTERSUCHUNG	"Zusatzaufnahmen erstellt" "Zusatzaufnahmen vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt" "Zusatzaufnahmen nicht notwendig"	Fixtext (3 Auspräg.)	Indikationsstellung und ggf. Erstellung mammographischer Zusatzaufnahmen	E.: manuelle Erfassung V.: "Zusatzaufnahmen nicht notwendig"	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung					Erfassung			Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Verfahren	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art						Feldname (Vorschlag)
Falls "Zusatzaufnahmen erstellt" muss mind. eine mammo. Zusatzprojektion erfasst werden. Wiederholung von Screening-Mammographien (technical recall) können immer erfasst werden																					
11	11	Abklärung (mammoogr. Unters.)	weitere mammographische Aufnahmen	KFU Anl.VI (2.2)		Abkl.-Termin Aufnahme	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[AUFNAHME_ABKLI] NUMMER	>0	Ganzzahl	fortlaufende Nr. der Aufnahmen, die während einer Abklärungs-Untersuchung erstellt wurden (beginnend mit Anzahl Aufnahmen aus Erstellung +1)	E.: manuelle Erfassung B.: autom. Generierung der fortlaufenden Nr.	dauerhaft		
11	12	Abklärung (mammoogr. Unters.)	Mammographische Zusatzprojektion bzw. Wiederholung von Screening-Mammographie	KFU Anl.VI (2.2)		Aufnahme	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[AUFNAHME_ABKLI] ART	"Screening-Aufnahme cc" "Screening-Aufnahme ml" "Mammographische Zusatzprojektion"	Fixtext (3 Auspräg.)	Art der erstellten Aufnahme	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Berechnung Bildwiederholungsrate	
											bed.	falls mammoogr. Zusatzprojektion oder Wiederholungsaufnahmen von Screening-Mammographien gemacht wurde	ja	E	[AUFNAHME_ABKLI] ZUSATZAUFNAHME	"ml" "erweitert cc" "Zusatzaufnahme in Kompressionstechnik" "Vergrößerungsaufnahme" "andere"	Fixtext (5 Auspräg.)	genauere Spezifikation der mammoogr. Zusatzprojektion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls mammoogr. Zusatzprojektion "andere" gemacht wurde	ja	B	[AUFNAHME_ABKLI] SPEZIFIKATION		Freitext	genauere Spezifikation der erstellten Zusatzprojekte "andere"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja		ja	E	[AUFNAHME_ABKLI] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der Aufnahme	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	13	Abklärung (mammoogr. Unters.)	Befund	KFU Anl.VI (2.2)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[ITERMIN_ABKLI] MX_BEFUND	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Auspräg.)	Ergebnis der mammographischen Beurteilung der mammographischen Aufnahmen Bei "Auffällig..." ist in jedem Fall mind. eine auffällige Läsion zu dokumentieren (Bei der Angabe "Unauffällig... Gutartig" besteht keine Verpflichtung zur Dokumentation der Läsion)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Plausibilitätsprüfung bei der Dokumentation der mammographischen Beurteilung einer Läsion	
Falls Mammographie-Befund auffällig muss mind. eine Läsion dokumentiert werden. Gutartige Läsionen können dokumentiert werden.																					
11	14	Abklärung (mammoogr. Unters.)	Läsion (Lokalisation)	KFU Anl.VI (2.2)		Läsion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[MX_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der mammographisch auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											ja	ja	E	[MX_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion Angabe im Urzeitschema oder in der Ebene falls nur in einer Ebene sichtbar	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	15	Abklärung (mammoogr. Unters.)	Abstand von der Mamille		Erfassung sinnvoll zur Ergänzung der Lokalisation	Läsion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	> 0	Ganzzahl	Abstand der mammographisch auffälligen Läsion von der Mamille in cm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	16	Abklärung (mammoogr. Unters.)	Beurteilung der Läsion	KFU Anl.VI (2.2)		Läsion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[MX_LAESION] ERGEBNIS	"Gutartige Läsion" "Läsion unklar, eher benigne" "Läsion unklar, eher maligne" "Läsion sicher maligne"	Fixtext (4 Auspräg.)	mammographische Beurteilung der Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	17	Abklärung (mammoogr. Unters.)	Art der Läsion (Herd/Verdichtung)	KFU Anl.VI (2.2)		Läsion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[MX_LAESION] HERD	"keine Herd/Verdichtung" "Herd/Verdichtung ist gut abgegrenzt" "Herd/Verdichtung ist schlecht abgegrenzt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Herd oder Verdichtung	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Herd/verdichtung"	dauerhaft		
											bed.	falls Herd/Verdichtung vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] HERD_AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Herd/Verdichtung vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] HERD_STRAHLIG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	bei Vorliegen einer Verdichtung / Herd ist zu beurteilen, ob die Verdichtung eine strahlige Struktur aufweist	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	18	Abklärung (mammoogr. Unters.)	Art der Läsion (Mikrokalk)	KFU Anl.VI (2.2)		Läsion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[MX_LAESION] MIKROKALK	"keine Mikrokalk" "Feingranulär, überwiegend rund" "Grobgranulär, überwiegend pleomorph" "Überwiegend linear verzweigt"	Fixtext (4 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Mikrokalk	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Mikrokalk"	dauerhaft		
											bed.	falls Mikrokalk vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] MIKROKALK_AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Mikrokalk vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] MIKROKALK_DRUESENGAENGE	"Verkalkung auf Drüsengänge ausgerichtet" "Verkalkung nicht auf Drüsengänge ausgerichtet"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Ausrichtung der Verkalkung auf die Drüsengänge, bei vorliegendem Mikrokalk	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	19	Abklärung (mammoogr. Unters.)	Art der Läsion (Architektur-störung)	KFU Anl.VI (2.2)		Läsion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[MX_LAESION] ARCHITEKTUR	"keine Architekturstörung" "Asymmetrie" "Sonstige"	Fixtext (3 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Architekturstörung	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Architekturstörung"	dauerhaft		
											bed.	falls sonstige Architekturstörung vorliegt	ja	B	[MX_LAESION] ARCHITEKTUR_SPEZ		Freitext	Spezifikation der Architekturstörung, wenn "sonstige" angegeben	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	20	Abklärung (mammoogr. Unters.)	Art der Läsion (Anderes)	KFU Anl.VI (2.2)		Läsion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	ja	B	[MX_LAESION] ANDERE		Freitext	Spezifikation anderer Läsionen (falls vorhanden), ggf. zusätzliche Angaben zu der Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Plausibilitätsprüfung, ob eine Art der Läsion angegeben wurde	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung					Implement.					Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung		
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich					Datentyp	
11	21	Abklärung (mammogr. Unters.)	Bemerkungen		medizinisch indiziert	Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	B	[TERMIN_ABKL] MX_BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zur mammographischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	22	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Notwendigkeit zusätzl. sonographischer Untersuchungen	KFU Anl.VI (2.3)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] SONO_UNTERSUCHUNG	"Untersuchung nicht notwendig" "Untersuchung durchgeführt" "Untersuchung vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Indikationsstellung und ggf. Durchführung einer zusätzlichen sonogr. Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	23	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Befund	KFU Anl.VI (2.3)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] SONO_BEFUND	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf-Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Auspräg.)	Ergebnis der sonographischen Untersuchung. Bei "Auffällig und Abklärungsbedarf" ist in jedem Fall mind. eine auffällige Läsion zu dokumentieren. (Bei "Unauffällig, ... gutartige Läsion" kann eine Läsion dokumentiert werden.)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Plausibilitätsprüfung bei der Dokumentation der sonographischen Beurteilung einer Läsion	
11	24	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Läsion (Lokalisation)	KFU Anl.VI (2.3)		Abkl.-Termin	Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seltenlokalisation der sonographisch auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
						Pro Abklärungstermin mit sonogr. Untersuchung können mehrere sonogr. auffällige Läsionen dokumentiert werden															
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "Tetromamillar"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der sonographisch auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	25	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Abstand von der Mamille		Erfassung sinnvoll zur Ergänzung der Lokalisation	Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	> 0	Ganzzahl	Abstand der sonographisch auffälligen Läsion von der Mamille in cm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	26	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Abstand von der Haut		Erfassung sinnvoll zur Ergänzung der Lokalisation	Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] ABSTAND_HAUT	> 0	Ganzzahl	Abstand der sonographisch auffälligen Läsion von der Haut in cm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	27	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Ausdehnung	KFU Anl.VI (2.3)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	sonographisch sichtbare Ausdehnung in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	28	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Beurteilung der Läsion	KFU Anl.VI (2.3)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] ERGEBNIS	"Zyste (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" "Solide (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" "Auffälligkeit von unklarer Dignität" "Malignitätsverdächtiger Befund" "Maligner Befund"	Fixtext (5 Auspräg.)	sonographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, sollte aber möglich sein)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	29	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Bemerkungen		medizinisch indiziert	Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	nein	ja	B	[TERMIN_ABKL] SONO_BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zur sonographischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
12	1	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Datum		gesonderte Erfassung erforderlich falls weitere bildgebende Maßnahmen außerhalb der regulären Abklärung durchgeführt werden	Gesamtbeur.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[GESAMT_ABKL] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Dokumentation der Gesamtbeurteilung	E.: manuelle Erfassung V.: aktuelles Datum	dauerhaft		
						Pro Screening-Untersuchung kann nach Abschluss der Bildgebung einmalig eine Gesamtbeurteilung der durchgeführten bildgebenden & klinischen Maßnahmen dokumentiert werden															
12	2	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Beurteilung	KFU Anl.VI (2.4) BMV § 12 (4)		Gesamtbeur.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[GESAMT_ABKL] ERGEBNIS	"Unauffällig und Verbleib im Screening" "Auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie" "Kontrolluntersuchung nach einer bestimmten Frist (nur in Ausnahmefällen)"	Fixtext (3 Auspräg.)	Beurteilung und Empfehlung nach bisherigen bildgebenden Untersuchungen. Bei Unauffällig oder Kontrolle gilt die Untersuchung als abgeschlossen. Das Dokumentationssystem sollte eine Erinnerungsfunktion/Liste unterstützen, mit der der PVA an die Fälligkeit von Kontrolluntersuchungen erinnert wird. Die Kontrolluntersuchung wird dann als weitere klin. & bildgebende Abklärung dokumentiert.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
12	3	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Empfehlung Kontrolle	KFU Anl.VI (2.4) BMV § 12 (4)		Gesamtbeur.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	ja	E	[GESAMT_ABKL] KONTROLLE_NACH	> 0	Ganzzahl	Anzahl Monate (3<= Monate<=12) bis zur empfohlenen Kontrolluntersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
						Gesamtbeur.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	ja	B	[GESAMT_ABKL] KONTROLLE_BEGRUENDUNG		Freitext	Begründung für die Notwendigkeit einer erneuten Kontrolluntersuchung in verkürztem Screening-Intervall	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
12	4	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Empfehlung Biopsie	KFU Anl.VI (2.4)		Gesamtbeur.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	ja	E	[GESAMT_ABKL] BIOPSIE	"Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" "Vakuumbiopsie" "Offene Biopsie" "Sonstige Biopsie"	Fixtext (5 Auspräg.)	Art der empfohlenen Biopsie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																		
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung				
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht							Art			
12	5	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Größe	KFU Anl.VI (2.4)		Gesamtbeur.	Abkl.-Unters.	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja	bed.	falls Empfehlung = "auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie"	ja	E	([GESAMT_ABK] GROESSE-GESAMT)	> 0	Ganzzahl	Gesamtgröße der Läsion in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											ja	bed.	falls Empfehlung = "auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie" und falls abweichend von Gesamtläsion	ja	E	([GESAMT_ABK] GROESSE-HAUPT)	> 0 (≤ GROESSE_GESAMT)	Ganzzahl	Größe des Hauptherdes in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
12	6	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Erläuterungen		Erfassung aus ärztlicher Sicht sinnvoll für zusätzliche med. Dokumentation	Gesamtbeur.	Abkl.-Unters.	AE	PVA/BA	PVA/BA	nein			ja	B	([GESAMT_ABK] BEMERKUNG)		Freitext	Erläuterungen oder Empfehlungen zum weiteren Vorgehen im Rahmen der Abklärung bzw. Kontrolluntersuchung (z.B. bzgl. der Empfehlung Biopsie, sonstige Auffälligkeiten, ...)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
Scr.-Unters. Pro Screening-Untersuchung können mehrere Biopsitermine erfasst werden. Biopsien dürfen erst nach der Gesamtbeurteilung der Bildgebung erfasst werden, eine offene Biopsie sogar erst nach einer Präoperativen Fallkonferenz.																							
13	1	Abklärung (Biopsie)	Biopsitermin	KFU Anl.VI (2.5, 2.6)		Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja			ja	B	([TERMIN_BIOPSIE] UNTERSUCHUNGID)		Freitext oder Ganzzahl	Kennung der Screening-Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)	
											ja			ja	E	([TERMIN_BIOPSIE] DATUM)		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum des Biopsitermins	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
13	2	Abklärung (Biopsie)	Person	KFU Anl.VI (2.5, 2.6, 2.7)		Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja			ja	A	([TERMIN_BIOPSIE] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID)		Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (Bei jedem Biopsitermin sollten die Daten aufgrund der Relevanz für die Abrechnung aktualisiert werden. Den Pathologen welche Beurteilungen der Biopsiepräparate vornehmen, werden die Daten vom PVA oder Biopsie-Arzt zur Verfügung gestellt).	E.: Übernahme der Daten aus Erstellung der Mammographie oder letztem Abklärungstermin oder Einlesen der KK-Karte	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten	
13	3	Abklärung (Biopsie)	Arztkennung	KFU Anl.VI (2.5)		Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja			ja	B	([TERMIN_BIOPSIE] ARZTID)		Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	E.: manuelle Erfassung (ggf. automatisch über angemeldeten Benutzer)	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Fallkonferenzen	
13	4	Abklärung (Biopsie)	Ablehnung durch Frau	KFU Anl.VI (2.5)		Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja			ja	E	([TERMIN_BIOPSIE] BIOPSIE_ABGELEHNT)		binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Ablehnung der vom PVA empfohlenen Durchführung einer Biopsie durch die Teilnehmerin (falls mit "ja" markiert erfolgt keine weitere Dokumentation der Biopsie)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
13	5	Abklärung (Biopsie)	Medikation	KFU Anl.VI (2.5)		Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja			ja	E	([TERMIN_BIOPSIE] BLUTVERDUENNUNG)		binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Einnahme Blutverdünner Medikamente durch die Teilnehmerin	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											ja			ja	E	([TERMIN_BIOPSIE] ALLERGIE)		binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen von Allergien bei der Teilnehmerin	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											nein			ja	B	([TERMIN_BIOPSIE] MED_BEMERKUNG)		Freitext	Zusätzliche Spezifikation zur Medikation und ggf. Anamnese	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
Biops.-Termin Pro Biopsitermin können mehrere Biopsien dokumentiert werden. Eine Biopsie ist die biopsische Abklärung einer auffälligen Läsion.																							
13	6	Abklärung (Biopsie)	Läsion (Lokalisation)	KFU Anl.VI (2.5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja			ja	E	([BIOPSIE_LAESION] SEITE)		Fixtext (2 Auspräg.)	"rechts" "links"	Seitenlokalisation der biopsisch abzuklärenden Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja			ja	E	([BIOPSIE_LAESION] LOKALISATION)		Fixtext (13 Auspräg.)	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillar"	Lokalisation der biopsisch abzuklärenden Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein			ja	E	([BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_MAMILLE)		Ganzzahl	> 0	Abstand der biopsisch abzuklärenden Läsion von der Mamille in cm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein			ja	E	([BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_HAUT)		Ganzzahl	> 0	Abstand der biopsisch abzuklärenden Läsion von der Haut in cm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja			ja	E	([BIOPSIE_LAESION] DRUESSENKOERPER)		binär / Fixtext (2 Auspräg.)	"nein" "ja"	Entnahme des Präparates aus dem zentralen Drüsenkörper	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	7	Abklärung (Biopsie)	Abbruch		erforderlich für Untersuchungs-Abschluss	Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja			ja	E	([BIOPSIE_LAESION] ABRUCH)		Fixtext (3 Auspräg.)	"nein" "ja-durch die Frau" "ja-aufgrund von Komplikationen"	Abbruch der biopsischen Untersuchung (Bei Abbruch müssen keine weiteren Angaben zur Läsion gemacht werden)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	8	Abklärung (Biopsie)	Art der Biopsie	KFU Anl.VI (2.5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja			ja	E	([BIOPSIE_LAESION] BIOPSIE_ART)		Fixtext (5 Auspräg.)	"Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" "Vakuumbiopsie" "Offene Biopsie" "Sonstige Biopsie"	Art der durchgeführten Biopsie (offene erst nach prä-op Fallkonferenz dokumentierbar)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein			ja	B	([BIOPSIE_LAESION] BIOPSIE_SONST)		Freitext	Beschreibung der Biopsie, wenn in der Empfehlung "sonstige Biopsie" angegeben wurde	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
13	9	Abklärung (Biopsie)	Nadeldurchmesser	KFU Anl.VI (2.5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	bed.		falls "Stanz- oder Vakuumbiopsie" durchgeführt wurde	ja	E	([BIOPSIE_LAESION] NADELDURCHMESSER)		Ganzzahl	> 0	Durchmesser (in Gauge) der für die Biopsie verwendeten Nadel	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	10	Abklärung (Biopsie)	Coaxialnadel		erforderlich für Erhebungen zu Qualitätsstandards	Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	nein			nein	E	([BIOPSIE_LAESION] COAXIALNADEL)		binär / Fixtext (2 Auspräg.)	"nein" "ja"	Verwendung einer Coaxialnadel	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	11	Abklärung (Biopsie)	Clip eingelegt (falls Vakuumbiopsie)	KFU Anl.VI (2.5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	bed.		falls Vakuumbiopsie durchgeführt wurde	ja	E	([BIOPSIE_LAESION] CLIP)		binär / Fixtext (2 Auspräg.)	"nein" "ja"	Einlegen eines Clips	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																		
DS Nr.	P- Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung						Implement.										
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantrw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
13	12	Abklärung (Biopsie)	Anzahl Stanzan	KFU Anl.VI (2,5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja	bed.	falls "Stanz- oder Vakuumbiopsie" angegeben wurde	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ANZAHL_ZYLINDER	> 0	Ganzzahl	Anzahl der Stanzzyliner	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Generierung Abrechnungsdaten
13	13	Abklärung (Biopsie)	Bei Mikrokal			Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja	nein		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] PRAEPARATERAD	"nein" "ja"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	Durchführung der Präparateradiographie (falls Mikrokal)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	nein		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] MIKROKALK	"Mikrokal in entnommenem Gewebe enthalten" "Mikrokal in entnommenem Gewebe nicht enthalten" "unsicher, ob Mikrokal in entnommenem Gewebe enthalten"	binär / Fictext (3 Auspräg.)	Vorhandensein von Mikrokal und ggf. Nachweis in entnommenem Gewebe	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	14	Abklärung (Biopsie)	Repräsentativität des Präparates	KFU Anl.VI (2,5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] REPRAESENTATIV	"repräsentativ" "fraglich / nicht repräsentativ"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	Repräsentativität des Präparates nach Einschätzung des durchführenden Arztes	E.: manuelle Erfassung V.: "repräsentativ"	dauerhaft	
13	15	Abklärung (Biopsie)	Nachuntersuchungen	KFU Anl.VI (2,5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_MX	"nein" "ja"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	Durchführung von Nachuntersuchungen in Form einer Mammographie in zwei orthogonalen Ebenen im Anschluss an die Biopsie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_SONG	"nein" "ja"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	Durchführung von Nachuntersuchungen in Form einer Sonographie im Anschluss an die Biopsie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_SONST	"nein" "ja"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	Durchführung von sonstigen Nachuntersuchungen im Anschluss an die Biopsie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_HAEMATOM	"nein" "ja"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	Ergebnis der Nachuntersuchung: Vorliegen von Hämatom(en)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_VERFAERB	"nein" "ja"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	Ergebnis der Nachuntersuchung: Vorliegen von Hautverfärbung(en)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_SONST	"nein" "ja"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	sonstige Ergebnisse der Nachuntersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	16	Abklärung (Biopsie)	Erläuterungen		Erfassung aus ärztlicher Sicht sinnvoll für zusätzliche med. Dokumentation	Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	nein	nein		ja	B	[BIOPSIE_LAESION] BEMERKUNG		Freitext	Erläuterungen im Rahmen zusätzlicher medizinischer Dokumentation, insb. zusätzliche Angaben zu Nachuntersuchungen und deren Ergebnis	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	1	Abklärung (Pathologie)	histologische Beurteilung im Rahmen der Abklärungsdiagn.	KFU Anl.VI (2,6)		Laesion	Patho. Beur.	KH	Path. / Dok.	Path. / Dok.	ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der histologischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. aktuelles Datum	dauerhaft	
											ja	ja		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] ARZTID	Kenntnis eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Pathologen	Freitext oder Ganzzahl	Arztname als Kenntnis des Arztes, der die histolog. Beurteilung vornimmt (ggf. Bereitstellung eines Buttons "Eigenbefund", dann Übernahme aus DOKUMENTATOR)	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. über "Button Eigenbefund"	dauerhaft	- Abrechnung
14	2	Abklärung (Pathologie)	Referenzpathologie	BMV § 20 (2)		Patho	patho. Beur.	KH	Path. / Dok.	Path. / Dok.	ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] REF	"nein" "ja"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um den Zweitbefund eines Referenzpathologen handelt. Falls ja sind alle folgenden Angaben mit den Werten des Erstbefundes (änderbar) vorzublegen.	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	- falls "ja", automatische Vorbelegung der nachfolgenden Werte aus der letzten vorliegenden pathologischen Untersuchung
14	3	Abklärung (Pathologie)	Dokumentator	BMV § 20 (1) i.V.m (3)	Erfassung eines Fremdbefundes	Patho	patho. Beur.	KH/AE	SW	SW	ja	ja		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] DOKUMENTATOR	Kenntnis eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis des Benutzers, der die histologische Beurteilung eingibt	E.: autom. Erfassung der Kenntnis des jeweiligen Benutzers bei der Eingabe des Befundes	dauerhaft	
14	4	Abklärung (Pathologie)	Anzahl Schnittpräparate	KFU Anl.VI (2,6)		Patho	patho. Beur.	KH	Path. / Dok.	Path. / Dok.	nein	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANZAHL_BLOCK	> 0	Ganzzahl	Anzahl Blöcke	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANZAHL_ZYLINDER	> 0	Ganzzahl	Anzahl Stanzzyliner	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abrechnung - ggf. Plausibilitätsprüfung: Anzahl in Biopsie ≤ Anzahl in Pathologie
											nein	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANZAHL_SCHNITTSTUFE	> 0	Ganzzahl	Anzahl Schnittstufen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	5	Abklärung (Pathologie)	Präparateradiographie	KFU Anl.VI (2,6)		Patho	patho. Beur.	KH	Path. / Dok.	Path. / Dok.	ja	bed.	falls Präparateradiographie gesehen oder selbst erstellt	ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PRAEPARATERAD	"Präparateradiographie nicht gesehen" "Präparateradiographie gesehen" "Präparateradiographie selbst erstellt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Vorliegen einer Präparateradiographie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] NACHWEIS_VERKALKUNG	"nein" "ja"	binär / Fictext (2 Auspräg.)	Nachweis von Verkalkung in der Präparateradiographie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp				Beschreibung
14	6	Abklärung (Pathologie)	Histologische Verkalkung	KFU Anl.VI (2.6)		Patho	pathol. Beur.	KH	Path.	Path.	ja		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] VERKALKUNG)	"keine Verkalkung vorhanden" "vorliegende Verkalkung radiologisch nicht relevant (<100µm)" "vorliegende Verkalkung relevant in benignen Veränderungen" "vorliegende Verkalkung relevant in malignen Veränderungen" "vorliegende Verkalkung relevant in benignen und malignen Veränderungen"	Fixtext (5 Auspräg.)	Beschreibung der histologischen Verkalkung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	7	Abklärung (Pathologie)	Beurteilung nach B-Kategorie	KFU Anl.VI (2.6)		Patho	pathol. Beur.	KH	Path.	Path.	ja		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] ERGEBNIS)	"B1 - nicht verwertbar oder nur Normalgewebe" "B2 - benigne" "B3 - benigne, aber unsicheres Malignitätspotential" "B4 - malignitätsverdächtig" "B5(a) - maligne - DCIS" "B5(b) - maligne - invasiv" "B5(c) - maligne - unklar ob DCIS oder invasiv" "B5(d) - andere maligne Neoplasien"	Fixtext (8 Auspräg.)	Beurteilung nach B-Klassifikation	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	B	([BIOPSIE_PATHO] EMPFEHLUNG_BIOPSIE)		Freitext	Empfehlung zur biptischen Abklärung (falls Ergebnis = B3)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	8	Abklärung (Pathologie)	Histologische Diagnose	KFU Anl.VI (2.6)	erforderlich für die Bewertbarkeit der path. Diagnose (z.B. unzureichende Biopsie)	Patho	pathol. Beur.	KH	Path.	Path.	bed.	falls B1-Beurteilung	ja	E	([BIOPSIE_PATHO] B1_KLASSE)	"Gewebe nicht verwertbar" "Normalgewebe ohne Drüsen" "Normalgewebe mit Drüsen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob es sich bei einem B1-Befund um nicht verwertbares oder Normalgewebe (mit oder ohne Drüsen) handelt.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] MASTOPATHIE)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibrös(-zystische) Mastopathie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] BDA)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Blunt duct Adenose	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] MIKROZYSTEN)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Mikrozysten	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] MAKROZYSTEN)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	(Makro-) Zystenwandanteile	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] FIBROADENOM)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibroadenom	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] SKLEROS_ADENOSE)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sklerosierende Adenose	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] PASH)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	pseudoangiomatöse Stromahyperplasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] HAMARTOM)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hamartom	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] FETTGeweBSNEKROSE)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fettgewebsnekrose	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] MASTITIS_DUKTEKTASIE)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Periduktale Mastitis/Duktektasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] SONSTIGE_BENIGNE)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	sonstige benigne Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] NARBE)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] PAPILLAERE_LAESION)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Papilläre Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] PHYLLODES)	"kein Anzeichen für Phylloides Tumor" "Verdacht auf Phylloides-Tumor" "Vorliegen eines Phylloides-Tumors"	Fixtext (3 Auspräg.)	Phylloides-Tumor	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] DUKT_HYPERPLASIE)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	gewöhnliche duktale Epithelhyperplasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] KOLUMNARZELLEN)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Kolumnarzellmeta- oder -hyperplasie ohne Atypie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] FLACHE_EPITHEL_ATYPIE)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	flache epitheliale Atypie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] PROLIFERATION)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	atypische Proliferation duktal	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] LOB_NEOPLASIE)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)		E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] DCIS)	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	duktales Carcinoma in situ (DCIS)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	([BIOPSIE_PATHO] DCIS-KERNMALIGNITAET)	"nicht abschätzbar" "niedrig" "intermediär" "hoch"	Fixtext (4 Auspräg.)	DCIS-Grading - Kernmalignitätsgrad	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P-Nr.	Datensatzname	Parameternamen	Erforderlichkeit	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.			Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung		
							Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)						Ausprägung / zul. Wertebereich	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS-KOMEDONEKROSEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS-Grading - Vorhandensein von Komedonekrosen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS-WHO-GRADING	"low grade" "intermediate grade" "high grade" "nicht beurteilbar"	Fixtext (3 Auspräg.)	DCIS- Grading nach WHO	E.: manuelle Erfassung (ggf. Ermittlung aus Kennmaligkeitsgrad und Komedonekrosen)	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] LOB_NEOPLASIE_NEKRO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Lobuläre Neoplasie mit Nekrose / pleomorphe- oder siegelingzellige lobuläre Neoplasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] UNKLAR_DCIS_INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	unklar ob DCIS oder invasiv	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-TYP	"dukteraler Typ" "lobulärer Typ" "tubulärer Typ" "medullärer Typ" "muzinöser Typ" "anderer spezieller Typ (inkl. Mischtypen)"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Spezifikation des invasiven Typs	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-TS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Auspräg.)	invasives-Grading - Tubulus-Score	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-KS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Auspräg.)	invasives-Grading - Kernpolymorphie-Score	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-MS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Auspräg.)	invasives-Grading - Mitose-Score	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING	"1" "2" "3" "nicht beurteilbar"	Fixtext (3 Auspräg.)	invasives-Grading	E.: manuelle Erfassung oder Berechnung aus Einzelscores: B.: Grad 1, wenn Summe (Tubulus-Score + Kernpolymorphie-Score + Mitose-Score) ≥ 3 ≤ 5 Grad 2, wenn Summe ≥ 6 ≤ 7 Grad 3, wenn Summe ≥ 8 ≤ 9	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GEFAESINV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Gefäßinvasion (Blut- oder Lymphgefäße)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANDERE_MALIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	andere maligne Neoplasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	9	Patho (Abklärung)	Anmerkungen / Besonderheiten	KFU Anl.VI (2.6)								ja	B	[BIOPSIE_PATHO] BEMERKUNG		Freitext	Erläuterung und ergänzende Angaben zur histologischen Diagnose.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
Scr.-Unters. Pro Screening-Untersuchung können mehrere Präop. Falkonferenzen dokumentiert werden. Jeweils vor und nach einer diagn. offenen Biopsie ist eine präop. FK durchzuführen																				
15	1	Präoperative Falkonferenz	Präoperative Falkonferenz	BMV Anh. 1 (2.1)								ja	E	[PRAEOP_FK] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kenntung der Screening- Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
												ja	E	[PRAEOP_FK] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der Falkonferenz	E.: manuelle Erfassung V.: aktuelles Datum	dauerhaft	
15	2	Präoperative Falkonferenz	Person	BMV Anh. 1 (2.1)								ja	A	[PRAEOP_FK] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (da vor der präoperativen Falkonferenz kein Kontakt mit der Teilnehmerin mehr erfolgt, müssen die Personendaten aus der Abklärungsuntersuchung übernommen werden)	E.: keine gesonderte Erfassung Übernahme der Daten aus dem letzten Abklärungstermin	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
15	3	Präoperative Falkonferenz	Teilnehmer (verantwortlich leitender PVA)	BMV Anh. 1 (2.1)								ja	B	[PRAEOP_FK] ARZTID_PVA	Arzt Nummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	Freitext oder Ganzzahl	Arzt Nummer als Kenntung des PVA, der die Konferenz leitet (weitere Teilnehmer werden separat erfasst)	E.: manuelle Erfassung (ggf. automatisch über angemeldeten Benutzer)	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Falkonferenzen
Pro Falkonferenz werden neben dem verantwortlichen PVA die teilnehmenden Ärzte, in der Regel mind. die beteiligten Pathologen dokumentiert																				
15	4	Präoperative Falkonferenz	Teilnehmer (außer PVA)	BMV Anh. 1 (2.1)								ja	B	[PRAEOP_FK_TELN] ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Kenntung (z.B. Name oder Arzt Nummer) der teilnehmenden Ärzte	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Kenntungen der Ärzte, die histol. Beurteilung der Biopsiepräparate durchgeführt haben	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Falkonferenzen

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung						Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Verfahren	Erfas. ser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht							Pflicht
Pro Falkkonferenz können für mehrere auffällige Befunde (Läsionen) die bisher erfolgte oder geplante minimal-invasive Abklärung dokumentiert werden																				
15	5	Präoperative Falkkonferenz	Läsion (Lokalisation)	BMV Anh. 1 (2.1)		Präop. FK	Laesion	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja	E	[PRAEOP_FK_LAE] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der zu beurteilenden Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Auswahl einer Läsion aus Abklärung	dauerhaft	
												ja	E	[PRAEOP_FK_LAE] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillar"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der zu beurteilenden Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Auswahl einer Läsion aus Abklärung	dauerhaft	
15	6	Präoperative Falkkonferenz	Histopathologische Untersuchung	BMV Anh. 1 (2.1)		Präop. FK	Laesion	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja	E	[PRAEOP_FK_LAE] HIST_DIAGNOSE	"Diagnose erstellt" "Diagnose nicht erstellt" "keine biopsische Abklärung"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen einer histologischen Diagnose	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. abhängig von ausgewählter Läsion aus Abklärung ("Diagnose erstellt" bei bereits erfolgter Biopsie mit Patho; sonst "keine biopsische Abklärung")	dauerhaft	
												bed.	E	[PRAEOP_FK_LAE] GRUND_FEHLENDE_DIAGNOSE	"Material nicht ausreichend (erneute Biopsie notwendig)" "Zusätzliche Histopathologische Untersuchung notwendig" "Andere"	Fixtext (3 Auspräg.)	Grund für eine fehlende histologische Diagnose trotz durchgeführter Biopsie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	E	[PRAEOP_FK_LAE] GRUND_FEHLENDE_BIOPTSISCHE_ABKLAERUNG	"medizinische Indikation zur diagnostischen offenen Biopsie nach bildgebender Untersuchung" "Wunsch der Teilnehmerin zur Durchführung einer offene diagnostischen Biopsie (Empfehlung zur minimalinvasiven biopsischen Abklärung von Teilnehmerin abgelehnt)" "Andere"	Fixtext (3 Auspräg.)	Begründung für fehlende biopsische Abklärung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein	B	[PRAEOP_FK] BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zur Histologischen Diagnose (auch weitere Spezifikationen bei fehlender histologischen Diagnose)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
15	7	Präoperative Falkkonferenz	Übereinstimmung mit Bildgebung	BMV Anh. 1 (2.1)		Präop. FK	Laesion	Präop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	E	[PRAEOP_FK_LAE] BILDGEBUNG	"ja" "nein" "fraglich, bildgebende Kontrolle erforderlich"	binär / Fixtext (3 Auspräg.)	Übereinstimmung der Ergebnisse der histopathologischen Untersuchung mit den Ergebnissen der Bildgebung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
15	8	Präoperative Falkkonferenz	Ergebnis und weitere Empfehlung	BMV Anh. 1 (2.1) BMV §12 (4) BMV §13 (2) c)		Präop. FK	Laesion	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja	E	[PRAEOP_FK] ERGEBNIS	"unauffällig, keine weiteren diagn. Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungs Programms" "vorzeitige Kontrolluntersuchung (nur in Ausnahmefällen)" "weitere bildgebende Abklärung" "Notwendigkeit einer Biopsie, (bzw. Rebiopsie)" "Zusätzliche histopathologische Untersuchung" "Auffällig, Indikation zur Therapie (Operation, Chemotherapie, etc.)"	Fixtext (6 Auspräg.)	Beurteilung der bisherigen Untersuchungsergebnisse und Empfehlung zum weiteren Vorgehen, Option 1,2: Untersuchungsabschluss (Screening in zwei Jahren, bei 2 Möglichkeit zur erneuter Abklärungsdokumentation) 3,4: Weitere Maßnahmen im Rahmen der Abklärung (Schleife) 5: weitere histologische Beurteilung des bereits entnommenen Materials (Schleife) 6: Abklärung mit Krebsbefund beendet, Überleitung in Therapie, Möglichkeit Patho-OP & Postop-Falkkonferenz zu dokumentieren	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	E	[PRAEOP_FK] KONTROLLE_NACH	> 0	Ganzzahl	Anzahl Monate (3<=Monate<=12) bis zur empfohlenen Kontrolluntersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	B	[PRAEOP_FK] KONTROLLE_BEGRUENDUNG		Freitext	Begründung für die Notwendigkeit einer vorzeitigen Kontrolluntersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	E	[PRAEOP_FK] SONO_UNTERSUCHUNG	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer Ultraschalluntersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	E	[PRAEOP_FK] MX_UNTERSUCHUNG	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer mammographischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	E	[PRAEOP_FK] MRT_UNTERSUCHUNG	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer kernspintomographischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	E	[PRAEOP_FK] SONST_UNTERSUCHUNG	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer anderen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	E	[PRAEOP_FK] BIOPSIE	"Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" "Vakuumbiopsie" "diagn. offene Biopsie" "sonstige Biopsie"	Fixtext (5 Auspräg.)	Art der empfohlenen Biopsie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parameternamen	Erforderlichkeit	Erfassung				Erfassung				Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung			
					Referenz	Begründung	Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht						Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich
15	9	Präoperative Falkonferenz	Anmerkungen		medizinisch indiziert	Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja	bed.	falls Ergebnis "Auffällig, Indikation zur Therapie" muss wenigstens ein therapeutisches Verfahren (OP oder andere) angegeben werden	ja	E	[PRAEOP_FK] OP_VORGEHEN	"keine Operation" "Brusterhaltende Operation" "Mastektomie"	Fixtext (3 Auspräg.)	Empfehlung für das operative Vorgehen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
15	10	Präoperative Falkonferenz	T-Klassifikation		Erfassung hier (anstelle bei Bildgebung) sinnvoll, wenn bereits histologische Tumorsicherung vorliegt (insb. bei neoadjuvanter Therapie hier beste Größenerfassung)	Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja	bed.	falls Ergebnis "Auffällig, Indikation zur Therapie"	ja	E	[PRAEOP_FK] T-PRAEFIX	"c" "p"	Fixtext (2 Auspräg.)	Vorsilbe der T-Klassifikation, nur bei histologisch gesichertem Karzinom erlaubt. (Bei erfolgter Exzision im Rahmen einer offenen Biopsie ist p anzugeben, sonst c)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgöße
15	11	Präoperative Falkonferenz	Größe		Erfassung hier (anstelle bei Bildgebung) sinnvoll, wenn bereits histologische Tumorsicherung vorliegt (insb. bei neoadjuvanter Therapie hier beste Größenerfassung)	Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja	bed.	falls Ergebnis "Auffällig, Indikation zur Therapie" und falls abweichend von Gesamtläsion	ja	E	[PRAEOP_FK] GROESSE-TUMOR	>0 ≤ GROESSE-GESAMT	Ganzzahl	max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm (Angabe nur sinnvoll, wenn bereits eine histologische Diagnose mit malignem Befund erstellt wurde)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgöße
16	1	Befund-Mitteilung nach Abklärung			erforderlich für Auswertungen der Fristen gemäß Anhang 10 BMV	Scr.-Unters.	nach Präop. FK	AE	PVA	PVA	ja			ja	E	[INFO-ABKL] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum, zu dem der PVA der Frau das Ergebnis der Prä-OP Falkonferenz bzw. Abschl. Urteil der Bildgebung mitteilt.	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. autom. Erfassung bei Generierung der Mitteilungen	dauerhaft	- Auswertungen von Fristen
16	2	Befund-Mitteilung nach Abklärung	Abbruch durch die Frau bzw. Untersuchungsabschluss		erforderlich für Untersuchungs-Abschluss	Scr.-Unters.	nach Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja			ja	E	[INFO-ABKL] ABBRUCH	"nein" "ja - Abbruch durch die Patientin" "ja - Untersuchungsabschluss ohne Operation"	Fixtext (3 Auspräg.)	Abbruch der Klientin oder kein operatives Vorgehen im Rahmen der Therapie. (Hier kann die Screening-Kette beendet werden, falls keine konkreten Informationen über den Verbleib der Frau nach der Empfehlung in der präoperativen Falkonferenz mehr verfügbar sind oder z.B. die Behandlung einer Brustkrebskrankung ohne operativen Eingriff erfolgt. Die Möglichkeit zur nachträglichen Dokumentation einer Patho-OP und Post-op Falkonferenz muss bestehen.)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P- Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung			Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflichtart	Feldname (Vorschlag)						Ausprägung / zul. Wertebereich
<p align="center">Pro Screening-Untersuchung können mehrere histolog. Beurteilungen von OP-Präparaten aus diagn. offenen Biopsien und therapeut. Operationen dokumentiert werden.</p> <p align="center">Die Daten der OP-Pathologie können auch im Falle, dass die OP an keinem kooperierendes Institut durchgeführt wird und eine postoperative Fallkonferenz nicht durchgeführt werden kann, vom PVA als Fremdbefund/Ergebnisdokumentation ausgefüllt werden. In diesem Fall ist Art der Ergebnisdoku mit "Ergebnisdokumentation eines Fremdbefundes" anzugeben und die ansonsten als Pflichtfelder bzw. bedingten Pflichtfelder</p>																				
17	1	Patho-OP	histologische Beurteilung eines OP-Präparates (Pathologie)	BMV Anh. 1 (2.1)		Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] UNTERSUCHUNGID	Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis der Screening-Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
17	2	Patho-OP	Dokumentator		Erfassung eines Fremdbefundes	Patho	Patho	KH	SW/Path./PVA	SW	ja		ja	B	[OP_PATHO] DATUM	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der pathologischen Begutachtung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	V.: aktuelles Datum
17	3	Patho-OP	Pathologie	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	bed.	falls von Kenntnis des Arztes abweichend	ja	B	[OP_PATHO] ARZTID	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Pathologen oder Name eines externen Pathologen/Instituts	Kenntnis des Benutzers, der die histologische Beurteilung eingibt	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
17	4	Patho-OP	Art der Ergebnisdokumentation		Identifikation, ob es sich um eine vollständige Pathologie im Rahmen des Screenings handelt	Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] DURCHFUEHRUNG	*Pathologie im Rahmen des Screenings, bzw. durch kooperierendes Institut	Art und Weise der Erfassung der Ergebnisse; durch kooperierendes Institut durchgeführt?	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	V.: *Pathologie im Rahmen des Screenings, bzw. durch kooperierendes Institut
17	5	Patho-OP	Person	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	SW/Path.	SW	ja		ja	A	[OP_PATHO] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (da vor der präoperativen Fallkonferenz kein Kontakt mit der Teilnehmerin mehr erfolgt, müssen die Personendaten aus der Abklärungsuntersuchung übernommen werden)	E.: Übernahme der Daten aus dem letzten Abklärungstermin	dauerhaft		
17	6	Patho-OP	Lokalisation		erforderlich zur Identifikation der Läsion	Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	nein		ja	E	[OP_PATHO] SEITE	"rechts" "links"	Angabe der Seite, aus welcher das Präparat entnommen wurde	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Angabe der Lokalisation (falls möglich) als Uhrzeit und erste Uhrzeit eines Sektors, bei Lokalisation, die sich über mehrere Uhrzeilen erstrecken.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] LOKALISATION2	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr"	Angabe einer zweiten Uhrzeit zur Festlegung eines Sektors bei Uhrzeitübergreifenden Lokalisationen (nur Kombination mit einer Uhrzeitangabe (nicht "retromamillär") in LOKALISATION verwendbar)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] DRUESENKOERPER	"nein" "ja"	Läsion im zentralen Drüsenkörper?	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] LOKALISATION_UNSPEC	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multifokal" "diffus"	Angabe, ob es sich um eine unifokale, multifokale oder diffus wachsende Läsion handelt.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	V.: "unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" falls eine Uhrzeit dokumentiert wurde
17	7	Patho-OP	Präparateradiographie	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] PRAEPARATERAD	"Präparateradiographie nicht gesehen" "Präparateradiographie gesehen"	Vorliegen einer Präparateradiographie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	8	Patho-OP	Histologische Verkalkung	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] VERKALKUNG	"keine Verkalkung vorhanden" "vorliegende Verkalkung radiologisch nicht relevant (<100µm)" "vorliegende Verkalkung relevant in benignen Veränderungen" "vorliegende Verkalkung relevant in malignen Veränderungen" "vorliegende Verkalkung relevant in benignen und malignen Veränderungen"	Beschreibung der histologischen Verkalkung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	9	Patho-OP	Mammographische Anomalie	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ANOMALIE	"nein" "ja" "unsicher"	Pathologisches Korrelat für eine mammographische Anomalie in der Probe	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	10	Patho-OP	Gefrier- oder Schnellschnitt		erforderlich für Auswertungen gemäß Anhang 10 BMV	Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] SCHNELLSCHNITT	"ja"	Durchführung eines Gefrier- oder Schnellschnitts	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	V.: "nein"
17	11	Patho-OP	Einschnitt der Probe	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] EINGESCHNITTEN	"nein" "ja"	Einschnitt der Probe während der Operation	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	V.: "nein"
17	12	Patho-OP	Art der OP	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path.	Path./Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ART_OP	"diagnostische offene Biopsie" "therapeutische Exzision / Segmentresektion" "Mastektomie"	Art der Operation, aus der die untersuchte Probe stammt	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																		
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.			Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortung	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich					Datentyp		
17	13	Patho-OP	Gewicht der Probe	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho	Dok.	ja	bed.	falls das Präparat aus einer diagn. offenen Biopsie stammt	ja	E	[OP_PATHO] GEWICHT	> 0	Ganzzahl	Gewicht der Probe in g	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	14	Patho-OP	Größe der Probe	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho	Dok.	ja			ja	E	[OP_PATHO] GROESSE-L	> 0	Ganzzahl	längste Seite der Probe in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja			ja	E	[OP_PATHO] GROESSE-M	≤ GROESSE_L	Ganzzahl	mittlere Seite der Probe in mm (orthogonal zur längsten und kürzesten Seite)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja			ja	E	[OP_PATHO] GROESSE-K	≤ GROESSE_M	Ganzzahl	kürzeste Seite der Probe in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	15	Patho-OP	Anzahl Lamellen	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho	Dok.	ja			ja	E	[OP_PATHO] LAMELLEN	> 0	Ganzzahl	Anzahl der Schnittlamellen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	16	Patho-OP	Beschreibung der benignen Läsion	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho	Dok.	ja			ja	E	[OP_PATHO] BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen einer benignen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] MASTOPATHIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibrös(-zystische) Mastopathie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] BDA	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Blunt duct Adenose	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] FIBROADENOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibroadenom	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] ADENOSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Adenose	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] SKLEROS_ADENOSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sklerosierende Adenose / Apokrine Adenose	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] PASH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	pseudoangiomatöse Stromahyperplasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] HAMARTOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hamartom	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] FETTGEWEBSEKROSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fettgewebsekrose	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] PAPILLOM-SOLITAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Solitäres Papillom / Duktales Adenom / Adenomyoepitheliom	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] PAPILLOM-MUTIPLE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Multiple Papillome	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] NARBE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] ZYSTIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	solitäre Zyste	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] MASTITIS_DUKTEKTASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Periduktales / obliterierende Mastitis/Duktektasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
17	17	Patho-OP	Beschreibung der epithelialen Proliferation	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho	Dok.	ja			ja	E	[OP_PATHO] SONSTIGE_BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	sonstige benignen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] EPITHEL_PROLIFERATION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen einer epithelialen Proliferation	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	E	[OP_PATHO] DUKT_HYPERPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	gewöhnliche duktales Hyperplasie ("Epitheliale Proliferation ohne Atypie" entspricht der "gewöhnlichen duktales Hyperplasie" in der WHO-Nomenklatur)	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												ja			ja	E	[OP_PATHO] ATYP_HYPERPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	atypische duktales Hyperplasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												ja			ja	E	[OP_PATHO] FLACHE_EPITHEL_ATYPIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	flache epitheliale Atypie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												ja			ja	E	[OP_PATHO] LOB_NEOPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	lobuläre Neoplasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												nein			ja	B	[OP_PATHO] SONSTIGE_BENIGNE_SPEZ		Freitext	Spezifikation sonstiger sowie ggf. Ergänzungen zu nicht malignen Läsionen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)														
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung			Erfassung		Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)					
17	18	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - nicht invasiv	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho	ja	E	[OP_PATHO] DCIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen eines duktales Carcinoma in situ	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] DCIS-GROESSE	>0	Ganzzahl	DCIS- Größe (nur duktal) in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-KOMEDO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS-Wachstumsmuster - komedo	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-SOLIDE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS- Wachstumsmuster - solide	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-KRIBRI	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS- Wachstumsmuster - kribriform	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-CLING	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS- Wachstumsmuster - clinging / mikropapillär	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-SONST	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS- Wachstumsmuster - sonstige	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] DCIS-KERNMALIGNITAET	"niedrig" "intermediär" "hoch" "nicht abschätzbar"	Fixtext (4 Auspräg.)	DCIS- Grading - Kernmaligntätsgrad	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		[OP_PATHO] DCIS-KOMEDONEKROSEN	"ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS-Grading -Vorhandensein von Komedonekrosen	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] DCIS-MORBUS-PAGET	"1 (low grade)" "2 (intermediate grade)" "3 (high grade)" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (3 Auspräg.)	DCIS- Grading (nach WHO)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] DCIS-MORBUS-PAGET	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS - Vorhandensein von Morbus Paget	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
17	19	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - Mikroinvasion	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho	ja	E	[OP_PATHO] MIKROINVASION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorhandensein von Mikroinvasion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
17	20	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - nicht invasiv			Patho	Patho	KH	Patho	Patho	nein	B	[OP_PATHO] DCIS_SPEZ		Freitext	sonstige Spezifikationen und Ergänzungen zu nicht invasiven malignen Läsionen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	21	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Invasives Karzinom	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho	ja	E	[OP_PATHO] INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen eines invasiven Karzinoms	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-TYP-DUKTAL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Invasives Karzinom - duktales/kein spezifischer Typ (NOS)	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-TYP-LOBULAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Invasives Karzinom - lobulärer Typ	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-TYP-TUBULAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Invasives Karzinom - tubulärer Typ	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-TYP-MEDULLAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Invasives Karzinom - medullärer Typ	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-TYP-MUZZINOES	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Invasives Karzinom - muzinöser Typ	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-TYP-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Invasives Karzinom - sonstiger spezieller Typ	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
			(Grading)	KFU Anl.VI (2.7)							bed.		[OP_PATHO] INV-GRADING-TS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Auspräg.)	Invasives Karzinom - Tubulus-Score (Grading)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-GRADING-KS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Auspräg.)	Invasives Karzinom - Kernpolymorphie-Score (Grading)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-GRADING-MS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Auspräg.)	Invasives Karzinom - Mitose-Score (Grading)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-GRADING	"1" "2" "3" "nicht beurteilbar"	Fixtext (3 Auspräg.)	Invasives Karzinom - Grading	E.: manuelle Erfassung oder Berechnung aus Einzelscores: B.: Grad 1, wenn Summe (Tubulus-Score + Kernpolymorphie-Score + Mitose-Score) ≥ 3 ≤ 5 Grad 2, wenn Summe ≥ 6 ≤ 7 Grad 3, wenn Summe ≥ 8 ≤ 9	dauerhaft	
			(Größe)	KFU Anl.VI (2.7)							bed.		[OP_PATHO] INV-GROESSE-TUMOR	>0	Ganzzahl	max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		[OP_PATHO] INV-GROESSE-GESAMT	>0 ; ≥ INV-GROESSE-TUMOR	Ganzzahl	Gesamtgröße der invasiven Läsion in mm (einschl. DCIS mit einer Ausdehnung > 1mm außerhalb des invasiven Tumors)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	22	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: sonstige maligne Neoplasien		erforderlich für ergänzenden Dokumentation	Patho	Patho	KH	Patho	Patho	ja	E	[OP_PATHO] ANDERE_MALIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen einer anderen malignen Neoplasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
17	23	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Spezifikation		erforderlich für ergänzenden Dokumentation	Patho	Patho	KH	Patho	Patho	nein	B	[OP_PATHO] MALIGNE_SPEZ		Freitext	Beschreibung sonstiger spezieller Typen invasiver Karzinome oder maligner Neoplasien sowie Ergänzungen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	24	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Gefäßinvasion	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho	bed.	E	[OP_PATHO] GEFAESINV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Gefäßinvasion (Blut- oder Lymphgefäße)	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.								Speicherung	autom. Verarbeitung		
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp			Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung
17	25	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Lymphknoten	KFU Anl.VI (2.7)	Unterscheidung zwischen Axilladissektion und Sentineluntersuchung ist erforderlich für die Auswertung nach Anhang 10 BMV	Patho	Patho	KH	Patho	Patho/Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls Sentineluntersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Sentineluntersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-ANZ-POS-ITZ	≥0 ≤ LK-SENTINEL-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung mit isolierten Tumorzellen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Sentineluntersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-SENTINEL-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung mit Metastasen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Sentineluntersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-METASTASEN	"keine Metastasen" "ausschließlich Mikrometastasen" "Makrometastasen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Art der Metastasen aus Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Metastasen", falls Anzahl SN-Lymphknoten mit Metastasen gleich 0	dauerhaft	
											bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-AXILLADIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Axilladissektion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-AXILLADIS-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-AXILLADIS-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-AXILLADIS-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											nein		ja	B	[OP_PATHO] LK-ANDERE_LOKALISATION		Freitext	Lokalisationsangaben der untersuchten nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-ANDERE-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-ANDERE-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-ANDERE-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
17	26	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Exzisionsränder	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho/Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] INFILTRATION-RAND	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Infiltration der Exzisionsränder durch den Tumor	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] ABSTAND-RAND	≥0	Ganzzahl	Abstand des Tumors zum nächstgelegenen Rand in mm (Bei Invasion des Randes ist hier 0 anzugeben)	E.: manuelle Erfassung V.: Vorbelegung auf "0" falls Infiltration = "ja"	dauerhaft	
											nein		ja	B	[OP_PATHO] LOKALISATION-RAND		Freitext	Lokalisation des nächstgelegenen Randes (z.B. durch standardisierte Richtungsangaben: ventral, dorsal, cranial, caudal, medial, lateral)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	27	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Hormonrezeptorstatus	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho/Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] ER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hormonrezeptorstatus (Östrogen) bestimmt?	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls Hormonrezeptorstatus (Östrogen) bestimmt wurde	ja	E	[OP_PATHO] ER-STATUS	≥0 ≤100	Ganzzahl	Hormonrezeptorstatus (Östrogen): Anteil positiver Tumorzellen in % (≥10 = positiver Status)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] PGR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hormonrezeptorstatus (Progesteron) bestimmt?	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] PGR-STATUS	≥0 ≤100	Ganzzahl	Hormonrezeptorstatus (Progesteron): Anteil positiver Tumorzellen in % (≥10 = positiver Status)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] HER2-SCORE	"nicht bestimmt" "0" "1+" "2+" "3+"	Fixtext (5 Auspräg.)	Immunohistochemischer Score bei HER-2-Status	E.: manuelle Erfassung V.: "nicht bestimmt"	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] FISH-ANALYSE	"nicht durchgeführt" "durchgeführt, Ergebnis negativ" "durchgeführt, Ergebnis positiv"	Fixtext (3 Auspräg.)	FISH-Analyse	E.: manuelle Erfassung V.: "nicht durchgeführt"	dauerhaft	
nein		ja	E	[OP_PATHO] CISH-ANALYSE	"nicht durchgeführt" "durchgeführt, Ergebnis negativ" "durchgeführt, Ergebnis positiv"	Fixtext (3 Auspräg.)	CISH-Analyse	E.: manuelle Erfassung V.: "nicht durchgeführt"	dauerhaft												
17	28	Patho-OP	Anmerkungen	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho/Dok.	nein		ja	B	[OP_PATHO] BEMERKUNG		Freitext	Ergänzende Bemerkungen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	29	Patho-OP	Diagnose	KFU Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Patho	Patho/Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ERGEBNIS	"normal, keine auffällige Gewebveränderung feststellbar" "benigne" "maligne"	Fixtext (3 Auspräg.)	Abschließende histologische Diagnose	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung				Speicherung			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfas-ser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht Art	Fieldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
<p>Scr.-Unters. Pro Screening-Untersuchung wird der Ergebnisteil der Postoperative Falkkonferenz nach der therapeutischen operativen Behandlung einmalig dokumentiert und ggf. in weiteren Sitzungen aktualisiert. Die Daten des Ergebnisteils werden jeweils bei jeder Aktualisierung überschrieben. Die Termine der einzelnen Sitzungen sowie die Namen der Teilnehmer werden jeweils separat erfasst. Die Daten des Ergebnisteils können auch im Falle, dass eine postoperative Falkkonferenz nicht durchgeführt werden kann, vom PVA im Rahmen einer freiwilligen Dokumentation eines Fremdbefundes ausgefüllt werden. In diesem Fall, sind die ansonsten als Pflichtfelder bzw. bedingten Pflichtfelder gekennzeichneten Felder freiwillig auszufüllen.</p>																					
18	1	Postoperative Falkkonferenz	Fall	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	SW / PVA	SW / PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung der Screening-Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige, Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
18	2	Postoperative Falkkonferenz	Art der Ergebnisdokumentation		erforderlich für die Erfassung von Ergebnissen ohne Durchführung einer Falkkonferenz	Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] DURCHFUEHRUNG	"Postoperative Falkkonferenz" "Ergebnisdokumentation"	Fixtext (2 Auspräg.)	Art und Weise der Erfassung der Ergebnisse: im Rahmen einer regulären Postoperativen Falkkonferenz oder anhand eines Fremdbefundes	E.: manuelle Erfassung V.: "Postoperative Falkkonferenz"	dauerhaft	- Plausibilisierung der Maske (keine Pflichtfelder, wenn "Ergebnisdokumentation" angegeben wurde)
18	3	Postoperative Falkkonferenz	Person	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	SW / PVA	SW	ja		ja	A	[POSTOP_FK] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (da vor der präoperativen Falkkonferenz kein Kontakt mit der Teilnehmerin mehr erfolgt, müssen die Personendaten aus der Abklärungsuntersuchung übernommen werden)	E.: Übernahme der Daten aus dem letzten Abklärungstermin	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
18	4	Postoperative Falkkonferenz	Teilnehmer (verantwortlich leitender PVA)	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	SW / PVA	SW	ja		ja	B	[POSTOP_FK] ARZTID_PVA	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des PVA, der die Konferenz leitet (weitere Teilnehmer werden separat erfasst)	E.: manuelle Erfassung V.: automatisch über angemeldeten Benutzer	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Falkkonferenzen
18	5	Postoperative Falkkonferenz	Übereinstimmung mit Bildgebung	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] KOR_BILDGEBUNG	"OP-Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen der Bildgebung überein" "keine Übereinstimmung, Befund histopathologisch ausgedehnter" "keine Übereinstimmung, Befund histopathologisch weniger ausgedehnt" "keine Übereinstimmung, weitere biopsische Abklärung erforderlich" "Übereinstimmung fraglich, bildgebende Kontrolle erforderlich"	Fixtext (5 Auspräg.)	Übereinstimmung der endgültigen Ergebnisse der histologischen Untersuchung mit den Ergebnissen der Bildgebung	E.: manuelle Erfassung V.: "OP-Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen der Bildgebung überein"	dauerhaft	
												nein	ja	B	[POSTOP_FK] KOR_BILDGEBUNG_ABKL		Freitext	Ergänzende Angaben zur Korrelation der Histopathologie mit der Bildgebung (z. B. Grund oder Angabe weiterer Abklärungsmaßnahmen)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	ja	E	[POSTOP_FK] ERGEBNIS_W_ABKL_AEND_BEF	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Führte das Ergebnis der weiteren Abklärung (und ggf. anschließender OP) zu einer Änderung des abschließenden Befundes?	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
												bed.	ja	E	[POSTOP_FK] ERGEBNIS_W_ABKL_DISKR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Konnte durch weiteren Abklärung (und ggf. anschließender OP) die Diskrepanz zwischen Ergebnis Bildgebung und Histopathologie OP aufgelöst werden?	E.: manuelle Erfassung V.: "ja"	dauerhaft	
18	6	Postoperative Falkkonferenz	Übereinstimmung mit präop. Pathologie	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] KOR_PRAEOP_PATHO	"OP-Ergebnis stimmt mit dem Ergebnis der präoperativen pathologischen Diagnostik überein" "keine Übereinstimmung, entgültiger Befund gravierender" "keine Übereinstimmung, entgültiger Befund weniger gravierend" "keine präoperative pathologische Diagnostik"	Fixtext (4 Auspräg.)	Übereinstimmung der endgültigen Ergebnisse der histologischen Untersuchung mit den Ergebnissen der präoperativen histologischen Diagnostik, sofern vorhanden	E.: manuelle Erfassung V.: "OP-Ergebnis stimmt mit dem Ergebnis der präoperativen pathologischen Diagnostik überein"	dauerhaft	
18	7	Postoperative Falkkonferenz	Übereinstimmung mit Empfehlung (präop. Falkkonferenz)	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] KOR_PRAEOP_FK	"Das Vorgehen entsprach der Absprache in der präoperativen Falkkonferenz" "von dem empfohlenen Vorgehen wurde aufgrund neuer Befunddaten im Laufe der Therapie abgewichen" "Das Vorgehen entsprach nicht der Absprache in der präoperativen Falkkonferenz"	Fixtext (3 Auspräg.)	Übereinstimmung der Durchgeführten Maßnahmen mit der Empfehlung aus der präoperativen Falkkonferenz	E.: manuelle Erfassung V.: "Das Vorgehen entsprach der Absprache in der präoperativen Falkkonferenz"	dauerhaft	
												nein	ja	B	[POSTOP_FK] KOR_PRAEOP_BEMERKUNG		Freitext	Erläuterung zum operativen Vorgehen in Bezug auf die Empfehlung in der Präoperativen Falkkonferenz	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)															
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung					Implement.					Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortung	Verfahren	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art					Feldname (Vorschlag)
18	8	Postoperative Falkonferenz	Anzahl Operationen	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[POSTOP_FK] ANZAHL_OP	≥0	Ganzzahl	Gesamtanzahl der bisher durchgeführten operativen Eingriffe (ohne diagn. offene Biopsien)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	9	Postoperative Falkonferenz	Operative Behandlung abgeschlossen	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[POSTOP_FK] ABSCHLUSS_OP	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob die operative Behandlung zum Zeitpunkt der Falkonferenz bereits abgeschlossen ist	E.: manuelle Erfassung V.: "ja"	dauerhaft	
18	10	Postoperative Falkonferenz	therap. Vorgehen		erforderlich für die richtige Auswertung der Art der durchgeführten Operationen, sowie Bewertung des abschließenden Befundes	Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[POSTOP_FK] OP_VORGEHEN	"keine Operation" "Segmentresektion / Exzision" "Mastektomie"	Fixtext (2 Auspräg.)	Art des therapeutischen operativen Vorgehens	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] CHEMOTHERAPIE	"keine" "neoadjuvant" "adjuvant" "alleinige (ohne OP)"	Fixtext (4 Auspräg.)	Chemotherapie durchgeführt bzw. empfohlen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] STRAHLENTHERAPIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Strahlentherapie durchgeführt bzw. empfohlen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja	E	[POSTOP_FK] MARKIERUNG	"keine Markierungsdrähte angebracht" "Markierungsdrähte in einem Abstand von ≤ 1 cm zu einer nicht palpablen Läsion angebracht" "Markierungsdrähte in einem Abstand von > 1 cm zu einer nicht palpablen Läsion angebracht"	Fixtext (3 Auspräg.)	Anbringung von Markierungsdrähten vor Exzision im einem Abstand von 1 cm zur nicht palpablen Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	12	Postoperative Falkonferenz	Lymphknoten	BMV Anh. 1 (2.2)	Unterscheidung Axilladissektion & Sentinel-Untersuchung erforderlich für die Bestimmung des Anteils der operierten invasiven Karzinome bei denen mind. 10 Lymphknoten entfernt wurden	Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[POSTOP_FK] LK-SENTINEL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	ja	E	[POSTOP_FK] LK-SENTINEL-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	ja	E	[POSTOP_FK] LK-SENTINEL-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-SENTINEL-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Axilladissektion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-AXILLADIS-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja	ja	E	[POSTOP_FK] LK-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Untersuchung der nicht nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											nein	ja	B	[POSTOP_FK] LK-ANDERE_LOKALISATION		Freitext	Lokalisationsangaben der untersuchten nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	ja	E	[POSTOP_FK] LK-ANDERE-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	ja	E	[POSTOP_FK] LK-ANDERE-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-ANDERE-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	13	Postoperative Falkonferenz	Lokalisation des größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumors		erforderlich im Rahmen der medizinischen Dokumentation	Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	nein	ja	E	[POSTOP_FK] SEITE	"rechts" "links"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe der Seite der größten bzw. prognostisch ungünstigsten Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Angabe der Lokalisation (falls möglich) als Uhrzeit oder erste Uhrzeit eines Sektors, bei Lokalisation, die sich über mehrere Uhrzeiten erstrecken.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] LOKALISATION2	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr"	Fixtext (12 Auspräg.)	Angabe einer zweiten Uhrzeit zur Festlegung eines Sektors bei Uhrzeitübergreifenden Lokalisationen (nur Kombination mit einer Uhrzeitangabe (nicht "retromamillär") in LOKALISATION verwendbar)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] DRUESENKOERPER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Läsion im zentralen Drüsenkörper?	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] LOKALISATION_UNSPPEZ	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multifokal" "diffus"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine unifokale, multifokale oder diffus wachsende Läsion handelt.	E.: manuelle Erfassung V.: "unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" falls eine Uhrzeit dokumentiert wurde	dauerhaft	
18	14	Postoperative Falkonferenz	Größe	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	ja	E	[POSTOP_FK] GROESSE-TUMOR	>0 ≤ GROESSE-GESAMT	Ganzzahl	max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgroße
											bed.	ja	E	[POSTOP_FK] GROESSE-GESAMT	>0	Ganzzahl	Gesamtgröße der malignen Läsion in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgroße

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)											
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.											
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
18	15	Postoperative Falkonferenz	pTNM-Klassifikation	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] T-STATUS_TUMOR	"0" "1mic" "1a" "1b" "1c" ("1") "2" "3" "4a" "4b" "4c" "4d" ("4") "X"	Fixtext (15 Auspräg.)	pT-Klassifikation der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau. Die "groben" Klassifikationen ("1"-"4") sind zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgröße
											nein		ja	E	[POSTOP_FK] T-STATUS_KONTRALATERAL	"0" "is" "1mic" "1a" "1b" "1c" ("1") "2" "3" "4a" "4b" "4c" "4d" ("4") "X"	Fixtext (15 Auspräg.)	pT-Klassifikation der kontralateralen Brust. Die "groben" Klassifikationen ("1"-"4") sind zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] N-STATUS_TUMOR	"0" "1mi" "1a" "1b" "1c" ("1") "2a" "2b" ("2") "3a" "3b" "3c" ("3") "X"	Fixtext (14 Auspräg.)	pN-Klassifikation der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau. Die "groben" Klassifikationen ("1"-"2"-"3") sind zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[POSTOP_FK] N-STATUS_KONTRALATERAL	"0" "1mi" "1a" "1b" "1c" ("1") "2a" "2b" ("2") "3a" "3b" "3c" ("3") "X"	Fixtext (14 Auspräg.)	pN-Klassifikation der kontralateralen Brust. Die "groben" Klassifikationen ("1"-"2"-"3") sind zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	15	Postoperative Falkonferenz	Grading	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] GRADING_TUMOR	"1" "2" "3" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (4 Auspräg.)	Grading der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[POSTOP_FK] GRADING_KONTRALATERAL	"1" "2" "3" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (4 Auspräg.)	Grading der kontralateralen Brust	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	16	Postoperative Falkonferenz	Befall des Resektionsrandes	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] BEFALL_RAND	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Befalls des Resektionsrandes	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	17	Postoperative Falkonferenz	vaskuläre Invasion	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] VASK_INVASION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	vaskuläre Invasion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	V.: "nein"
Neben dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor können weitere (insbesondere kontralaterale) Tumoren erfasst werden																					
18	18	Postoperative Falkonferenz	weitere Tumoren	BMV Anh. 1 (2.2)	erforderlich für die Bestimmung der korrekten Anzahl der entdeckten Karzinome	Tumor	Postop. FK	SE	PVA	PVA	nein		ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] "ipsilateral" "kontralateral"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe der Seite in Bezug auf den größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau	E.: manuelle Erfassung ggf. Übernahme aus Lokalisationsangaben der Patho-OP	dauerhaft		
											nein		ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Angabe der Lokalisation als Uhrzeit oder erste Uhrzeit eines Sektors, bei Lokalisationen, die sich über mehrere Uhrzeiten erstrecken.	E.: manuelle Erfassung ggf. Übernahme aus Lokalisationsangaben der Patho-OP	dauerhaft	
											nein		ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] LOKALISATION2	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr"	Fixtext (12 Auspräg.)	Angabe einer zweiten Uhrzeit zur Festlegung eines Sektors bei Uhrzeitübergreifenden Lokalisationen (nur Kombination mit einer Uhrzeitangabe (nicht "retromamillär") in LOKALISATION verwendbar)	E.: manuelle Erfassung ggf. Übernahme aus Lokalisationsangaben der Patho-OP	dauerhaft	
											nein		ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] DRUESENKOERPER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Läsion im zentralen Drüsenkörper?	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] LOKALISATION_UNSP EZ	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multifokal" "diffus"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine unifokale, multifokale oder diffus wachsende Läsion handelt.	E.: manuelle Erfassung V.: "unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" falls eine Uhrzeit dokumentiert wurde	dauerhaft	
											nein		ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] GROESSE-GESAMT	>0	Ganzzahl	Gesamtgröße der malignen Läsion in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgröße
											nein		ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] GROESSE-TUMOR	>0 ≤ GROESSE-GESAMT	Ganzzahl	max. Ausdehnung des Tumors in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgröße
											18	19	Postoperative Falkonferenz	Erläuterungen	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA
18	20	Postoperative Falkonferenz	Abschließende Dignose	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] ERGEBNIS	"nicht maligne" "Diagnose Brustkrebs, weitere kurative Behandlung"	Fixtext (2 Auspräg.)	Abschließende Diagnose	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Mitteilung einer Ausschlussfrist von 5 Jahren an die Zentrale Stelle
Bei der Erfassung bzw. Änderung des Ergebnisteils durch eine regulär durchgeführte Falkonferenz ist das Datum der jeweiligen Falkonferenz sowie ggf. die Teilnehmer zu dokumentieren.																					
18	21	Postoperative Falkonferenz	Datum der Konferenz	BMV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Sitzung	SE	ISW / PVA	ISW / PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK_TERMI] N] DATUM	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der Falkonferenz	E.: manuelle Erfassung V.: aktuelles Datum	dauerhaft		

Datenspezifikation - Vorgaben für eine einheitliche Dokumentation im deutschen Mammographie-Screening

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																		
DS Nr.		P- Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung		Speicherung	autom. Verarbeitung	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung				
18	22	Postoperative Falkkonferenz	Teilnehmer (außer PVA)	BMV Anh. 1 (2.2)																		
						Sitzung Pro Falkkonferenz werden neben dem verantwortw. PVA die teilnehmenden Ärzte, in der Regel mind. die beteiligten Pathologen und chir. tätigen Krankenhausärzte, dokumentiert																
						Teilh.	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	A	(POSTOP_FK_TERMI N_TIELN] ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung (z.B. Arztnummer) oder Name der an der Falkkonferenz teilnehmenden Ärzte	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Falkkonferenzen	



Anlage 2

- schematische Darstellung der
Dokumentationsprozesse in Abhängigkeit vom
Mammographie-Screening-Workflow -

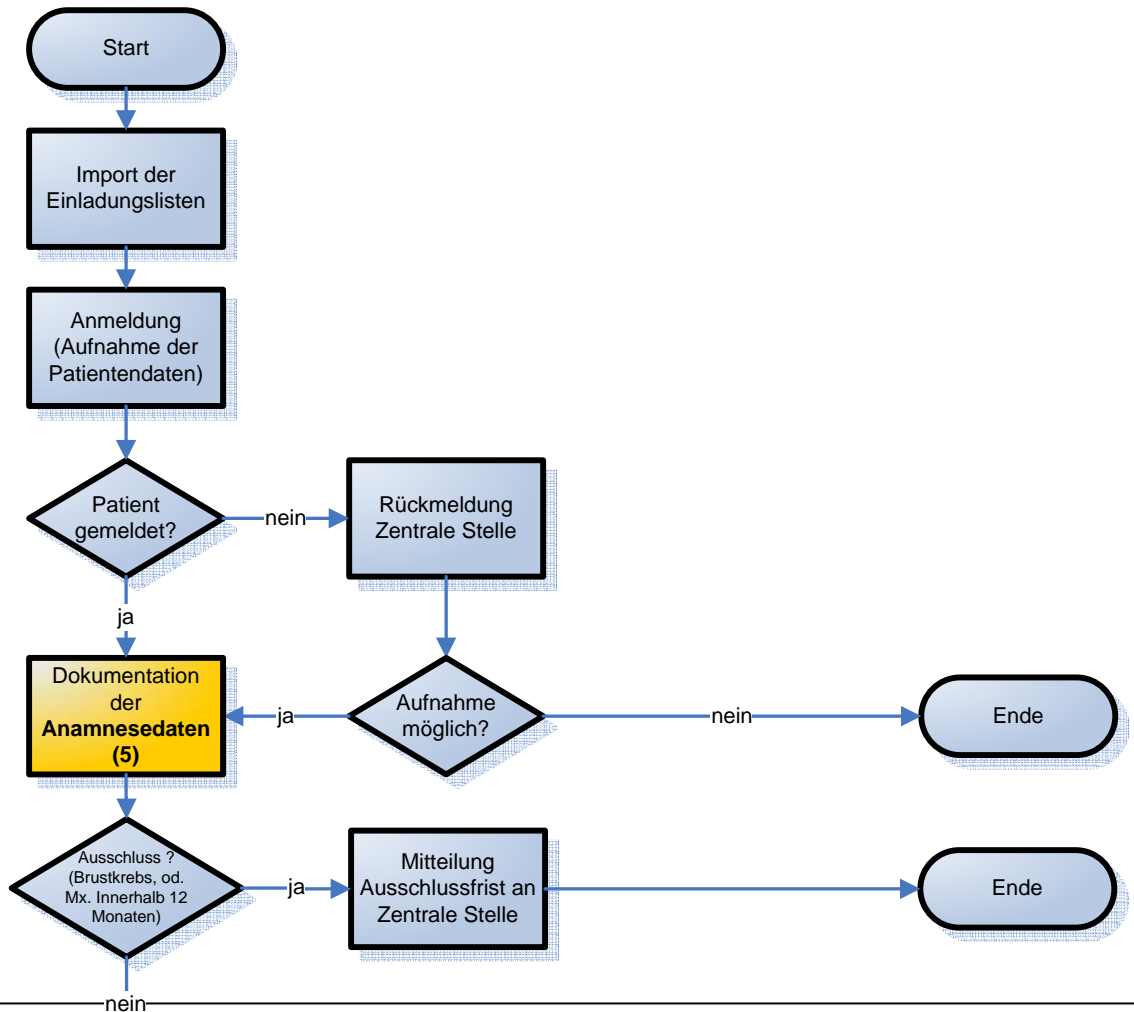
Stand: Mai 2007

Dokumentationsverlauf in der Screening-Einheit

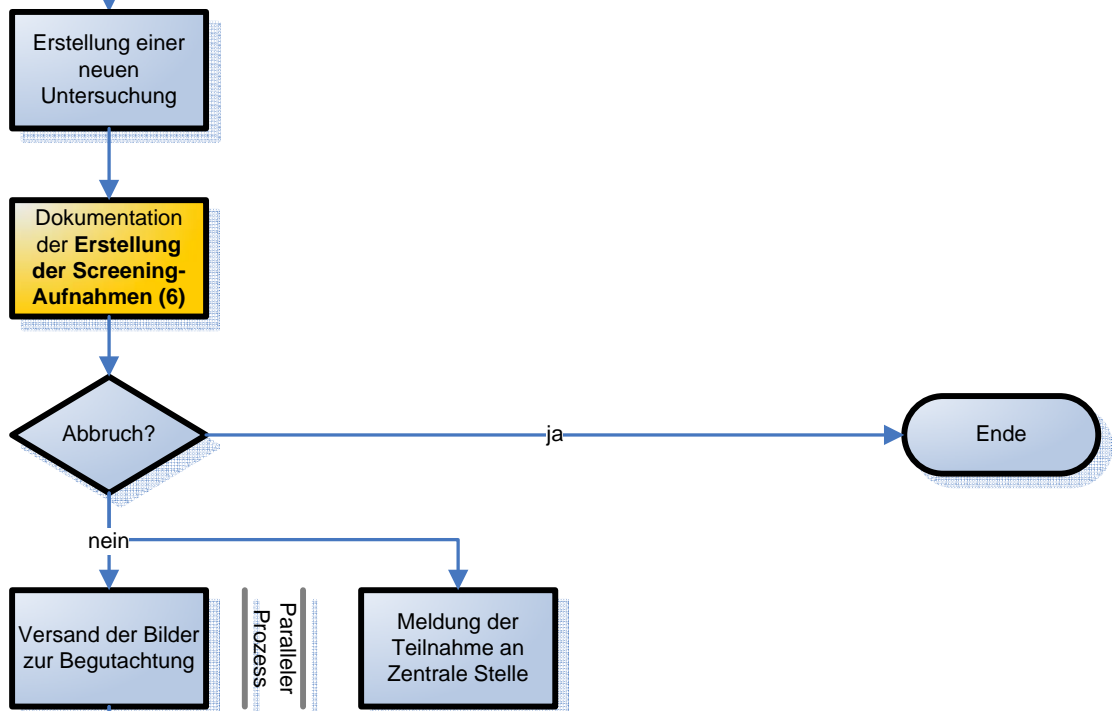
Mittwoch, 16. Mai 2007

Mammographie-Einheit

Empfang



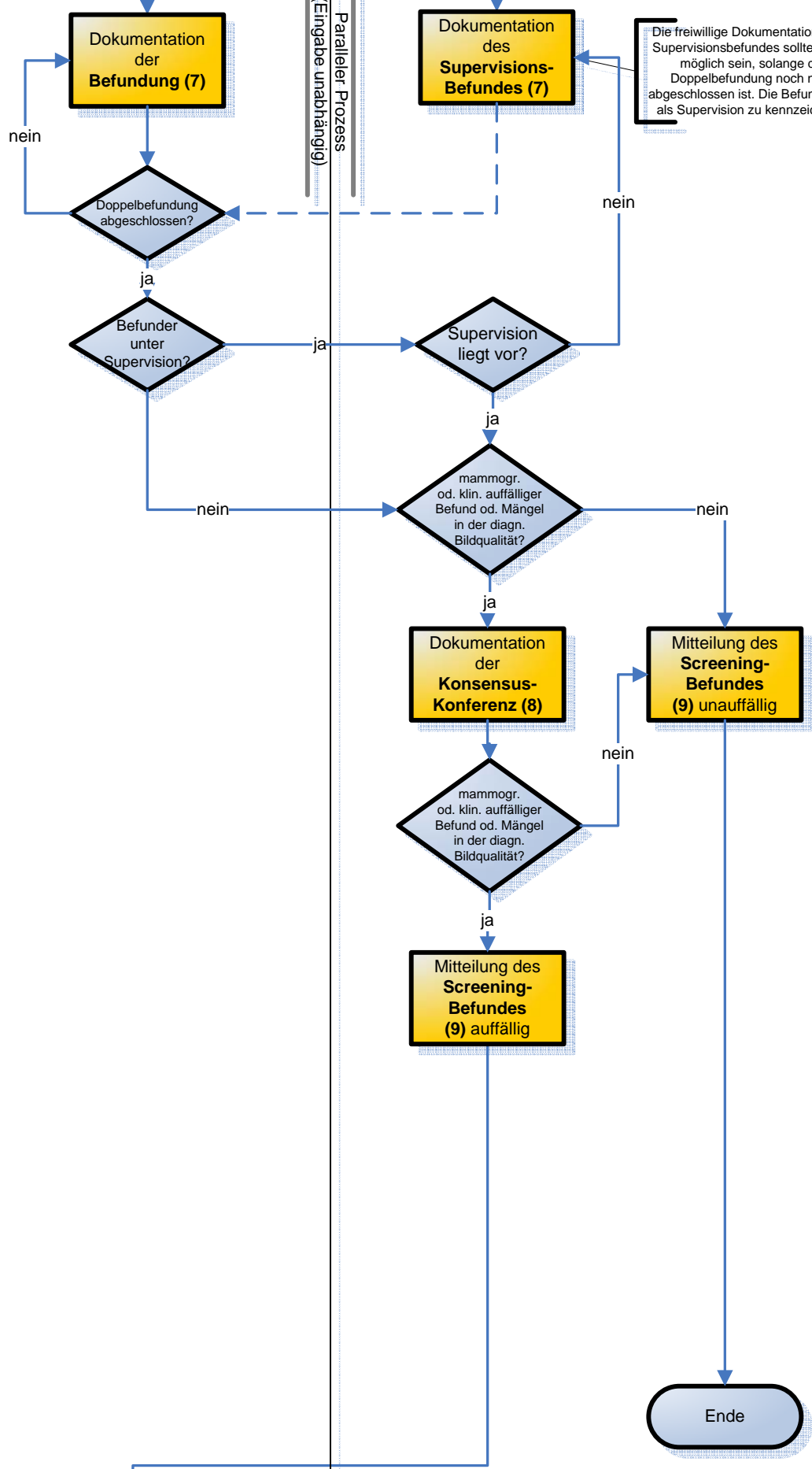
Radiologische Fachkraft



Befundung

Befunder (Doppelbefundung; auch PVA als Befunder)

PVA (als Supervisor und Leiter der Konsensuskonferenz)



Abklärungs-Einheit

PVA

