KOOPERATIONS
GEMEINSCHAFT
MAMMOGRAPHIE

Protokolle zur elektronischen Dokumentation im Mammographie-Screening

- Version 2.1.2 -

Stand: 31.08.2011

Veröffentlicht von der

Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung GbR
Goethestrasse 85
10623 Berlin

Leiterin der Geschäftsstelle
Dr. Tatjana Heinen-Kammerer

Beirat der Kooperationsgemeinschaft Mammographie
Vorsitzender: Dr. Wolfgang Aubke
stellvertretender Vorsitzender: Thorsten Kolterjahn

© Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin, August 2011

Die Wiedergabe von Passagen und Abschnitten aus diesem Dokument sind nur mit Genehmigung des Herausgebers gestattet. Bei Zitaten und Auszügen ist als Quelle „Mammographie-Screening in Deutschland – Protokolle zur Dokumentation veröffentlicht durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie“ anzugeben.

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.

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.

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 Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) 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 Funktionsumfanges darstellen. Natürlich steht es den Anbietern frei, darüber hinaus erforderliche oder von den Benutzern gewünschte Funktionen oder Möglichkeiten zur Dokumentation 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 unerhebli-

chen 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 Anwenderebene 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 Dokumentationsschritte 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.

Anlage 3) Eine Übersicht zur Plausibilisierung der Tumordokumentation

Bei den Angaben zur Stadieneinteilung der entdeckten Karzinome können sowohl in der Dokumentation der präoperativen als auch in der postoperativen Fallkonferenz Unplausibilitäten zwischen der Einteilung in die sogenannten T-Kategorien und den Angabe zur invasiven Größe des Tumors (im Folgenden: Tumorgröße) auftreten. Die tabellarische Übersicht zeigt die möglichen Kombinationen sowie entsprechende Warnhinweise bei unplausiblen Angaben, die in das System zur elektronischen Dokumentation zu integrieren sind.

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 Ärzte / Ärzte Ersatzkassen (Anlage 9.2)
Dok: Dokumentar
ESc: Erst-Screening (erste Screening-Untersuchung der Frau)
FK: Fallkonferenz
FSc: Folge-Screening (weitere Screening-Untersuchung der Frau)
gBA: gemeinsamer Bundesausschuss
Int.-Ca.: Intervallkarzinom
KFE-RL: Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KH: Krankenhaus
KHA: Krankenhausarzt
KK: Konsensuskonferenz
KN: Kontrollnummer(n)
KR: Krebsregister
KRA: Krebsregisterabgleich (nach § 23 KFE-RL)
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 (inkl. Erinnerung)
Versch.: Verschiebung
ZS: Zentrale Stelle

KOOPERATIONS
GEMEINSCHAFT
MAMMOGRAPHIE

Anlage 1

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

Stand: 31.08.2011

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)												
				Erforderlichkeit		Erfassung				Erfassung			Implement.									
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Verantw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
1	1	Meldedaten	Vornamen	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Meldedaten	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	Meldedaten	Familienname	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen - Bildung der Kontrollnummern (KN1-KN3, KN15) der Krebsregister
1	3	Meldedaten	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 Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen - Bildung der Kontrollnummern (KN19, KN20) der Krebsregister
1	4	Meldedaten	frühere Familiennamen	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 zur trennen	**E.:** Import aus Lieferung der Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Kontrollnummern (KN10-KN12, KN18) der Krebsregister
1	5	Meldedaten	Geburtsname	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Familienname	**E.:** Import aus Lieferung der Meldedaten	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	Meldedaten	Geburtsdatum	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht (Geburtsmonat & -jahr erforderlich für KR-Abgleich)	- Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID) - Geburtstag für Bildung der Kontrollnummern (KN13) der Krebsregister
1	7	Meldedaten	Geburtsort	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID)
1	8	Meldedaten	Straße	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen
1	9	Meldedaten	Hausnummer	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen
1	10	Meldedaten	PLZ	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht (PLZ erforderlich für KR-Abgleich)	- Versand der Einladungen
1	11	Meldedaten	Ort	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht (Ort erforderlich für KR-Abgleich)	- Versand der Einladungen
1	12	Meldedaten	Zusatz zu Anschrift	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)												
				Erforderlichkeit		Erfassung				Erfassung			Implement.									
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Verantw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
2	1	Identifikation	Screening-ID	§13 Abs. 3 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Bundeseinheitlich 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)	§13 Abs. 3 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.1) Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN13		Freitext	Kontrollnummer - Geburtstag	**E.:** Generierung aus [FRAU] GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN18		Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter fürherer Name	**E.:** Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - 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	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
2	3	Identifikation	Kommunikations-nummer	§ 23 Abs. 5 KFE-RL		Frau	KRA	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] KOMMNR		Freitext	Kommunikationsnummer zur Identifizierung und Zusammenführung von Teilnehmerbezogenen Datensätzen in den epidemiologischen Krebsregistern	**E.:** wird von der Screening-Einheit zusammen mit der Screening-ID geliefert und für die Dauer des Krebsregisterabgleichs gespeichert	temporär (Zeit des KR-abgleichs)	Krebsregisterabgleich: - Abgleich mit gespeichert Screening-Ids zur Identifizierung der Kontrollnummern der Teilnehmerinnen - Übermittlung an KR

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)										
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung		Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranstw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Frau	**Pro Frau können mehrere Einladungen dokumentiert werden:** Jede anspruchberechtigte 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. Die Mitarbeiter der Zentralen Stelle erhalten nur Zugriff auf die Angaben der jeweils letzten Einladung pro Frau. Der Zugriff auf Angaben aus früheren Einladungen (Einladungs-Historie) wird gesperrt. In begründeten Einzelfällen (z.B. bei dem Vorwurf einer nicht fristgerecht ergangenen Folgeeinladung) kann die Sperrung nach Genehmigung durch die Leitung der Zentralen Stelle vorübergehend aufgehoben werden. Zur Sicherstellung der Evaluation sowie der organisatorischen Anforderungen an das Terminmanagement (z.B. Ermittlung der relativen Teilnahmewahrscheinlichkeit) sollten neben den Angaben zur letzten Einladung bestimmte weiterführende Informationen zur letzten Einladung verfügbar sein, z.B. ob es sich dabei um eine Erst- oder Folgeeinladung nach Teilnahme oder Nicht-Teilnahme handelte (Näheres siehe Parameter 3.9 ff)																
3	1	Einladungs- und Teilnahme-daten	Einladung / erster Termin	§13 Abs. 1 KFE-RL §13 Abs. 16 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.1)	erforderlich für die Auswertung und fristgerechte Wiedereinladung	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW/ ZS	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, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Generierung der Einladungslisten - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des planmäßigen Termin für die nächste Einladung bei Nichtteilnahme ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein")
3	2	Einladungs- und Teilnahme-daten	Terminart (erster Termin)		erforderlich für Auswertung der Teilnahme nach Selbsteinladung	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] EINLADUNG	"Automatisch" "Selbsteinladung"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Art des vergebenen ersten Termins der indiv. Screening-Runde	**E.:** Generierung bei Terminvergabe (autom. Einladung, Selbsteinladung)	dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	
3	3	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ort der Untersuchung	§13 Abs. 1 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.1)		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, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Generierung der Einladungslisten
3	4	Einladungs- und Teilnahme-daten	Alter		erforderlich für Altersgruppen-bestimmung 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] ERSTER_TERMIN - [FRAU] GEBURTSDATUM	dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	
3	5	Einladungs- und Teilnahme-daten	Erinnerung	§13 Abs. 4 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.5)	erforderlich für Generierung der Erinnerung	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] ERINNERUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Einmalige Generierung einer Erinnerung während der Screening-Runde nach Nichtteilnahme	**E.:** Generierung bei Terminvergabe (Erinnerung) **V.:** "nein"	dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Generierung der Erinnerungen - Generierung der Einladungslisten
3	6	Einladungs- und Teilnahme-daten	Verschiebung	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.7)	erforderlich für Auswertung der Teilnahme nach Verschiebung	Einladung	Versch.	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] VERSCHIEBUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	ein- oder mehrmalige Verschiebung des vergebenen Termins durch die Frau		dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Terminverschiebungen - Generierung der Einladungslisten
3	7	Einladungs- und Teilnahme-daten	Teilnahme	§13 Abs. 4 KFE-RL §13 Abs. 5 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.4)		Einladung	Teiln.	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] TEILNAHME	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Kennzeichnung der Teilnahme der Frau (nach letzter Einladung)	**E.:** Aktualisierung bei Import der Teilnehmerlisten **V.:** "nein"	dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Generierung der Erinnerungen - Ermittlung der Teilnahmewahrscheinlichkeit i.R.d. Terminvergabe
3	8	Einladungs- und Teilnahme-daten	letzter Termin	§13 Abs. 4 KFE-RL §13 Abs. 5 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.1, I.4, I.5, I.7)	erforderlich für kurzfristige Auswertungen der Teilnahme	Einladung	TermV / Versch.	ZS	ZS	SW / ZS	bed.	sofern verschieden vom ersten Termin	ja	E	[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN	> [EINLADUNG] ERSTER_ TERMIN < [EINLADUNG] ERSTER_ TERMIN + 22 Monate	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum des zuletzt vergebenen Termins (bei Erinnerung oder Verschiebung) sofern abweichend, vom ersten Termin der Screening-Runde	**E.:** Generierung bei Terminvergabe (Erinnerung, Verschiebung)	dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen
3	8a	Einladungs- und Teilnahme-daten	Datum der letzten Teilnahme	§13 Abs. 5 KFE-RL §13 Abs. 6 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.1)	erforderlich zur Ermittlung der Anspruchs-berechtigung (zeitlicher Abstand seit letzter Untersuchung)	Einladung	Teiln.	ZS	ZS	SW / ZS	bed.	sofern bereits eine Teilnahme erfolgt ist	ja	E	[EINLADUNG] DATUM_LETZTE_ TEILNAHME	< [EINLADUNG] ERSTER_ TERMIN + 22 Monate	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der letzten individuellen Teilnahme der Frau. Es wird immer das Datum der letzten Teilnahme angezeigt, d.h. bei Generierung einer neuen Einladung wird zunächst das letzte Teilnahmedatum aus den früheren Einladungsrunden übernommen. Wenn die Frau auf die aktuelle Einladung hin teilnimmt (Rücklauf der Teilnehmerliste), wird das Datum überschrieben.	**E./B.:** Generierung bei Terminvergabe (automatische Übernahme des letzten Teilnahmedatums aus früherer Einladung) und Aktualisierung bei Import der Teilnehmerlisten von den Screening-Einheiten	dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Erfassung einer erneuten Teilnahme)	- Ermittlung des planmäßigen Termin für die nächste Einladung bei Teilnahme ([EINLADUNG] TEILNAHME = "ja")
3	9	Einladungs- und Teilnahme-daten	Angaben zur vorherigen Einladung und Teilnahme	§13 Abs. 7 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.1)	erforderlich für die Bestimmung der Teilnahmewahrscheinlichkeit aufgrund bisherigen Teilnahme-verhaltens	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] VOHER_ EINLADUNG	"keine" "Ersteinladung" "Folgeeinladung"	Fixtext (3 Ausprägungen)	Angabe, ob für die Frau bereits eine frühere Einladung generiert wurde, ("keine", wenn es sich bei der aktuellen Einladung um eine Ersteinladung handelt) bzw. ob es sich, bei der letzten Einladung um eine Erst- oder Folgeeinladung handelte	**B.:** automatische Änderung bei Generierung einer neuen Einladung: 1) "keine", wenn für die Frau bisher keine Einladung vorliegt; 2) "Ersteinladung", wenn für die Angaben der letzten Einladung gilt: [EINLADUNG] VORHER_ EINLADUNG = "keine"; 3) "Folgeeinladung", wenn [EINLADUNG] VORHER_ EINLADUNG = {"Ersteinladung" oder "Folgeeinladung"}	dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Ermittlung der Teilnahmewahrscheinlichkeit i.R.d. Terminvergabe

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung				Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
3	10				erforderlich für die Bestimmung der Teilnahmewahrscheinlichkeit aufgrund bisherigen Teilnahme-verhaltens	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	bed.	falls [EINLADUNG] VORHER_EINLADUNG = {"Ersteinladung" oder "Folgeeinladung"}	ja	E	[EINLADUNG] TEILNAHME_ VORHER_ EINLADUNG	"nein, bisher keine Teilnahme" "nein, aber Teilnahme zu einem früheren Zeitpunkt" "ja"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob die Frau nach Erhalt der früheren Einladung (in der letzten Einladungsrunde) teilgenommen hat.	**B.:** automatische Änderung bei Generierung einer neuen Einladung: 1) "ja", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: [EINLADUNG] TEILNAHME = "ja" 2) "nein, bisher keine Teilnahme", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und [EINLADUNG] VORHER_ EINLADUNG = "keine") oder ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und [EINLADUNG] TEILNAHME_ VORHER_ EINLADUNG = "nein, bisher keine Teilnahme") 3) "nein, aber Teilnahme zu einem früheren Zeitpunkt", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und [EINLADUNG] TEILNAHME_ VORHER_ EINLADUNG = "ja") oder ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und [EINLADUNG] TEILNAHME_ VORHER_ EINLADUNG = "nein, aber Teilnahme zu einem früheren Zeitpunkt")	dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Ermittlung der Teilnahmewahrscheinlichkeit i.R.d. Terminvergabe
3	11				erforderlich für den Nachweis, ob die letzte Einladung fristgerecht innerhalb von 22-26 Monaten erfolgt ist	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	bed.	falls [EINLADUNG] VORHER_EINLADUNG = {"Folgeeinladung" oder "Ersteinladung"}	ja	E	[EINLADUNG] EINL_ FRISTGERECHT	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob die zuletzt vergebene Einladung fristgerecht zwischen 22 - 26 Monate nach A) vorheriger Teilnahme oder B) vorheriger Einladung bei Nichtteilnahme erfolgt ist	B: automatische Änderung bei Generierung einer neuen Einladung: 1) "ja", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und [EINLADUNG] ERSTER_ TERMIN = (zwischen (aktuelles Datum - 22 Monate) und (aktuelles Datum - 26 Monate)) oder ([EINLADUNG] TEILNAHME = "ja" und [EINLADUNG] LETZTER_ TERMIN = (zwischen (aktuelles Datum - 22 Monate) und (aktuelles Datum - 26 Monate)) 2) "nein", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und ([EINLADUNG] ERSTER_ TERMIN > (aktuelles Datum - 22 Monate) oder < (aktuelles Datum - 26 Monate))) oder ([EINLADUNG] TEILNAHME = "ja" und ([EINLADUNG] LETZTER_ TERMIN > (aktuelles Datum - 22 Monate) oder < (aktuelles Datum - 26 Monate)))	dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Ermittlung der Teilnahmewahrscheinlichkeit i.R.d. Terminvergabe
						Frau	**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.															
3	12	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ausschlussfrist (Beginn)	§13 Abs. 6 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.2)		Ausschluss	Rückm.	ZS	ZS	ZS	ja		ja	E	[AUSSCHLUSS] DATUM_VON		Datum (TT.MM.JJJJ)	Beginn einer vorrübergehenden 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 planmäßigen Termins für die nächste Einladung
3	13	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ausschlussfrist (Ende - bei befristetem Ausschluss)	§13 Abs. 6 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 planmäßigen Termins für die nächste Einladung

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)													Technische Ebene (operative Umsetzung)										
				Erforderlichkeit		Erfassung							Erfassung		Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Frau	**Pro Frau können mehrere Zeiräume dokumentiert werden, in denen sie aufgrund regelmäßiger Lieferungen ihrer Meldedaten als im Programm "aktiv" (grundlegend anspruchsberechtigt) gelten.** Frauen mit aktiven Datensätzen werden regelmäßig alle zwei Jahre eingeladen, solange kein Ausschluss besteht. Die Art und Weise, wie berechnet wird, ob ein Datensatz als 'aktiv' gilt, hängt von der Häufigkeit und Vollständigkeit der Meldedatenlieferungen ab: 1) Werden die Meldedaten der gesamten Zielgruppe regelmäßig und vollständig geliefert und zeitgleich importiert, gilt der Datensatz einer Frau genau dann als nicht mehr aktiv, wenn die Frau nicht mehr in der importierten Meldedatenlieferung enthalten ist. In diesem Fall bezeichnet das Datum des Meldedatenimports das Ende der Aktivität des Datensatzes der Frau. 2) Können die Daten der Zielbevölkerung nicht alle gleichzeitig importiert werden (z.B: wenn Meldeämter einzeln und mit unterschiedlicher Frequenz liefern), ist beim partiellen Dateneimport nicht zu beurteilen, ob der Status 'aktiv' auch weiterhin gilt. (z.B.; wenn die Frau durch einen Umzug fortan von einem anderen Meldeamt geliefert wird) In diesem Fall ist davon auszugehen, dass jeder Datensatz nach erfolgter Datenlieferung eine festgelegte Gültigkeitsdauer besitzt, die jedes mal erneuert wird, wenn der Datensatz von einem Meldeamt geliefert wird. Die Länge der Gültigkeitsdauer entspricht dabei dem Zeitraum, in dem alle Meldedaten der Zielbevölkerung mind. einmal geliefert werden, sollte aber die Dauer eines Jahres nicht überschreiten.																	
3	14	Einladungs- und Teilnahme-daten	Aktive Meldedaten (Beginn)		erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchs-berechtigten Frauen je Screening-Einheit sowie fristgerechte Einladung	Aktivität MD	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[MELDEDATEN] GUELTIG_VON	≤ [EINLADUNG] ERSTER_TERMIN (1. Einladung)	Datum (TT.MM.JJJJ)	Beginn des Zeitraums in dem die Daten der anspruchsberechtigten Frauen regelmäßig geliefert werden (Zeitpunkt der ersten Meldedatenlieferung) Bei längerer Unterbrechung (z.B. durch mehrjährigen Auslandsaufenthalt) können mit zeitl. Abstand auch mehrere Gültigkeitszeiträume pro Frau dokumentiert werden.	**E.:** Generierung bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	
3	15	Einladungs- und Teilnahme-daten	Aktive Meldedaten (Ende)		erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchs-berechtigten Frauen je Screening-Einheit	Aktivität MD	MDL	ZS	ZS	SW / ZS	ja		ja	E	[MELDEDATEN] GUELTIG_BIS	> [MELDEDATEN] GUELTIG_VON	Datum (TT.MM.JJJJ)	Ende des Zeitraums, in dem die Meldedaten regelmäßig geliefert wurden. (z.B. durch Überschreiten der Altersgrenze, Umzug, Tod)	**E.:** Generierung bei Meldedatenlieferung bzw. manuelle Eingabe	dauerhaft	
						Frau	**Pro Frau können mehrere zeitlich befristete Zuordnungen zu einzelnen Screening-Einheiten erfasst werden** Bei erster Meldedatenlieferung wird eine Frau anhand ihrer PLZ einer Screening-Einheit zugeordnet. Durch Umzug oder auf Wunsch der Frau kann sich die Zuordnung im Verlauf der Zeit ändern. Dabei darf eine Frau nie mehr als einer Screening-Einheit gleichzeitig zugeordnet sein.																
3	16	Einladungs- und Teilnahme-daten	Zugehörigkeit zu Screening-Einheit (Beginn)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.7)	erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchs-berechtigten Frauen und Teilnehmerinnen je Screening-Einheit	Zugeh. SE	Rückm. / MDL	ZS	ZS	SW / ZS	ja		ja	E	[FRAU-SE] GUELTIG_VON	≥ [MELDEDATEN] GUELTIG_VON	Datum (TT.MM.JJJJ)	Beginn des Zeitraums, in dem die Frau einer bestimmten Screening-Einheit entweder aufgrund ihres Wohnsitzes oder auf ausdrücklichen Wunsch hin zugeordnet ist. (Bei Wechsel der Screening-Einheit, - z.B. durch Umzug - ist ein neuer Zeitraum mit neuer Zuordnung anzugeben)	**E.:** manuelle Erfassung bei Rückmeldung der Frau ansonsten Generierung bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen
3	17	Einladungs- und Teilnahme-daten	Zugehörigkeit zu Screening-Einheit (Ende)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.7)	erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchs-berechtigten Frauen und Teilnehmerinnen je Screening-Einheit	Zugeh. SE	Rückm. / MDL	ZS	ZS	SW / ZS	bed.	sofern vorhanden	ja	E	[FRAU-SE] GUELTIG_BIS	> [MELDEDATEN] GUELTIG_VON	Datum (TT.MM.JJJJ)	Ende des Zeitraums, in dem die Frau einer bestimmten Screening-Einheit zugeordnet ist. (wird normalerweise nur bei Neuzuordnung angegeben)	**E.:** manuelle Erfassung bei Rückmeldung der Frau ansonsten Generierung bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen
3	18	Einladungs- und Teilnahme-daten	Zugehörigkeit zu Screening-Einheit	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.7)	erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchs-berechtigten Frauen und Teilnehmerinnen je Screening-Einheit	Zugeh. SE	Rückm. / MDL	ZS	ZS	SW / ZS	ja		ja	A	[FRAU-SE] SE	gültige Kennung einer Screening-Einheit gemäß Registrierung der KoopG (Zertifizierungs- und Rezertifizierunsprotokolle)	Freitext	Screening-Einheit der die Frau in dem bestimmten Zeitraum zugeordnet ist. Ist keine explizit von der Klientin gewünschte Zuordnung bekannt, wird sie anhand der PLZ zugeordnet. Bei Änderung der Screening-Einheit wird automatisch die alte Zuordnung mit einem End-Datum geschlossen und eine neue Zuordnung angelegt.	**E.:** manuelle Erfassung bei Rückmeldung der Frau ansonsten Generierung bei Meldedatenlieferung (Die PLZ-Zuordnung wird anhand der Korrelation zwischen dem Wohnort der Klientin und dem Einzugsgebiet der Screenig-Einheit ermittelt)	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen
4	1	Mammographie-Einheit	Adresse ME	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.3)		ME	Meldung SE	ZS	ZS	ZS	ja		ja	B	Erfassung erforderlich, Form beliebig			Adresse der ME (ggf. inkl. Anreisebeschreibungen, etc.)	**E.:** manuelle Erfassung oder Import durch Personal Zentrale Stelle	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen
4	2	Mammographie-Einheit	Termine	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.3)		ME	Meldung SE	ZS	ZS	ZS	ja		ja	B	Erfassung erforderlich, Form beliebig			Termine, die für die Einladungen vergeben werden sollen	**E.:** manuelle Erfassung oder Import durch Personal Zentrale Stelle	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung				Erfassung			Implement.										
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranstw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Frau	**Vor jeder Screening-Untersuchung müssen die Anamnesedaten der Klientin erhoben werden.** Kann aufgrund der Angaben in der Anamnese, welche einen vorrübergehenden 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 vorrübergehenden 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.																
5	1	Anamnese-daten	Anamnese (Datum und Screening-ID)	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V		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	
											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	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL 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	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL 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	KFE-RL 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	KFE-RL 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	KFE-RL 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	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL 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	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL 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	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] PLZ	gültige 5-stellig 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	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL 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	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL 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	KFE-RL 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 IK-Nr. zu erfassen}*	**E.:** Erfassung von der KK-Karte ggf. manuell	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
5	13	Anamnese-daten	Hausarzt, Benachrichtigung	KFE-RL Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] HAUSARZT_NAME	Form beliebig		Name und Titel des Hausarztes TEXTLICHER HINWEIS IM EINGABEFORMULAR OBERHALB DIESES EINGABEFELDES: "Für eine Befundmitteilung an den Hausarzt geben Sie bitte den Namen und die Adresse des Hausarztes an "	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Hausarzt
											nein		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	KFE-RL Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] FRAUENARZT _NAME	Form beliebig		Name und Titel des Frauenarztes TEXTLICHER HINWEIS IM EINGABEFORMULAR OBERHALB DIESES EINGABEFELDES: "Für eine Befundmitteilung an den Frauenarzt geben Sie bitte den Namen und die Adresse des Frauenarztes an "	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Frauenarzt
											nein		ja	B	[ANAMNESE] FRAUENARZT _ADRESSE	Form beliebig		Praxisanschrift des Frauenarztes	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Frauenarzt

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
5	15	Anamnese-daten	frühere Mammographie	KFE-RL Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein			ja	E	[ANAMNESE] FRUEH_MX	"nein" "ja"	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		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Anfertigung der letzten Mammographie	**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	KFE-RL Anl. V §10 Abs. 3 KFE-RL		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein			ja	E	[ANAMNESE] BRUSTKREBS	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorliegen einer bereits diagnostizierten Brustkrebserkrankung inkl. Seitenlokalisation (Während der ersten 5 Jahre nach einer Brustkrebserkrankung 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 Brustkrebserkrankung	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- ggf. Mitteilung eines Ausschlusskriteriums an die Zentrale Stelle
5	17	Anamnese-daten	Brustoperation	KFE-RL 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 Brüste (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. letzen) sonstigen Operation	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft	
5	18	Anamnese-daten	Gegenwärtige Brustbeschwerden	KFE-RL Anl. V §10 Abs. 3 KFE-RL		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. Kenntlichmachung von dokumentierten Brustbeschwerden
											nein			ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-KNOTEN	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "tastbaren 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 andere 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	
5	19	Anamnese-daten	Abbruch durch Frau		erforderlich für Abschluss der Untersuchung	Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein			ja	E	[ANAMNESE] ABBRUCH	"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] ABBRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung				Erfassung			Implement.										
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Frau	**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 Fallkonfernz) bzw. ein Abbruch oder eine postoperative Fallkonferenz dokumentiert wurde.																
6	1	Erstellung Mammo-graphie	Untersuchung (Screening-ID & Datum der Erstellung)	KFE-RL 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 Untersuchungs-ergebnisse (Eingrenzung des Betrachtungszeitraums) - Bildung der Untersuchungs-ID
										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 Mammo-graphie	Person	KFE-RL 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 Mammo-graphie	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 Mammo-graphie	Arztnummer (PVA)	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW/ rad. FK	ja		ja	B	[ERSTELLUNG] ARZTID	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	Freitext	Arztnummer als Kennung des verantwortlichen PVA	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** festgelegt durch systemimmanente Relation zwischen Dokumentator (rad. FK) und verantwortl. PVA	dauerhaft	
6	5	Erstellung Mammo-graphie	Kennung der radiologischen Fachkraft	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW/ rad. FK	ja		ja	B	[ERSTELLUNG] RAD_FACHKRAFT-ID	Kennung eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (rad. FK)	Freitext	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	
6	6	Erstellung Mammo-graphie	Voraufnahmen	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] VORAUFNAHMEN	"Hinzugezogen" "Nicht hinzugezogen"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	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 (Anagbe nur Pflicht, wenn bereits eine frühere Screening-Untersuchung stattgefunden hat)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
						Scr.-Unters.	**Es können mehrer klinische Auffälligkeiten pro Screening-Untersuchung erfasst werden**															
6	7	Erstellung Mammo-graphie	Klinische Auffälligkeiten	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Auffälligk.	Scr.-Unters.	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 Ausprägungen)	Art der klinischen Auffälligkeit	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Falls eine klinische Auffälligkeit dokumentiert wurde, ist diese bei der Befundung anzuzeigen bzw. kenntlich zu machen, dass eine klinische Auffälligkeit vorliegt
										rad. FK	ja		ja	E	[AUFFAELLIGKEIT] SEITE	"rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (3 Ausprägungen)	Seitenlokalisation 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" "retromamillär"	Fixtext (13 Ausprägungen)	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 Mammo-graphie	Zusatzaufnahmen: anatomische Gründe	KFE-RL 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 anatomichen Gründen angezeigt und durchgeführt"	Fixtext (3 Ausprägungen)	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

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)													Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung							Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Scr.-Unters.	**Pro Screening-Untersuchung sind standardmäßig vier Screening-Aufnahmen, sowie ggf. Wiederholungs- und Zusatzaufnahmen zu erfassen**														
6	9	Erstellung Mammo-graphie	erstellte Aufnahmen	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW	ja		ja	E	[AUFNAHME] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung 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)
								ME	PVA	SW	nein		ja	E	[AUFNAHME] ACCESSION_NR		Freitext	eindeutiger Identifikator der Aufnahme, der von digitalen Geräten automatisch generiert wird und zur Lokalisation im PACS verwendet wird. Eine digitale Schnittstelle zur Speicherung von Aufnahmeparametern sollte die Speicherung der Accession-Nr unterstützen.	**E.:** sofern unterstützt, autom. Übernahme aus der digitalen Modalität	dauerhaft	- Archivierung und Referenzierung im PACS
											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 Mammo-graphie	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 mlo" "Zusatzaufnahme aus anatomischen Gründen"	Fixtext (3 Ausprägungen)	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
											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 Ausprägungen)	Seitenlokalisation der Aufnahme	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. automatische Erfassung bei digitalem Gerät	dauerhaft	
6	11	Erstellung Mammo-graphie	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 3 9. Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 4 1.	erforderlich für die korrekte Berechnung der Bildwiederholungsrate wegen technischer Mängel und die Selbstüberprüfung der diagnostischen Bildqualität	Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[AUFNAHME] MAENGEL	"keine Einschränkungen" "Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität festgestellt, Bildwiederholung angezeigt" "Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität festgestellt, Bildwiederholung angezeigt & durchgeführt"	Fixtext (3 Ausprägungen)	Festellung von Einschränkungen bzw. Mängeln in der diagnostischen Bildqualität und ggf. Information über eine Wiederholung der Aufnahme	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "keine Einschränkungen"		- Plausibilitätsprüfung bei Dokumentation der erstellten Aufnahmen
											bed.	falls Einschränkungen in der Diagnostischen Bildqualität festgestellt wurden	ja	E	[AUFNAHME] MAENGEL_URSACHE	"technische Qualitätsmängel" "anatomische Einschränkungen" "mangelnde Kooperation der Frau"	Fixtext (3 Ausprägungen)	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 diese vor mangelnder Kooperation)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "technische Qualitätsmängel"	dauerhaft	- Zusatzangabe bei Selbstüberprüfung der diagnostischen Bildqualität
											nein		ja	B	[AUFNAHME] MAENGEL_SPEZ		Freitext	genauere Spezifikation der Einschränkungen der diagnotischen Bildqualität	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
6	12	Erstellung Mammo-graphie	Röhrenspannung	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[AUFNAHME] ROEHRENSPANNUNG	>0; <100	Ganzzahl	gemessene Röhrenspannung in kV bei Erstellung { Intervall [22, 45]}	**E.:** manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	
6	13	Erstellung Mammo-graphie	Parenchymdosis	KFE-RL Anl. VI (1.1) Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 6 (1.8)		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	bed.	falls mittlere Parenchymdosis direkt vom Gerät angegeben wird	ja	E	[AUFNAHME] PARENCHYMDOSIS	≥ 0	Fließkommazahl	mittlere Parenchymdosis in mGy bei Erstellung (wenn hier keine Eingabe erfolgt, sind die entsprechend der nebenstehenden Berechnung notwendigen Parameter einzugeben)	**E./B.:** manuelle Erfassung oder Berechnung aus {Einfalldosis & Kompressionsschichtdicke & Anoden-Filtermaterial} oder aus {Kompressionsschichtdicke & Röhrenstrom-Zeit-Produkt & Anoden-Filtermaterial} (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	
											bed.	falls Parenchymdosis und Röhrenstrom-Zeit-Produkt nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] EINFALLDOSIS	>0	Ganzzahl	Einfalldosis 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 Ausprägungen)	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 Ausprägungen)	verwendetes Filtermaterial bei Erstellung	**E.:** manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	- Berechnung der mittleren Parenchymdosis
											bed.	falls Parenchymdosis und Einfalldosis nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] RS-ZEITPRODUKT	≥ 0	Fließkommazahl	Röhrenstrom-Zeit-Produkt in mAs bei Erstellung	**E.:** manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	- Berechnung der mittleren Parenchymdosis

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)										
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.							
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
6	14	Erstellung Mammo-graphie	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	Kennung aller im System registrierten Geräte	Freitext oder Ganzzahl	Kennung 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 Mammo-graphie	Bemerkungen		erforderlich für Informations-weitergabe	Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA		rad. FK	nein		ja	B	[ERSTELLUNG] BEMERKUNG		Freitext	weitere Erläuterungen zur Erstellung der Aufnahmen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
6	16	Erstellung Mammo-graphie	Abbruch durch Frau	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA		rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] ABBRUCH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Abbruch der Klientin während der Erstellung der Screening-Mammographie-Aufnahmen	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung
												nein		ja	B	[ERSTELLUNG] ABBRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung Eingabe Pflicht bei Abbruch	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung
6	17	Erstellung Mammo-graphie	Ersteller-Standort		Auswertung der regionalen Zuordnung	Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA		rad. FK	nein		ja	B	[ERSTELLUNG] ME		Freitext	Kennung/Name der Mammographie-Einheit, in der die Aufnahmen erstellt wurden	**E.:** Auswahl aus Liste verfügbarer Mammographie-Einheiten der SE (gepflegt vom PVA) **V.:** Mammographie-Einheit aus der zuletzt vom jeweiligen Benutzer eingegebenen Erstellung von Aufnahmen	dauerhaft	
						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 Ergebnises 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.																	
7	1	Befundung	Befundung	KFE-RL Anl. VI (1.2)		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
												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	
7	2	Befundung	Person	KFE-RL 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	KFE-RL Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)		Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] VORAUFNAHMEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	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.	falls Voraufnahmen aus früherer Untersuchung nicht hinzugezogen	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	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV §10 (5) Anl.9.2 BMV-Ä/EKV §25 (3) a)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)		Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] SUPERVISION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	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 sinvoll für weitergehende Untersuchungen zur Sensitivität bestimmter Bildgebender Verfahren	Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)		Bef. / PVA (SV)	nein		ja	E	[BEFUNDUNG] GEWEBEDICHTE	"Typ ACR 1" "Typ ACR 2" "Typ ACR 3" "Typ ACR 4"	Fixtext (4 Ausprägungen)	Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	6	Befundung	Klinisch auffällig	KFE-RL 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 Ausprägungen)	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 klinische Auffälligkeiten vorliegen)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Auswahl der Fälle für die Konsensuskonferenz

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranstw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Befund	**Pro Befundung kann für jede der erstellen Aufnahmen die Einschränkung bzw. die Empfehlung zur Bildwiederholung dokumentiert werden**															
7	7	Befundung	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	KFE-RL Anl. VI (1.2)			Aufnahme	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[AUFNAHME_BEF] NUMMER	>0	Ganzzahl	forlaufende 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 Ausprägungen)	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	KFE-RL 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 Ausprägungen)	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 mindestens zwei auffällige Läsionen pro Brustseite erfasst werden.** Es muss mind. eine Läsion dokumentiert werden, falls [BEFUNDUNG] BEFUND="Auffällig und Abklärungsbedarf"															
7	9	Befundung	Läsion (Lokalisation)	KFE-RL Anl. VI (1.2)			Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEF_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Seitenlokalisation 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" "retromamillär" "nur mlo erkennbar - oben" "nur mlo erkennbar - unten" "nur cc erkennbar - innen" "nur cc erkennbar - außen"	Fixtext (17 Ausprägungen)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion Angabe im Urzeitschema oder in der Ebene, falls nur in einer Ebene sichbar	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Herstellung des Bezugs zu einer auffälligen Läsion
7	10	Befundung	Beurteilung der Läsion	KFE-RL Anl. VI (1.2)			Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEF_LAESION] ERGEBNIS	("2 - Benigner Befund") "4a - Suspekte Veränderung - eher benigne" "4b - Suspekte Veränderung - eher maligne" "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"	Fixtext (4 Ausprägungen)	mammographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, kann aber zusätzlich vorgesehen werden) (Hinweise zur Migration: Die bis zur Version 2.0 erfassten Klassifikationen werden wie folgt in die neuen Kategorien überführt: "Gutartige Läsion" wird überführt in Kategorie "2..."; "Läsion unklar, eher benigne" wird überführt in Kategorie "4a..."; "Läsion unklar, eher maligne" wird überführt in Kategorie "4b..."; "Läsion sicher maligne" wird überführt in Kategorie "5...")	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	11	Befundung	Art der Läsion	KFE-RL Anl. VI (1.2)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!		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"} ist mindestens eines der Felder mit "ja" zu kennzeichnen.	ja	E	[BEF_LAESION] HERD	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Angabe, ob es sich um einen Herd handelt Nur zulässig, wenn eine Lokalisation im Uhrzeitschema angegeben wurde	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[BEF_LAESION] VERDICHTUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Angabe, ob es sich um eine Verdichtung handelt Nur zulässig, wenn eine Lokalisation in nur einer Ebene angegeben wurde	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[BEF_LAESION] MIKROKALK	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Angabe, ob Mikrokalk vorhanden ist	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[BEF_LAESION] ARCHITEKTUR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Angabe, ob es sich um eine Architekturstörung handelt	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[BEF_LAESION] ASYMMETRIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Angabe, ob es sich um eine Asymmetrie handelt	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	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung				Erfassung				Implement.									
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht		Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						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	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	SW	SW	ja		ja	E	[KONSENSUSKONF] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung der Screening- Untersuchung	**E.:** autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Bezug zur Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
									PVA	SW / PVA	ja		ja	E	[KONSENSUSKONF] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der durchgeführten Konsensuskonferenz	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** aktuelles Datum	dauerhaft	- Abgrenzung von Untersuchungszeitraum
8	2	Konsensus-Konferenz	Person	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	SW	SW	ja		ja	E	[KONSENSUSKONF] 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)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[KONSENSUSKONF] 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.:** angemeldeter Benutzer	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Konsensuskonferenz
8	4	Konsensus-Konferenz	Voraufnahmen	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KONSENSUSKONF] VORAUFNAHMEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprag.)	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-Voraufn. hinzugezogen	ja	E	[KONSENSUSKONF] 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-Voraufn nicht hinzugezogen	ja	B	[KONSENSUSKONF] GRUND_KEINE_ VORAUFN		Freitext	Begründung, wenn Screening-Voraufnahmen nicht hinzugezogen wurden	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
8	5	Konsensus-Konferenz	Gewebedichte in ACR-Klassifikation		Erfassung sinvoll für weitergehende Untersuchungen zur Sensitivität bestimmter Bildgebender Verfahren	Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	nein		ja	E	[KONSENSUSKONF] GEWEBEDICHTE	"Typ ACR 1" "Typ ACR 2" "Typ ACR 3" "Typ ACR 4"	Fixtext (4 Ausprag.)	Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Vorbelegung mit der Angabe aus der zuletzt erfassten Befundung	dauerhaft	
8	6	Konsensus-Konferenz	Klinisch auffällig	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KONSENSUSKONF] RECALL_KLIN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprag.)	Empfehlung zur Wiedereinbestellung 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 anzuzeigen oder zumindest kenntlich zu machen, dass klinische	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Falls mind. ein [BEFUNDUNG] RECALL_KLIN = "ja", dann "ja", sonst "nein"	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss
8	7	Konsensus-Konferenz	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	**Pro Konsensuskonferenz kann für jede der erstellen Aufnahmen die Einschränkung bzw. die Empfehlung zur Bildwiederholung dokumentiert werden**															
						Aufnahme	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[AUFNAHME_KK] NUMMER	>0	Ganzzahl	forlaufende 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 Ausprag.)	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
8	8	Konsensus-Konferenz	Befund	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KONSENSUSKONF] ERGEBNIS	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Ausprag.)	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

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
							Kons.Konf.					**Pro Konsensuskonferenz können mindestens zwei auffällige Läsionen pro Brustseite dokumentiert werden. Es muss mind. eine Läsion dokumentiert werden, falls [KONSENSUSKONF] BEFUND="Auffällig und Abklärungsbedarf"** Bei der Dokumentation der Läsionen können neue Läsionen (mit entsprechender Lokalisation) angelegt werden, bzw. es kann durch Auswahl aus einer Liste der in der Befundung dokumentierten Läsionen Bezug auf eine bereits bekannte Läsion genommen werden. Wird eine Läsion aus der Befundung ausgewählt kann das Lokalisationsschema mit den Angaben aus der jeweiligen Befundung vorbelegt werden. In der Konsensuskonferenz dokumentierte Läsionen sollte zur Nachverfolgung in der weiteren Abklärung referenzierbar sein, d.h. bei der Dokumentation weiterer Abklärungsuntersuchungen aus eine Liste ausgewählt weden können, wobei die Lokalisationsangaben übernommen (vorbelegt aber änderbar) werden.											
8	9	Konsensus-Konferenz	Läsion (Lokalisation)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KK_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisation 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 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 **V.:** siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
8	10	Konsensus-Konferenz	Beurteilung der Läsion	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KK_LAESION] ERGEBNIS	("2 - Benigner Befund") "4a - Suspekte Veränderung - eher benigne" "4b - Suspekte Veränderung - eher maligne" "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"	Fixtext (4 Auspräg.)	mammographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, kann aber zusätzlich vorgesehen werden) (Hinweise zur Migration: Die bis zur Version 2.0 erfassten Klassifikationen werden wie folgt in die neuen Kategorien überführt: "Gutartige Läsion" wird überführt in Kategorie "2..."; "Läsion unklar, eher benigne" wird überführt in Kategorie "4a..."; "Läsion unklar, eher maligne" wird überführt in Kategorie "4b..."; "Läsion sicher maligne" wird überführt in Kategorie "5...")	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
8	11	Konsensus-Konferenz	Ausdehnung der Läsion	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	bed.	Falls [KK_LAESION] ERGEBNIS = {"Läsion unklar, eher benigne" oder "Läsion unklar, eher maligne" 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 handelt Nur zulässig, wenn eine Lokalisation im Uhrzeitschema angegeben wurde	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[KK_LAESION] VERDICHTUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine Verdichtung handelt Nur zulässig, wenn eine Lokalisation in nur einer Ebene angegeben wurde	**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	
												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] ASYMMETRIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine Asymmetrie handelt	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
8	15	Konsensus-Konferenz	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können		Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[KK_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	**E.:** autom. Generierung einer fortlaufenden Nr. bei Anlegen einer Läsion	dauerhaft	- Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung
							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.** Die Dokumentation erfolgt je Fall. Die Liste der Teilnehmer kann mit der Angabe aus dem am selben Tag zuletzt dokumentierten Fall vorbelegt werden.											
8	13	Konsensus-Konferenz	Teilnehmer (außer PVA)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 der Teilnehmerliste des zuletzt am selben Tag vom selben Benutzer dokumentierten Falls	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Konsensuskonferenz
8	14	Konsensus-Konferenz	Erläuterungen	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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.-Mammo-graphie	Befundmitteilung	§16 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV §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 Mittleilungen od. manuelle Erfassung	dauerhaft	
10	1	Abklärung (allg.)	(erster) angebotener Termin	§17 Abs. 1 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV §11 (5)			Scr.-Unters.	nach KK	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	- Erstellung von Einladung / bzw. PVA-Work-Liste

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)											
			Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Verantw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
10	2	Abklärung (allg.)	Abbruch durch Frau		erforderlich für Untersuchungs-abschluss	Scr.-Unters.	Rückm.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[ABKLAERUNG] ABBRUCH	"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] ABBRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung
11	1	Abklärung (Termin)	Abklärungs-untersuchung (Sitzungstermin mit Frau)	KFE-RL Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)		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.																		
						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		ja	E	[TERMIN_ABKL] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der Abklärungsuntersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** aktuelles Datum	dauerhaft	
11	2	Abklärung (Termin)	weitere Anamnese	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV §12 (3) b)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	nein		ja	B	[TERMIN_ABKL] ANAMNESE		Freitext	wichtige weitere Informationen zur Anamnese	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	3	Abklärung (Termin)	Person	KFE-RL Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA / SW	PVA / SW	ja		ja	A	[TERMIN_ABKL] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	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	KFE-RL 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	KFE-RL 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	
11	6	Abklärung (klin. Unters.)	Tastbefund	KFE-RL Anl.VI (2.1)		Abkl.-Termin	**Falls klinische Untersuchung durchgeführt, kann die Tastbarkeit der mammogr. auff. Läsionen oder neue Tastbefunde ohne Korrelation zu einer mammogr. auff. Läsion dokumentiert werden.** Pro Fall sollen mehrere Läsionen dokumentierbar und durch die verschiedenen Abklärungsschritte nachverfolgbar sein, dabei können im jeweiligen Untersuchungsschritt (klinische, mammographische oder sonographische Untersuchung sowie Stanz-oder Vakuumstanzbiopsie) neue Läsionen angelegt werden oder es kann Bezug zu einer bereits dokumentierten Läsion genommen werden. Hierzu ist in der Dokumentation der jeweiligen Untersuchungsschritte eine Liste der im Rahmen der Konsensuskonferenz oder Abklärung bereits dokumentierten Läsionen bereitzustellen. (zur eindeutigen Referenzierung ist eine eindeutige Läsionsnummer erforderlich) Die Lokalisation ist je Untersuchungsschritt neu anzugeben, kann jedoch bei Auswahl der Läsion aus der Läsionsliste mit den zuletzt dokumentierten Angaben vorbelegt werden. Die Vorbelegung kann geändert werden, der Bezug auf die aus-gewählte Läsion muss dabei jedoch erhalten bleiben. Ein Abschluss der Untersuchung kann durch Gesamtbeurteilung des Falls (zusammenfassend über alle Läsionen) in der Gesamtbeurteilung der nicht-invasiven Abklärung (Bildgebung) bzw. in der präoperativen Fallkonferenz erfolgen.																		
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TASTBEFUND] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisation der mammographisch auffälligen Läsion bzw. des Tastbefunds	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	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" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion bzw. des Tastbefunds	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** bei Bezug zu einer bereits dokumen-tierten Läsion (über die Läsions-ID) Vorbelegung mit dem jeweils zuletzt dokumentierten Wert (angegeben im Rahmen der Konsensuskonferenz oder der klinischen, mammographischen, sonographischen oder MRT-Untersuchung der Läsion)	dauerhaft	
											ja		ja	E	[TASTBEFUND] ERGEBNIS	"mammographischer Befund - tastbar" "mammographischer Befund - nicht tastbar" "Tastbefund - keine Korrelation zu einem mammogr. Befund"	Fixtext (3 Auspräg.)	Tastbarkeit und Bezug zur mammogr. Auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	31	Abklärung (klin. Unters.)	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können	Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[TASTBEFUND] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	**E.:** Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)										
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.							
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Verantw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
11	7	Abklärung (klin. Unters.)	Auffälligkeiten	KFE-RL 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] MAMILLENRETRAKTION	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Mamillenretraktion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
												ja		Ja	E	[TERMIN_ABKL] RETRAKTION	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Retraktion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
												ja		Ja	E	[TERMIN_ABKL] PAGET	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Paget	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
												ja		Ja	E	[TERMIN_ABKL] SONSTIGE	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Sonstige	**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	KFE-RL Anl.VI (2.1)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_LYMPHKNOTEN	"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 (mammogr. Unters.)	Notwendigkeit zu zusätzl. Röntgen-Untersuchungen	KFE-RL 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	
							Abkl.-Termin	**Falls "Zusatzaufnahmen erstellt" muss mind. eine mammogr. Zusatzprojektion erfasst werden. Wiederholung von Screening-Mammographien (technical recall) können immer erfasst werden**															
11	11	Abklärung (mammogr. Unters.)	weitere mammographische Aufnahmen	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Aufnahme	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[AUFNAHME_ABKL] 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 (mammogr. Unters.)	Mammographische Zusatzprojektion bzw. Wiederholung von Screening-Mammographie	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Aufnahme	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[AUFNAHME_ABKL] ART	"Screening-Aufnahme cc" "Screening-Aufnahme mlo" "Mammographische Zusatzprojektion"	Fixtext (3 Auspräg.)	Art der erstellten Aufnahme	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls mammogr. Zusatzprojektion oder Wiederholungsaufnahmen von Screening-Mammographien gemacht wurde	ja	E	[AUFNAHME_ABKL] ZUSATZAUFNAHME	"ml" "erweitert cc" "Zusatzaufnahme in Kompressionstechnik" "Vergrößerungsaufnahme" "andere"	Fixtext (5 Auspräg.)	genauere Spezifikation der mammogr. Zusatzprojektion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls mammogr. Zusatzprojektion "andere" gemacht wurde	ja	B	[AUFNAHME_ABKL] SPEZIFIKATION		Freitext	genauere Spezifikation der erstellten Zusatzprojekte "andere"	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja		ja	E	[AUFNAHME_ABKL] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisation der Aufnahme	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	13	Abklärung (mammogr. Unters.)	Befund	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] 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

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)										
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.							
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
							Abkl.-Termin	**Falls Mammographie-Befund auffällig muss mind. eine Läsion dokumentiert werden. Gutartige Läsionen können dokumentiert werden.** (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen zur Dokumentation auffälliger Befunden bei der klinischen Untersuchung / oberhalb Punkt 11.6)														
11	14	Abklärung (mammogr. Unters.)	Läsion (Lokalisation)	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Seitenlokalisation der mammographisch auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	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" "nur mlo erkennbar - oben" "nur mlo erkennbar - unten" "nur cc erkennbar - innen" "nur cc erkennbar - außen"	Fixtext (17Ausprägungen)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion Angabe im Urzeitschema oder in der Ebene, falls nur in einer Ebene sichbar	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
11	15	Abklärung (mammogr. Unters.)	Abstand von der Mamille		Erfassung sinnvoll zur Ergänzung der Lokalisation		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	≥ 0	Ganzzahl	Abstand der mammographisch auffälligen Läsion von der Mamille in mm	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
11	16	Abklärung (mammogr. Unters.)	Beurteilung der Läsion	KFE-RL Anl.VI (2.2)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] ERGEBNIS	"1 - Unauffällig / kein Korrelat" "2 - Benigner Befund" "3 - Wahrscheinlich benigner Befund" "4a - Suspekte Veränderung - eher benigne" "4b - Suspekte Veränderung - eher maligne" "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"	Fixtext (6 Ausprägungen)	mammographische Beurteilung der Läsion in Anlehnung an die BIRADS-Kategorien (Hinweise zur Migration: Mit Version 2.1 der Protokolle werden die Kategorien "1..." und "3..." zusätzlich eingeführt. Die bis zur Version 2.0 erfassten Klassifikationen werden wie folgt in die neuen Kategorien überführt: "Gutartige Läsion" wird überführt in Kategorie "2...."; "Läsion unklar, eher benigne" wird überführt in Kategorie "4a...."; "Läsion unklar, eher maligne" wird überführt in Kategorie "4b...."; "Läsion sicher maligne" wird überführt in Kategorie "5...")	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	17	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Herd/Verdichtung)	KFE-RL Anl.VI (2.2)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] HERD	"kein Herd " "Herd ist gut abgegrenzt" "Herd ist schlecht abgegrenzt" "Herd ist strahlig"	Fixtext (4 Ausprägungen)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Herd (falls Lokalisation im Uhrzeit-Schema möglich)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "kein Herd"	dauerhaft	
												bed.	falls Herd-vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] HERD_AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja		ja	E	[MX_LAESION] VERDICHTUNG	"keine Verdichtung" "Verdichtung"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Verdichtung (falls Lokalisation nur in einer Ebene sichtbar)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "keine Verdichtung"	dauerhaft	
												bed.	falls Verdichtung vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] VERDICHTUNG_ AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	18	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Mikrokalk)	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] MIKROKALK	"kein Mikrokalk" "Feingranulär, überwiegend rund" "Grobgranulär, überwiegend pleomorph" "Überweigend linear verzweigt"	Fixtext (4 Ausprägungen)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Mikrokalk	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "kein 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 Ausprägungen)	Ausrichtung der Verkalkung auf die Drüsengänge, bei vorliegendem Mikrokalk	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	19	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Architektur-störung)	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] ARCHITEKTUR	"Keine Architekturstörung" "Architekturstörung"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Architekturstörung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "keine Achitekturstörung"	dauerhaft	
11	19a	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Asymmetrie)	KFE-RL Anl.VI (2.2)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] ASYMMETRIE	"keine Asymmetrie" "Asymmetrie"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Asymmetrie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "keine Asymmetrie"	dauerhaft	
11	20	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Anderes)	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	muss ausgefüllt werden, falls weder Herd, Mikrokalk, noch Arch.Störung	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
11	32	Abklärung (mammogr. Unters.)	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können		Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[MX_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	**E.:** Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)										
			Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.							
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
11	21	Abklärung (mammogr. Unters.)	Bemerkungen		medizinisch indiziert	Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	nein		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	KFE-RL 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	KFE-RL Anl.VI (2.3)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	bed.	falls sonographische Untersuchung durchgeführt	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
						Abkl.-Termin	**Pro Abklärungstermin mit sonogr. Untersuchung können mehrere sonogr. auffällige Läsionen dokumentiert werden** (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen zur Dokumentation auffälliger Befunden bei der klinischen Untersuchung / oberhalb Punkt 11.6)															
11	24	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Läsion (Lokalisation)	KFE-RL Anl.VI (2.3)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	ja		ja	E	[SONO_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisation der sonographisch auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
												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" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der sonographisch auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	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 mm	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
11	27	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Ausdehnung	KFE-RL 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	KFE-RL Anl.VI (2.3)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!	Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	ja		ja	E	[SONO_LAESION] ERGEBNIS	"1 - Unauffällig / kein Korrelat" "2 - Benigner Befund - Zyste" "2 - Benigner Befund - Solide" "3 - Wahrscheinlich benigner Befund" "4 - Suspekte Veränderung" "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"	Fixtext (6 Auspräg.)	sonographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion in Anlehnung an die BIRADS-Kategorien (Hinweise zur Migration: Mit Version 2.1 der Protokolle werden die Kategorien "1..." und "3..." zusätzlich eingeführt. Die bis zur Version 2.0 erfassten Klassifikationen werden wie folgt in die neuen Kategorien überführt: "Zyste (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" wird überführt in Kategorie "2 - Benigner Befund - Zyste"; "Solide (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" wird überführt in Kategorie "2 - Benigner Befund - Solide"; "Auffälligkeit von unklarer Dignität" und "Malignitätsverdächtiger Befund" werden überführt in Kategorie "4 - Suspekte Veränderung"; "Maligner Befund" wird überführt in Kategorie "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund")	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	33	Abklärung (klin. Unters.)	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können	Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA		PVA	ja		ja	B	[SONO_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	**E.:** Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
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	
11	30	MRT	MRT-Untersuchung		Vollständigkeit der medizinischen Dokumentation		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] MRT_ UNTERSUCHUNG	"Untersuchung nicht notwendig" "Untersuchung durchgeführt" "Untersuchung vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt"	Fixtext (3 Ausprägungen)	Indikationsstellung und ggf. Durchführung einer Magnetresonanztomographie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "Untersuchung nicht notwendig"	dauerhaft	
							Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	bed.	falls MRT durchgeführt	ja	E	[TERMIN_ABKL] MRT_ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung des Arztes, der die MRT-Untersuchung durchgeführt hat (Leistungserbringer)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
							Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	bed.	falls MRT durchgeführt	ja	E	[TERMIN_ABKL] MRT_BEFUND	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf-Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Ausprägungen)	Ergebnis der MRT-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	
							Abkl.-Termin	**Pro Abklärungstermin mit MRT-Untersuchung können mehrere auffällige Läsionen dokumentiert werden** (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen zur Dokumentation auffälliger Befunde bei der klinischen Untersuchung / oberhalb Punkt 11.6)															
							Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA		PVA	ja		ja	B	[MRT_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	**E.:** Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung
							Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Seitenlokalisation der auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
													ja		ja	E	[MRT_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 Ausprägungen)	Lokalisation der auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
							Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	≥ 0	Ganzzahl	Abstand der auffälligen Läsion von der Mamille in mm	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
							Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	sichtbare Ausdehnung der Läsion in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
							Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] ERGEBNIS	"1 - Unauffällig / kein Korrelat" "2 - Benigner Befund" "3 - Wahrscheinlich benigner Befund" "4 - Suspekte Veränderung" "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"	Fixtext (5 Ausprägungen)	kernspintomographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion in Anlehnung an die BIRADS-Kategorien	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
							Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] BESCHREIBUNG	"kein Korrelat" "keine Anreicherung" "diffuse Anreicherung" "fokale Anreicherung eher gutartig" "fokale Anreicherung verdächtig" "fokale Anreicherung hochsuspekt" "sonstiges	Fixtext (7 Ausprägungen)	Beschreibung des kernspintomographisch sichbaren Ergebnisses der Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V./B.:** automatisch mit "kein Korrelat" belegen, wenn [MRT_LAESION] ERGEBNIS = "1 - Unauffällig / kein Korrelat"	dauerhaft	
							Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	nein		ja	B	[TERMIN_ABKL] MRT_BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zur kernspintomographischen Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
							Scr.-Unters.	**Pro Screening-Untersuchung kann nach Abschluss der Bildgebung eine Gesamtbeurteilung der durchgeführten bildgebenden & klinischen Maßnahmen dokumentiert werden** Wird es nach dem eigentlichen Abschluss der bildgebenden Abklärung und Dokumentation der Gesamtbeurteilung in Ausnahmefällen erforderlich, weitere bilgebenden Maßnahmen zu dokumentieren, z.B. im Rahmen einer Kontrolluntersuchung, so ist nach Abschluss der Untersuchungen eine weitere Gesamtbeurteilung zu dokumentieren.															
12	1	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Datum		gesonderte Erfassung erforderlich falls weitere bildgebende Maßnahmen außerhalb der regulären Abklärung durchgeführt werden		Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA		PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Dokumentation der Geamtbeurteilung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** aktuelles Datum	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
12	1a	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	abschließende Beurteilung je Läsion		Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!		Gesamtbeurt.	**Pro Läsion kann ein abschließender Befund dokumentiert werden, welcher die Ergebnisse der einzelnen nicht-invasiven Untersuchungsmaßnahmen korreliert und eine abschließende Empfehlung zur weiteren Behandlung der Läsion ausspricht.** Die Dokumentation des Gesamtbeurteilung je Patientin (abschließendes Ergebnis der nicht-invasiven Abklärung) ist erst möglich, wenn für mindestens eine Läsion eine abschließende Beurteilung dokumentiert wurde (siehe 12.2)											
							Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[GESAMT_ABKL_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	**E.:** Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung
							Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Seitenlokalisation der auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
												ja		ja	E	[GESAMT_ABKL_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 Ausprägungen)	Lokalisation der auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
							Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] ABSTAND_ MAMILLE	≥ 0	Ganzzahl	Abstand der auffälligen Läsion von der Mamille in mm	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
							Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] ERGEBNIS	"1 - Unauffällig / kein Korrelat" "2 - Benigner Befund" "3 - Wahrscheinlich benigner Befund" "4 - Suspekte Veränderung" "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"	Fixtext (5 Ausprägungen)	abschließende Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion nach BIRADS-Klassifikation Eine Beurteilung als "3 - Wahrscheinlich benigner Befund" zieht die Empfehlung einer Kontrolluntersuchung nach sich. In diesem Fall ist die Frist bis zur Kontrolle anzugeben. Eine Beurteilung als "4 - Suspekte Veränderung" oder "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund" zieht eine Indikation zur Biopsie nach sich. In diesem Fall ist die Art der empfohlenen Biopsie anzugeben.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
12	3	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Empfehlung Kontrolle je Läsion	KFE-RL Anl.VI (2.4)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls ERGEBNIS = "3 - Wahrscheinlich benigner Befund"	ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] KONTROLLE_NACH	> 0	Ganzzahl	Anzahl Monate (3<= Monate<=12) bis zur empfohlenen Kontrolluntersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
				Anl.9.2 BMV-Ä/EKV § 12 (4)								bed.	falls ERGEBNIS = "3 - Wahrscheinlich benigner Befund"	ja	B	[GESAMT_ABKL_LAESION] 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 je Läsion	KFE-RL Anl.VI (2.4)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls ERGEBNIS = "4 - Suspekte Veränderung" oder "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"	ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] BIOPSIE	"Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" "Vakuumbiopsie" "Offene Biopsie" "Sonstige Biopsie"	Fixtext (5 Ausprägungen)	Art der empfohlenen Biopsie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
12	5	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Größe je Läsion	KFE-RL Anl.VI (2.4)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls ERGEBNIS = {"3 - Wahrscheinlich benigner Befund" oder "4 - Suspekte Veränderung" oder "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"}	ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] GROESSE-GESAMT	> 0	Ganzzahl	Gesamtgröße der Läsion in mm	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Übernahme des größten Wertes für die Ausdehnung aus den vorher dokumentierten Untersuchungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik	dauerhaft	
												bed.	falls ERGEBNIS = {"3 - Wahrscheinlich benigner Befund" oder "4 - Suspekte Veränderung" oder "5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"}	ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] GROESSE-HAUPT	≥ 0 (≤ GROESSE-GESAMT)	Ganzzahl	Größe des Hauptherdes in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
12	2	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Beurteilung	KFE-RL Anl.VI (2.4) Anl.9.2 BMV-Ä/EKV §12 (4)			Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL] ERGEBNIS	"Unauffällig - Normalbefund oder benigne Läsion - Verbleib im Screening" "Auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie" "Kontrolluntersuchung nach einer bestimmten Frist (nur in Ausnahmefällen)"	Fixtext (3 Ausprägungen)	Beurteilung und Empfehlung nach bisherigen bildgebenden Untersuchungen (kann nur dokumentiert werden, wenn die abschließende Beurteilung zu mind. einer zuvor auffälligen Läsion dokumentiert wurde --> Siehe 12.1a) 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 **V./B.:** automatische Vorbelegung abhängig von den gravierendsten Einzelbefunden, die unter 12.1a dokumentiert werden: 1.) Wenn eine Läsion mit "4 - ..." oder "5 - ..." beurteilt, dann "Auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie" - Sonst: 2.) Wenn eine Läsion mit "3 - ..." beurteilt, dann "Kontrolluntersuchung nach einer bestimmten Frist ..." - Sonst: 3.) "Unauffällig - Normalbefund oder benigne Läsion - Verbleib im Screening"	dauerhaft	
12	6	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Erläuterungen		Erfassung aus ärztlicher Sicht sinnvoll für zusätzliche med. Dokumentation		Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	nein		ja	B	[GESAMT_ABKL] 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	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)												
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.									
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranstw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Scr.-Unters.	**Pro Screening-Untersuchung können mehrere Biopsietermine erfasst werden.** Biopsien dürfen erst nach der Gesamtbeurteilung der Bildgebung erfasst werden, eine offenen Biopsie sogar erst nach einer Präoperativen Fallkonferenz.																
13	1	Abklärung (Biopsie)	Biopsietermin	KFE-RL 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 Biopsietermins	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	2	Abklärung (Biopsie)	Person	KFE-RL 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 Biopsietermin 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	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA		ja			ja	B	[TERMIN_BIOPSIE] ARZTID	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des Arztes, der die Untersuchung durchführt	**E.:** manuelle Erfassung (ggf. automatisch über angemeldeten Benutzer)	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Fallkonferenzen
13	4	Abklärung (Biopsie)	Ablehnung durch Frau	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA		ja			ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] BIOPSIE_ABGELEHNT	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Ablehnung der vom PVA empfohlenen Durchführung einer Biopsie durch die Teilenhmerin (falls mit "ja" markiert erfolgt keine weitere Dokumentation der Biopsie)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	5	Abklärung (Biopsie)	Medikation	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA		ja			ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] BLUTVERDUENNUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Einnahme Blutverdünnender Medikamente durch die Teilnehmerin	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja			ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] ALLERGIEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	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 Biopsietermin können mehrere Biopsien dokumentiert werden.** Eine Biopsie ist die bioptische Abklärung einer auffälligen Läsion, d.h. je Biopsietermin können mehrere Biopsien (mehrere Läsionen) dokumentiert werden. Ebenso kann dieselbe Läsion im Rahmen mehrer Termine mehrfach (unterschiedliche Biopsien) untersucht werden. (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen in Punkt 11.6) Ggf. erforderliche Nachuntersuchungen können teilweise erst mit Abstand von einigen Tagen nach dem Termin zur Biopsie durchgeführt und dokumentiert werden. Aus diesem Grund muss es möglich sein, die Dokumentation einer Biopsie zwischenzuspeichern und zu einem späteren Zeitpunkt abzuschließen.															
13	6	Abklärung (Biopsie)	Läsion (Lokalisation)	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA		ja			ja	E	[BIOPSIE_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Seitenlokalisation der bioptisch abzuklärenden Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
												ja			ja	E	[BIOPSIE_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 Ausprägungen)	Lokalisation der bioptisch abzuklärenden Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
												nein			ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	> 0	Ganzzahl	Abstand der bioptisch abzuklärenden Läsion von der Mamille in mm	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
13	7	Abklärung (Biopsie)	Abbruch		erforderlich für Untersuchungs-Abschluss	Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA		ja			ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ABBRUCH	"nein" "ja"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Abbruch der bioptischen Untersuchung (Bei Abbruch müssen keine weiteren Angaben zur Läsion gemacht werden)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
						Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA		bed.	falls ein Abbruch der Biopsie dokumentiert wurde		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ABBRUCH_GRUND	"Komplikationen" "durch Patientin" "Biopsie methodisch nicht durchführbar" "Befund nicht reproduzierbar"	Fixtext (4 Ausprägungen)	Begründung für den Abbruch der Biopsie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	7a	Abklärung (Biopsie)	Komplikationen		Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!	Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA		bed.	falls ABBRUCH_GRUND = "Komplikationen" und BIOPSIE_ART =("Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" oder "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" oder "Vakuumbiopsie" } (ansonsten freiwillig)		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] KOMPLIKATION	"Brustwandverletzung" "Blutung" "kardiale Komplikation" "akute allergische Reaktion" "Krampfanfall" "Sonstige"	Fixtext (6 Ausprägungen)	Beschreibung von Komplikationen, die während der Biopsie aufgetreten sind, bzw. aufgrund derer die Biopsie abgebrochen werden musste	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls KOMPLIKATION "Sonstige"		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] KOMPLIKATION_SONST		Freitext	Beschreibung der sonstigen Komplikation	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	8	Abklärung (Biopsie)	Art der Biopsie	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA		ja			ja	E	[BIOPSIE_LAESION] BIOPSIE_ART	"Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" "Vakuumbiopsie" "Offene Biopsie" "Sonstige Biopsie"	Fixtext (5 Ausprägungen)	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	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro			Zeit-punkt	Ort	Verantw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
13	9	Abklärung (Biopsie)	Nadeldurchmesser	KFE-RL Anl.VI (2.5)					Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	bed.	falls "Stanz- oder Vakuumbiopsie" durchgeführt wurde	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NADELDURCHMESSER	> 0	Ganzzahl	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	nein		nein	E	[BIOPSIE_LAESION] COAXIALNADEL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Verwendung einer Coaxialnadel	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	11	Abklärung (Biopsie)	Clip eingelegt	KFE-RL Anl.VI (2.5)					Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	bed.	falls "Stanz- oder Vakuumbiopsie" durchgeführt wurde	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] CLIP	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Einlegen eines Clips	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	12	Abklärung (Biopsie)	Anzahl Stanzen	KFE-RL Anl.VI (2.5)					Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	bed.	falls "Stanz- oder Vakuumbiopsie" angegeben wurde	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ANZAHL_ZYLINDER	> 0	Ganzzahl	Anzahl der Stanzzylinder	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Generierung Abrechnungsdaten
13	13	Abklärung (Biopsie)	Bei Mikrokalk						Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	nein		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] PRAEPARATERAD	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Durchführung der Präparateradiographie (falls Mikrokalk)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													nein		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] MIKROKALK	"Mikrokalk in entnommenem Gewebe enhalten" "Mikrokalk in entnommenem Gewebe nicht enhalten" "unsicher, ob Mikrokalk in entnommenem Gewebe enthalten"	Fixtext (3 Auspräg.)	Vorhandensein von Mikrokalk und ggf. Nachweis in entnommenen Gewebe	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	14	Abklärung (Biopsie)	Repräsentativität des Präparates	KFE-RL Anl.VI (2.5)					Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] REPRAESENTATIV	"repräsentativ" "fraglich / nicht repräsentativ"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Repräsentativität des Präparates nach Einschätzung des durchführenden Arztes	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "repräsentativ"	dauerhaft	
13	15	Abklärung (Biopsie)	Nachuntersu-chungen	KFE-RL Anl.VI (2.5)					Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob Nachuntersuchungen durchgeführt wurden oder noch durchgeführt werden. In diesem Fall sind weitere Angaben erforderlich. Sofern die Ergebnisse der Nachuntersuchungen noch nicht vorliegen, muss der Stand der Dokumentation als vorläufig zwischengespeichert und die Dokumentation zu einem späteren Zeitpunkt abgeschlossen werden	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_MX	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Durchführung von Nachuntersuchungen in Form eine Mammographie in zwei orthogonalen Ebenen im Anschluss an die Biopsie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_SONO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Durchführung von Nachuntersuchungen in Form einer Sonographie im Anschluss an die Biopsie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_SONST	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Durchführung von sonstigen Nachuntersuchungen im Anschluss an die Biopsie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS _HAEMATOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Ergebnis der Nachuntersuchung: Vorliegen von Hämatom(en)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS _VERFAERB	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Ergebnis der Nachuntersuchung: Vorliegen von Hautverfärbung(en)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS _SONST	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	sonstige Ergebnise der Nachuntersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
13	16	Abklärung (Biopsie)	Erläuterungen		Erfassung aus ärztlicher Sicht sinnvoll für zusätzliche med. Dokumentation				Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	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	
13	17	Abklärung (Biopsie)	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können				Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	ja		ja	B	[BIOPSIE_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	**E.:** Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)												
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.									
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro			Zeit-punkt	Ort	Veranlw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
								Laesion	**Pro Stanz- oder Vakuumbiopsie muss mindestens eine histologische Beurteilung eingegeben werden.** Zu Beginn seiner Tätigkeit muss zudem jeder Pathologe die ersten 50 von ihm beurteilten Fälle zusammen mit seiner Beurteilung an einen weiteren Pathologen senden, welcher über eine Genehmigung nach § 16 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV verfügt und mindestens 500 histopathologische Beurteilungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms durchgeführt hat. Dieser Pathologe führt ebenfalls eine Beurteilung der Präparate durch. Auch im Folgenden soll die Möglichkeit bestehen bleiben, weitere histologische Beurteilungen einzugeben, z.B. wenn eine weitere histopathologische Beurteilung im Rahmen der präoperativen Fallkonferenz empfohlen wird. Histologische Beurteilungen können vom Pathologen selbst, bzw. vom PVA dokumentiert werden, an den die Ergenbisse gemäß § 20 BMV-Ä/EKV weitergeleitet werden.																
14	1	Abklärung (Pathologie)	histologische Beurteilung im Rahmen der Abklärungsdiagn.	KFE-RL Anl.VI (2.6)				Patho	pathol. Beurt.	KH	Path. / PVA	Path. / Dok.	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der histologischen Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													ja		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] ARZTID	Kennung eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Pathologen	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung 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	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV § 20 (2)				Patho	pathol. Beurt.	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] REF	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um den Zweitbefund eines Referenzpathologen handelt. Falls ja, sind alle folgenden Angaben mit den Werten des Erstbefundes (änderbar) vorzubelegen.	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	- falls "ja", automatische Vorbelegung der nachfolgenden Werte aus der letzten vorliegenden pathologischen Untersuchung
14	3	Abklärung (Pathologie)	Dokumentator	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV § 20 (1) i.V.m (3)	Erfassung eines Fremdbefundes			Patho	pathol. Beurt.	KH/ AE	SW	SW	ja		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] DOKUMENTATOR	Kennung eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	Freitext oder Ganzzahl	Kennung des Benutzers, der die histologische Beurteilung eingibt	**E.:** autom. Erfassung der Kennung des jeweiligen Benutzers bei der Eingabe des Befundes	dauerhaft	
14	4	Abklärung (Pathologie)	Anzahl Schnittpräparate	KFE-RL Anl.VI (2.6)				Patho	pathol. Beurt.	KH	Path. / PVA	Path. / Dok.	nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANZAHL_BLOCK	> 0	Ganzzahl	Anzahl Blöcke	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANZAHL_ZYLINDER	> 0	Ganzzahl	Anzahl Stanzzylinder	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abrechnung - ggf. Plausibilitätsprüfung: Anzahl in Biopsie ≤ Anzahl in Pathologie
													nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANZAHL_ SCHNITTSTUFE	> 0	Ganzzahl	Anzahl Schnittstufen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	5	Abklärung (Pathologie)	Präparate-radiographie	KFE-RL Anl.VI (2.6)				Patho	pathol. Beurt.	KH	Path. / PVA	Path. / Dok.	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PRAEPARATERAD	"Präparateradiographie nicht gesehen" "Präparateradiographie gesehen" "Präparateradiographie selbst erstellt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Vorliegen einer Präparateradiographie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls Präparateradiographie gesehen oder selbst erstellt	ja	E	[BIOPSIE_PATHO] NACHWEIS_ VERKALKUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Nachweis von Verkalkung in der Präparateradiographie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	6	Abklärung (Pathologie)	Histologische Verkalkung	KFE-RL Anl.VI (2.6)				Patho	pathol. Beurt.	KH	Path. / PVA	Path. / Dok.	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.)	Beschreibund der histologischen Verkalkung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	7	Abklärung (Pathologie)	Beurteilung nach B-Kategorie	KFE-RL Anl.VI (2.6)				Patho	pathol. Beurt.	KH	Path. / PVA	Path. / Dok.	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 bioptischen Abklärung (falls Ergebnis = B3)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)													Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung							Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro					Zeit-punkt	Ort	Vera ntw.	Erfas ser	Pflich t	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflic ht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
14	8	Abklärung (Pathologie)	Histologische Diagnose Kategorie B1	KFE-RL Anl.VI (2.6)	erforderlich für die Bewertbarkeit der path. Diagnose (z.B. unzureichende Biopsie)					Patho	pathol. Beurt.	KH	Path. / PVA	Path. / Dok.	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	
			Kategorie B2												nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] MASTOPATHIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibrös(-zystische) Mastopathie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ADENOSE_ KOLUMNARZELL EN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Adenose mit Kolumnarzellmetaplasie	**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.)	pseudoangiomatiöse 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_DUKTEKTASI E	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Periduktale / obliterierende 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	
			Kategorie B3/B4												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] PHYLLOIDES	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Diagnose-Option: Phylloides-Tumor (PT)	**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] SONSTIGE_B3_ LAESION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	sonstige Läsion der Kategorie "B3"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
			Kategorie B5												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	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS-KOMEDONEKROSEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS-Grading - Vorhandensein von Komedonekrosen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS-WHO-GRADING	"low grade" "intermediate grade" "high grade" "nicht beurteilbar"	Fixtext (4 Auspräg.)	DCIS- Grading nach WHO	**E.:** manuelle Erfassung (ggf. Ermittlung aus Kernmalignitätsgrad und Komedonekrosen)	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] LOB_NEOPLASIE_ NEKRO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Lobuläre Neoplasie mit Nekrose / pleomorphe- oder siegelringzellige lobuläre Neoplasie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] UNKLAR_DCIS_ INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	unklar ob DCIS oder invasiv	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-TYP	"duktaler Typ" "lobulärer Typ" "tubulärer Typ" "medullärer Typ" "muzinöserTyp" "anderer spezieller Typ (inkl. Mischtypen)"	Fixtext (6 Auspräg.)	Spezifikation des invasiven Typs	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING	"1" "2" "3" "nicht beurteilbar"	Fixtext (4 Auspräg.)	invasives Karzinom - Grading (Grad 1, wenn Summe (Tubulus-Score + Kernpolymorphie-Score + Mitose-Score) ≥ 3 ≤ 5 Grad 2, wenn Summe ≥ 6 ≤ 7 Grad 3, wenn Summe ≥ 8 ≤ 9)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		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	KFE-RL Anl.VI (2.6)						Patho	pathol. Beurt.	KH	Path. / PVA	Path. / Dok.	nein		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] BEMERKUNG		Freitext	Erläuterung und ergänzende Angaben zur histologischen Diagnose.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	10	Patho (Abklärung)	Markierung für Fortbildung in der Pathologie	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 12 Abs. 8	erforderlich für die Auswahl von Fällen für die Fortbildungs-veranstaltung für Pathologen im RZ					Patho	pathol. Beurt.	KH	Path. / PVA	Path. / Dok.	nein		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] MARKIERUNG_ FOBI	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Möglichkeit des dokumentierenden Arztes, den Fall für das RZ als Vorschlag für die Auswahl von Fällen im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung für Pathologen (nach Anhang 12 Anlage 9.2 BMV-Ä / EKV) zu markieren	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)										
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.							
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Scr.-Unters.	**Pro Screening-Untersuchung können mehrere Präop. Fallkonferenzen dokumentiert werden. Jeweils vor und nach einer diagn. offenen Biopsie ist eine präop. FK durchzuführen**															
15	1	Präoperative Fallkonferenz	Präoperative Fallkonferenz	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Präop. FK	Präop. FK	SE	SW / PVA		SW / PVA	ja		ja	E	[PRAEOP_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)
												ja		ja	E	[PRAEOP_FK] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der Fallkonferenz	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** aktuelles Datum	dauerhaft	
15	2	Präoperative Fallkonferenz	Person	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA		PVA	ja		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 Fallkonferenz 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 Fallkonferenz	Teilnehmer (verantwortlich leitender PVA)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA		PVA	ja		ja	B	[PRAEOP_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 (ggf. automatisch über angemeldeten Benutzer)	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Fallkonferenzen
						Präop. FK	**Pro Fallkonferenz werden neben dem verantwortlichen PVA die teilnehmenden Ärzte, in der Regel mind. die beteiligten Pathologen dokumentiert** Die Dokumentation erfolgt je Fall. Die Liste der Teilnehmer kann mit der Angabe aus dem am selben Tag zuletzt dokumentierten Fall vorbelegt werden.															
15	4	Präoperative Fallkonferenz	Teilnehmer (außer PVA)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Teiln.	Präop. FK	SE	PVA		PVA	ja		ja	B	[PRAEOP_FK_TEILN] ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung (z.B. Name oder Arztnummer) der teilnehmenden Ärzte	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. Teilnehmer des zuletzt dokumentierten Falls	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Fallkonferenzen '- Generierung der Abrechnungsdaten
						Präop. FK	**Pro Fallkonferenz können für mehrere auffällige Befunde (Läsionen) die bisher erfolgte oder geplante minimal-invasive Abklärung dokumentiert werden** Bei der Beurteilung in der präoperativen Fallkonferenz muss auf die zuvor in der Abklärung, insbesondere auf die durch Stanz- oder Vakuumbiopsie untersuchten Läsionen eingegangen werden. Hierzu ist eine entsprechende Liste der in der bisherigen Abklärung als auffällig eingestuften Läsionen bereitzustellen. Bei Auswahl einer Läsion aus dieser Liste können die Lokalisationsangaben in der präoperativen Fallkonferenz mir den Angaben aus der Dokumentation der Biopsie bzw. der letzten bildgebenden Untersuchung vorbelegt werden.															
15	5	Präoperative Fallkonferenz	Läsion (Lokalisation)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Laesion	Präop. FK	SE	PVA		PVA	ja		ja	E	[PRAEOP_FK_LAE] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisation der zu beurteilenden Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. Übernahme aus Liste bereits dokumentierter Läsionen	dauerhaft	
												ja		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" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der zu beurteilenden Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. Übernahme aus Liste bereits dokumentierter Läsionen	dauerhaft	
15	6	Präoperative Fallkonferenz	Histopathologische Untersuchung	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Laesion	Präop. FK	SE	PVA		PVA	ja		ja	E	[PRAEOP_FK_LAE] HIST_DIAGNOSE	"Diagnose erstellt" "Diagnose nicht erstellt" "keine bioptische Abklärung"	Fixtext (3 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 bioptische Abklärung")	dauerhaft	
												bed.	falls "Diagnose nicht erstellt"	ja	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.	falls "keine bioptische Abklärung"	ja	E	[PRAEOP_FK_LAE] GRUND_FEHLENDE_BIOPTISCHE _ABKLAERUNG	"medizinische Indikation zur diagnostischen offenen Biopsie nach bildgebender Untersuchung" "Wunsch der Teilnehmerin zur Durchführung einer offenene diagnostischen Biopsie (Empfehlung zur minimalinvasiven bioptischen Abklärung von Teilnehmerin abgelehnt)" "Andere"	Fixtext (3 Auspräg.)	Begründung für fehlende bioptische Abklärung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	B	[PRAEOP_FK] BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zur Histologischen Diagnose (auch weitere Spezifikationen bei fehlender histologischen Diagnose)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
15	7	Präoperative Fallkonferenz	Übereinstimmung mit Bildgebung	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Laesion	Präop. FK	SE	PVA		PVA	bed.	falls "Diagnose erstellt"	ja	E	[PRAEOP_FK_LAE] BILDGEBUNG	"ja" "nein" "fraglich, bildgebende Kontrolle erforderlich"	Fixtext (3 Auspräg.)	Übereinstimmung der Ergebnisse der histopathologischen Untersuchung mit den Ergebnissen der Bildgebung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
15	12	Präoperative Fallkonferenz	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können	Laesion	Präop. FK	SE	PVA		PVA	ja		ja	B	[PRAEOP_FK_LAE] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	**E.:** Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Verantw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
15	8	Präoperative Fallkonferenz	Ergebnis und weitere Empfehlung	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1) Anl.9.2 BMV-Ä/EKV §12 (4) Anl.9.2 BMV-Ä/EKV §13 (2) c)			Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja		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 erneuten Abklärungsdokumentation) 3,4: Weitere Maßnahmen im Rahmen der Abklärung (Schleife) 5: weitere hisologische Beurteilung des bereits entnommenen Materials (Schleife) 6: Abklärung mit Krebsbefund beendet, Überleitung in Therapie, Möglichkeit Patho-OP & Postop-Fallkonferenz zu dokumentieren	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Empfehlung zur Kontrolluntersuchung	ja	E	[PRAEOP_FK] KONTROLLE_NACH	> 0	Ganzzahl	Anzahl Monate (3<=Monate<=12) bis zur empfohlenen Kontrolluntersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Empfehlung zur Kontrolluntersuchung	ja	B	[PRAEOP_FK] KONTROLLE_ BEGRUENDUNG		Freitext	Begründung für die Notwendigkeit einer vorzeitigen Kontrolluntersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls weiterer Bildgebung erforderlich muss wenigstens eine Untersuchung empfohlen werden	ja	E	[PRAEOP_FK] SONO_ UNTERSUCHUNG	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer Ultraschalluntersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[PRAEOP_FK] MX_ UNTERSUCHUNG	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer mammographischen Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[PRAEOP_FK] MRT_ UNTERSUCHUNG	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer kernspintomographischen Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[PRAEOP_FK] SONST_ UNTERSUCHUNG	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer anderen Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Empfehlung zur Rebiopsie bzw. Biopsie	ja	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	
												bed.	falls das Ergebnis als "Auffällig, Indikation zur Therapie" eingestuft wurde, müssen zumindest Empfehlungen zum operativen Vorgehen angegeben werden. Angaben zur Untersuchung der Lymphknoten sowie zu einer Chemo- und/oder Strahlentherapie sind freiwillig	ja	E	[PRAEOP_FK] OP_VORGEHEN	"keine Operation" "Brusterhaltende Operation" "Mastektomie"	Fixtext (3 Auspräg.)	Empfehlung für das operative Vorgehen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[PRAEOP_FK] LYMPHKNOTEN	"keine Untersuchung der Lymphknoten" "Sentinel-Untersuchung" "Axilladissektion"	Fixtext (3 Auspräg.)	Empfehlung für die Untersuchung der Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[PRAEOP_FK] CHEMOTHERAPIE	"keine" "neoadjuvant" "alleinige (ohne OP)"	Fixtext (3 Auspräg.)	Empfehlung zur Chemotherapie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[PRAEOP_FK] STRAHLENTHERAPIE	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Strahlentherapie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
15	9	Präoperative Fallkonferenz	Anmerkungen		medizinisch indiziert		Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	nein		ja	B	[PRAEOP_FK] BEMERKUNG		Freitext	Anmerkungen und ggf. erforderliche weitere Spezifikation zu den Empfehlungen der Fallkonferenz	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
15	10	Präoperative Fallkonferenz	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	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 Excision im Rahmen einer offenen Biopsie ist p anzugeben, sonst c)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Ergebnis "Auffällig, Indikation zur Therapie"	ja	E	[PRAEOP_FK] T-STATUS	"is" "1mic" "1a" "1b" "1c" "2" "3" "4a" "4b" "4c" "4d" "X"	Fixtext (12 Auspräg.)	T-Klassifikation, nur bei histologisch gesichertem Karzinom erlaubt.	**E.:** manuelle Erfassung **B./V.:** Die T-Klassifikation kann aus den Angaben zur invasiven Größe des Tumors (GROESSE-TUMOR) berechnet und vorbelegt werden. (Siehe Schema in Anhang 3) Bei abweichenden Angaben zwischen eingegebener und berechneter T-Klassifikation ist eine Warnmeldung auszugeben!	dauerhaft	- Plausibilisierung zwischen (invasiver) Tumorgröße und T-Klassifkation)

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
15	11	Präoperative Fallkonferenz	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	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 histlogische Diagnose mit malignem Befund erstellt wurde)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Plausibilisierung zwischen (invasiver) Tumorgröße und T-Klassifkation)
												bed.	falls Ergebnis "Auffällig, Indikation zur Therapie"	ja	E	[PRAEOP_FK] GROESSE-GESAMT	>0	Ganzzahl	Gesamtgröße der malignen Läsion in mm (Angabe nur sinnvoll, wenn bereits eine histlogische Diagnose mit malignem Befund erstellt wurde)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. Übernahme des Wertes [OP_PATHO] INV-GROESSE-TUMOR bei vorliegender Dokumentation einer offenen Biopsie; ggf. Übernahme des Wertes [GESAMT_ABKL] GROESSE-GESAMT bei vorliegender Dokumentation einer minimal-invasiven Biopsie mit nachgewiesener Malignität	dauerhaft	
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 Fallkonferenz bzw. Abschl. Urteil der Bildgebung mitteilt.	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. autom. Erfassung bei Generierung der Mittteilungen	dauerhaft	
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 Fallkonferenz mehr verfügbar sind oder z.B. die Behandlung einer Brustkrebserkrankung ohne operativen Eingriff erfolgt. Die Möglichkeit zur nachträglich Dokumentation einer Patho-OP und Post-op Fallkonferenz muss bestehen.)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung
												nein		ja	B	[INFO-ABKL] ABBRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung durch die Frau bzw. manuallen Abschluss des Falles durch den PVA	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)												
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.									
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Scr.-Unters.					**Pro Screening-Untersuchung können mehrere histolog. Beurteilungen von OP-Präparaten aus diagn. offenen Biopsien und therapeut. Operationen dokumentiert werden.** Die Daten der OP-Pathologie können auch im Falle, dass die OP an keinem kooperierenden 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 gekennzeichneten Felder freiwillig auszufüllen.														
17	1	Patho-OP	histologische Beurteilung eines OP-Präparates (Pathologie)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)			Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] 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	[OP_PATHO] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der pathologischen Begutachtung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	2	Patho-OP	Dokumentator		Erfassung eines Fremdbefundes		Patho	Patho	KH	Path. / PVA	SW	ja		ja	B	[OP_PATHO] DOKUMENTATOR	Kennung eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	Freitext oder Ganzzahl	Kennung des Benutzers, der die histologische Beurteilung eingibt	**E.:** autom. Erfassung der Kennung des jeweiligen Benutzers bei der Eingabe des Befundes	dauerhaft	
17	3	Patho-OP	Pathologe	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	bed.	falls von Kennung des Arztes abweichend	ja	B	[OP_PATHO] ARZTID	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Pathologen oder Name eines externen Pathologen/Instituts	Freitext oder Ganzzahl	Kennung (z.B. Arztnummer) oder Name des Pathologen, der die Beurteilung durchgeführt hat	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
17	4	Patho-OP	Art der Ergebnis-dokumentation		Identifikation, ob es sich um eine vollständige Pathologie im Rahmen des Screenings handelt		Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] DURCHFUERUNG	"Pathologie im Rahmen des Screenings, bzw. durch kooperierendes Institut" "Ergebnisdokumentation eines Fremdbefundes"	Fixtext (2 Ausprägg.)	Art und Weise der Erfassung der Ergebnisse: durch kooperierendes Institut durchgeführt?	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "Pathologie im Rahmen des Screenings, bzw. durch kooperierendes Institut"	dauerhaft	- Plausibilisierung der Maske (keine Pflichtfelder, wenn "Ergebnisdokumentation eines Fremdbefundes" angegeben wurde)
17	5	Patho-OP	Person	KFE-RL Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path. / PVA	SW	ja		ja	A	[OP_PATHO] 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 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	KFE-RL Anl.VI (2.7)	erforderlich zur Identifikation der Läsion		Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	nein		ja	E	[OP_PATHO] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Ausprägg.)	Angabe der Seite, aus welcher das Präparat entnommen wurde	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[OP_PATHO] DRUESENKOERPER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägg.)	Läsion im zentralen Drüsenkörper?	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[OP_PATHO] LOKALISATION_ UNSPEZ	"unifokal" "multifokal"	Fixtext (2 Ausprägg.)	Angabe, ob es sich um eine unifokale oder multifokale Läsion handelt.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	7	Patho-OP	Präparate-radiographie	KFE-RL Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] PRAEPARATERAD	"Präparateradiographie nicht gesehen" "Präparateradiographie gesehen"	binär / Fixtext (2 Ausprägg.)	Vorliegen einer Präparateradiographie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	8	Patho-OP	Histologische Verkalkung	KFE-RL Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path. / PVA	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"	Fixtext (5 Ausprägg.)	Beschreibung der histologischen Verkalkung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	12	Patho-OP	Art der OP	KFE-RL Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ART_OP	"diagnostische offene Biopsie" "therapeutische Excision / Segmentresektion" "Mastektomie"	Fixtext (3 Ausprägg.)	Art der Operation, aus der die untersuchte Probe stammt	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	13	Patho-OP	Gewicht der Probe	KFE-RL Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	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	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Verantw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
17	16	Patho-OP	Beschreibung der benignen Läsion /	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Vorliegen einer benignen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] MASTOPATHIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Fibrös(-zystische) Mastopathie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] ADENOSE_ KOLUMNARZELL EN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Adenose mit Kolumnarzellmetaplasie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] FIBROADENOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Fibroadenom	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] ADENOSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Adenose	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] SKLEROS_ADENOSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Sklerosierende Adenose / Apokrine Adenose	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] PASH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	pseudoangiomatiöse Stromahyperplasie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] HAMARTOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Hamartom	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] FETTGEWEBSNEKROSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Fettgewebsnekrose	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] PAPILLOM-SOLITAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Solitäres Papillom / Duktales Adenom / Adenomyoepitheliom	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] PAPILLOM-MUTIPLE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Multiple Papillome	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] NARBE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] ZYSTE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	solitäre Zyste	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] MASTITIS_ DUKTEKTASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Periduktale / obliterierende Mastitis / Duktektasie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] ADENOM-MAMILLE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Adenom der Mamille	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] PHYLLOIDES_ BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	benigner Phylloides-Tumor	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] SONSTIGE_BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	sonstige benigne Läsion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] ATYP_HYPERPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	atypische duktale Hyperplasie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] FLACHE_EPITHEL_ ATYPIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	flache epitheliale Atypie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] LOB_NEOPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	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	
17	18	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - nicht invasiv	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] DCIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Vorliegen eines duktalen Carcinoma in situ	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls DCIS = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-GROESSE	>0	Ganzzahl	DCIS- Größe (nur duktal) in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls DCIS = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-KERNMALIGNITAET	"niedrig" "intermediär" "hoch" "nicht abschätzbar"	Fixtext (4 Ausprägungen)	DCIS- Grading - Kernmalignitätsgrad	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls DCIS = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-KOMEDONEKROSEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	DCIS-Grading -Vorhandensein von Komedonekrosen	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls DCIS = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-GRADING	"1 (low grade)" "2 (intermediate grade)" "3 (high grade)" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (4 Ausprägungen)	DCIS- Grading (nach WHO)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls DCIS = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-MORBUS-PAGET	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	DCIS - Vorhandensein von Morbus Paget	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
17	19	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - Mikroinvasion	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] MIKROINVASION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Vorhandensein von Mikroinvasion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
17	20	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - nicht invasiv					Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	nein		ja	B	[OP_PATHO] DCIS_SPEZ		Freitext	sonstige Spezifikationen und Ergänzungen zu nicht invasiven malignen Läsionen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
17	21	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Invasives Karzinom	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Vorliegen eines invasiven Karzinoms	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls INVASIV = "ja", ist mind. ein Typ anzugeben	ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-DUKTAL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	invasives Karzinom - duktaler/kein spezifischer Typ (NOS)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-LOBULAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	invasives Karzinom - lobulärer Typ	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-TUBULAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	invasives Karzinom - tubulärer Typ	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-MEDULLAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	invasives Karzinom - medullärer Typ	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-MUZINOES	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	invasives Karzinom - muzinöserTyp	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	invasives Karzinom - sonstiger spezieller Typ	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls INVASIV = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] INV-GRADING	"1" "2" "3" "nicht beurteilbar"	Fixtext (4 Ausprägungen)	invasives Karzinom - Grading (Grad 1, wenn Summe (Tubulus-Score + Kernpolymorphie-Score + Mitose-Score) ≥ 3 ≤ 5 Grad 2, wenn Summe ≥ 6 ≤ 7 Grad 3, wenn Summe ≥ 8 ≤ 9)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls INVASIV = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] INV-GROESSE-TUMOR	>0	Ganzzahl	max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls INVASIV = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] TUMOR_ GESAMTGROESSE	>0 ; ≥ INV-GROESSE-TUMOR	Ganzzahl	Tumorgesamtgröße in mm (invasiv + DCIS, wenn DCIS Ausdehnung > 1 mm 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	Path. / PVA	Path.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ANDERE_MALIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	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	Path. / PVA	Path.	nein		ja	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	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] GEFAESSINV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Peritumorale Gefäßinvasion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
17	25	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Lymphknoten	KFE-RL Anl.VI (2.7)	Unterscheidung zwischen Axilladissektion und Sentinel-untersuchung ist erforderlich für die Auswertung nach Anhang 10 BMV			Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Sentinel-Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls Sentinel-untersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls Sentinel-untersuchung 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 Sentinel-untersuchung 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 Sentinel-untersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-METASTASEN	"keine Metastasen" "ausschließlich Mikrometastasen" "Makrometastasen"	Fixtext (3 Ausprägungen)	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 Ausprägungen)	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 Ausprägungen)	Untersuchung der nicht 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	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)												
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.									
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Verantw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
17	26	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Exzisionsränder	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ 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	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ 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 postiver Tumorzellen in %	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] PGR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hormonrezeptorstatus (Progesteron) bestimmt?	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls Hormonrezeptorstatus (Progesteron) bestimmt wurde	ja	E	[OP_PATHO] PGR-STATUS	≥0 ≤100	Ganzzahl	Hormonrezeptorstatus (Progesteron): Anteil postiver Tumorzellen in %	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] HER2-SCORE	"nicht bestimmt" "0" "1+" "2+" "3+"	Fixtext (5 Auspräg.)	Immunhistochemischer Score bei HER-2-Status	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nicht bestimmt"	dauerhaft	
													bed.	falls invasive Läsion vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] ISH-ANALYSE	"nicht durchgeführt" "durchgeführt, Ergebnis negativ" "durchgeführt, Ergebnis positiv"	Fixtext (3 Auspräg.)	ISH-Analyse	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nicht durchgeführt"	dauerhaft	
17	28	Patho-OP	Anmerkungen	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path.	nein		ja	B	[OP_PATHO] BEMERKUNG		Freitext	Ergänzende Bemerkungen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	29	Patho-OP	Diagnose	KFE-RL Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ERGEBNIS	"normal, keine auffällige Gewebveränderung feststellbar" "benigne" "maligne"	Fixtext (3 Auspräg.)	Abschließende histologische Diagnose	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	30	Patho-OP	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können			Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	**E.:** Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung
17	31	Patho-OP	Markierung für Fortbildung in der Pathologie	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 12 Abs. 8	erforderlich für die Auswahl von Fällen für die Fortbildungs-veranstaltung für Pathologen im RZ			Patho	Patho	KH	Path. / PVA	Path. / Dok.	ja		ja	B	[OP_PATHO] MARKIERUNG_ FOBI	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Möglichkeit des dokumentierenden Arztes, den Fall für das RZ als Vorschlag für die Auswahl von Fällen im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung für Pathologen (nach Anhang 12 Anlage 9.2 BMV-Ä / EKV) zu markieren	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung				Erfassung			Implement.										
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Scr.-Unters.	**Pro Screening-Untersuchung wird der Ergebnisteil der Postoperative Fallkonferenz 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 Fallkonferenz 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.																	
18	1	Postoperative Fallkonferenz	Fall	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Fallkonferenz	Art der Ergebnis-dokumentation		erforderlich für die Erfassung von Ergebnissen ohne Durchführung einer Fallkonferenz	Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] DURCHFUERUNG	"Postoperative Fallkonferenz" "Ergebnisdokumentation"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Art und Weise der Erfassung der Ergebnisse: im Rahmen einer regulären Postoperativen Fallkonferenz oder anhand eines Fremdbefundes	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "Postoperative Fallkonferenz"	dauerhaft	- Plausibilisierung der Eingabe (keine Pflichtfelder, wenn "Ergebnisdokumentation" angegeben wurde
18	3	Postoperative Fallkonferenz	Person	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 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	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
18	4	Postoperative Fallkonferenz	Teilnehmer (verantwortlich leitender PVA)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Fallkonferenzen
18	5	Postoperative Fallkonferenz	Übereinstimmung mit Bildgebung	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 bioptische Abklärung erforderlich" "Übereinstimmung fraglich, bildgebende Kontrolle erforderlich"	Fixtext (5 Ausprägungen)	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	
											nein		ja	B	[POSTOP_FK] ERGEBNIS_W_ ABKL		Freitext	Ergebnis der weiteren Maßnahmen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls keine Übereinstimmung mit Bildgebung und Empfehlung weiterer Abklärungsmaßnahmen	ja	E	[POSTOP_FK] ERGEBNIS_W_ ABKL_AEND_BEF	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Führte das Ergebnis der weiteren Abklärung (und ggf. anschließender OP) zu einer Änderung des abschließenden Befundes?	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls keine Übereinstimmung mit Bildgebung und Empfehlung weiterer Abklärungsmaßnahmen	ja	E	[POSTOP_FK] ERGEBNIS_W_ ABKL_DISKR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	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 Fallkonferenz	Übereinstimmung mit präop. Pathologie	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Ausprägungen)	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 Fallkonferenz	Übereinstimmung mit Empfehlung (präop. Fallkonferenz)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Fallkonferenz" "von dem empfohlenen Vorgehen wurde aufgrund neuer Befunddaten im Laufe der Therapie abgewichen" "Das Vorgehen entsprach nicht der Absprache in der präoperativen Fallkonferenz"	Fixtext (3 Ausprägungen)	Übereinstimmung der Durchgeführten Maßnahmen mit der Empfehlung aus der präoperativen Fallkonferenz	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "Das Vorgehen entsprach der Absprache in der präoperativen Fallkonferenz"	dauerhaft	
											nein		ja	B	[POSTOP_FK] KOR_PRAEOP_ BEMERKUNG		Freitext	Erläuterung zum operativen Vorgehen in Bezug auf die Empfehlung in der Präoperativen Fallkonferenz	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)												Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung						Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro		Zeit-punkt	Ort	Verantw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
18	8	Postoperative Fallkonferenz	Anzahl Operationen	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Fallkonferenz	Operative Behandlung abgeschlossen	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Fallkonferenz bereits abgeschlossen ist	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "ja"	dauerhaft	
18	10	Postoperative Fallkonferenz	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 (3 Auspräg.)	Art des therapeutischen operativen Vorgehens	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] OP_ORT		Freitext	Angaben zum Krankenhaus, in dem die operative Behandlung durchgeführt wurde, bzw. zur Person des Operateurs	**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	
18	12	Postoperative Fallkonferenz	Lymphknoten	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.2)	Unterscheidung Axilladissektion & Sentinel-Untersuchung erforderlich für die Bestimmung des Anteils der operierten invasiven Karzinome, bei denen mind. 10 Lympknoten 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.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
												bed.	falls Sentinel-untersuchung durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-SENTINEL-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
												bed.	falls Sentinel-untersuchung durchgeführt	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 **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
												ja		ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Axilladissektion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
												bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
												bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	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 **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
												ja		ja	E	[POSTOP_FK] LK-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Untersuchung der nicht nicht-regionären Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
												nein		ja	B	[POSTOP_FK] LK-ANDERE _LOKALISATION		Freitext	Lokalisationsangaben der untersuchten nicht-regionären Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
												bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-ANDERE-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
												bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	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 **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
18	13	Postoperative Fallkonferenz	Lokalisation des größten bzw. prognostisch ungüstigsten 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 Erstreckt sich die maligne Läsion über mehrere Sektoren, sollte das Zentrum der Läsion lokalisiert und die Läsion als unspezifisch klassifiziert werden.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] LOKALISATION_UNSPEZ	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multiple Herde" "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	
												bed.	falls [POSTOP_FK] LOKALISATION_ UNSPEZ ="multiple Herde"	ja	E	[POSTOP_FK] ABSTAND_HERDE	"<4 cm" "≥ 4 cm"	Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe zum Abstand zwischen den Herden, wenn "multiple Herde" dokumentiert wurden	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
18	14	Postoperative Fallkonferenz	Größe	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben und abweichend von Gesamtgröße	ja	E	[POSTOP_FK] GROESSE-TUMOR	≥0 ≤ GROESSE-GESAMT	Ganzzahl	max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	- Plausibilisierung zwischen (invasiver) Tumorgröße und T-Klassifkation)
											bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] GROESSE-GESAMT	>0	Ganzzahl	Gesamtgröße der malignen Läsion in mm	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
18	15	Postoperative Fallkonferenz	pTNM-Klassifikation	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] T-STATUS_TUMOR	"0" "is" "1mic" "1a" "1b" "1c" ("1") "2" "3" "4a" "4b" "4c" "4d" ("4") "X"	Fixtext (15 Ausprägungen)	T-Klassifikation der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau. Die unspezifischen Klassifikationen ("1", "4") sind nur zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird.	**E.:** manuelle Erfassung **B./V.:** Die T-Klassifikation kann aus den Angaben zur invasiven Größe des Tumors (GROESSE-TUMOR) berechnet und vorbelegt werden. (Siehe Schema in Anhang 3) Bei abweichenden Angaben zwischen eingegebener und berechneter T-Klassifikation ist eine Warnmeldung auszugeben!	dauerhaft	- Plausibilisierung zwischen (invasiver) Tumorgröße und T-Klassifkation)
											bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] T-PRAEFIX_TUMOR	"p" "yp"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Vorsilbe der T-Klassifikation des Primärtumors. Bei Bestimmung der T-Kategorie erst nach neoadjuvanter Therapie ist "yp" anzugeben, sonst "p"	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "p"	dauerhaft	
											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 Ausprägungen)	T-Klassifikation der kontralateralen Brust Die unspezifischen Klassifikationen ("1", "4") sind nur zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[POSTOP_FK] T-PRAEFIX_ KONTRALATERAL	"p" "yp"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Vorsilbe der T-Klassifikation der kontralateralen Brust. Bei Bestimmung der T-Kategorie erst nach neoadjuvanter Therapie ist "yp" anzugeben, sonst "p"	**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 Ausprägungen)	pN-Klassifikation der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau.	**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 Ausprägungen)	pN-Klassifikation der kontralateralen Brust.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] M-STATUS	"0" "1" "X"	Fixtext (3 Ausprägungen)	M-Klassifikation	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	16	Postoperative Fallkonferenz	Grading	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Ausprägungen)	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 Ausprägungen)	Grading der kontralateralen Brust	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	17	Postoperative Fallkonferenz	Befall des Resektionsrandes	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Ausprägungen)	Befalls des Resektionsrandes	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
18	18	Postoperative Fallkonferenz	vaskuläre invasion	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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 Ausprägungen)	vaskuläre Invasion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)											Technische Ebene (operative Umsetzung)											
				Erforderlichkeit		Erfassung					Erfassung			Implement.								
DS Nr.	P-Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Pro	Zeit-punkt	Ort	Veranw.		Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Postop. FK	**Neben dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor können weitere (insbesondere kontralaterale) Tumoren erfasst werden**															
18	19	Postoperative Fallkonferenz	weitere Tumoren		erforderlich für die Bestimmung der korrekten Anzahl der entdeckten Karzinome	Tumor	Postop. FK	SE	PVA	PVA	nein		ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] SEITE	"rechts" "links"	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 (falls möglich) als Uhrzeit Erstreckt sich die maligne Läsion über mehrere Sektoren, sollte das Zentrum der Läsion lokalisiert und die Läsion als unspezifisch klassifiziert werden.	**E.:** manuelle Erfassung	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_UNSPEZ	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multiple Herde" "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	
											bed.	falls [POSTOP_FK] LOKALISATION_ UNSPEZ ="multiple Herde"	ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] ABSTAND_HERDE	"<4 cm" "≥ 4 cm"	Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe zum Abstand zwischen den Herden, wenn "multiple Herde" dokumentiert wurden	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] GROESSE-GESAMT	>0	Ganzzahl	Gesamtgröße der malignen Läsion in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] GROESSE-TUMOR	≥0 ≤ GROESSE-GESAMT	Ganzzahl	max. Ausdehnung des Tumors in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	20	Postoperative Fallkonferenz	Erläuterungen	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	nein		ja	B	[POSTOP_FK] BEMERKUNG		Freitext	weitere Erläuterungen zum Fall	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	21	Postoperative Fallkonferenz	Abschließende Dignose	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV 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
						Postop. FK	**Bei der Erfassung bzw. Änderung des Ergebnisteils durch eine regulär durchgeführte Fallkonferenz ist das Datum der jeweiligen Fallkonferenz sowie ggf. die Teilnehmer zu dokumentieren.**															
18	22	Postoperative Fallkonferenz	Datum der Konferenz	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.2)		Sitzung	Postop. FK	SE	SW / PVA	SW / PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK_TERMIN] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der Fallkonferenz	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** aktuelles Datum	dauerhaft	
						Sitzung	**Pro Fallkonferenz werden neben dem verantw. PVA die teilnehmenden Ärzte, in der Regel mind. die beteiligten Pathologen und chir. tätigen Krankenhausärzte, dokumentiert** Die Dokumentation erfolgt je Fall. Die Liste der Teilnehmer kann mit der Angabe aus dem am selben Tag zuletzt dokumentierten Fall vorbelegt werden.															
18	23	Postoperative Fallkonferenz	Teilnehmer (außer PVA)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.2)		Teiln.	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	A	[POSTOP_FK_TERMIN_TEILN] ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung (z.B. Arztnummer) oder Name der an der Fallkonferenz teilnehmenden Ärzte	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. Teilnehmer des zuletzt dokumentierten Falls	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Fallkonferenzen '- Generierung der Abrechnungsdaten
19	1	Identifikation	Kommunikations-nummer	§ 23 Abs. 5 KFE-RL		Frau	KRA	SE	SE	SW	ja		ja	A	[FRAU] KOMMNR		Freitext	Kommunikationsnummer zur Identifizierung und Zusammenführung von Teilnehmerbezogenen Datensätzen in den epidemiologischen Krebsregistern	**E.:** automatische Generierung (siehe separates Protokoll zum Kresbsregisterabgleich)	temporär (Zeit des KR-abgleichs)	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR und ZS - Abgleich Rückmeldung von RZ
						Frau	**Bei jeder Einladung sind bestimmte Informationen von der Zentralen Stelle zusammen mit der Einladungsliste zur dauerhaften Speicherung an die Screening-Einheit zu übermitteln**															
20	1	Informationen aus Einladungsliste	Einladungsart		erforderlich für separate Auswertung von Selbst-einladerinnen	Einladung	Erhalt Einlad.-liste	SE	SE	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] EINLADUNG	"Automatisch" "Selbsteinladung"	Fixtext (2 Auspräg.)	Art der Einladung/Terminvergabe	**E.:** automatische Übernahme aus der Einladungsliste von der ZS, identisch mit dem Parameter [EINLADUNG] EINLADUNG in der ZS	dauerhaft	
20	2	Informationen aus Einladungsliste	Einladungsdatum (erster vergebener Termin)		erforderlich für Zuordnung der Einladungsrunde	Einladung	Erhalt Einlad.-liste	SE	SE	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] ERSTER_TERMIN		Datum (TT.MM.JJJJ)	Art der Einladung/Terminvergabe	**E.:** automatische Übernahme aus der Einladungsliste von der ZS, identisch mit dem Parameter [EINLADUNG] ERSTER_TERMIN in der ZS	dauerhaft	
20	3	Informationen aus Einladungsliste	Angaben zu früheren Teilnahmen	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 9 (I.4)		Einladung	Erhalt Einlad.-liste	SE	SE	SW	bed.	falls bei letzter Einladung eine Teilnahme erfolgt ist	ja	E	[EINLADUNG] SE		Freitext	Ort der Teilnahme (bei letzter Einladung)	**E.:** automatische Übernahme aus der Einladungsliste von der ZS falls bei letzter Einladung eine Teilnahme erfolgte; wird aus dem Parameter [EINLADUNG] ME in der ZS ermittelt	dauerhaft	- Anforderung von Voraufnahmen
											bed.	falls bei letzter Einladung eine Teilnahme erfolgt ist	ja	E	[EINLADUNG] DATUM_ LETZTE_TEILNAHME		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Teilnahme (bei letzter Einladung)	**E.:** automatische Übernahme aus der Einladungsliste von der ZS falls bei letzter Einladung eine Teilnahme erfolgte; ist identisch mit dem Parameter [EINLADUNG] DATUM_ LETZTE_TEILNAHME in der ZS	dauerhaft	- Anforderung von Voraufnahmen

* in der Spalte "automatische Verarbeitung" sind ausschließlich Datenverarbeitungsprozesse zur Sicherstellung der weiteren Anforderungen an die Dokumentation und zur Unterstützung des Screening-Workflows beschrieben
Die Verarbeitung der Daten zur Erstellung von Berichten, Listen oder statistischen Berechnungen im Rahmen der Evalaution oder zur Qualitätssicherung werden ausführlich in den Protokollen zur Evaluation beschrieben

KOOPERATIONS
GEMEINSCHAFT
MAMMOGRAPHIE

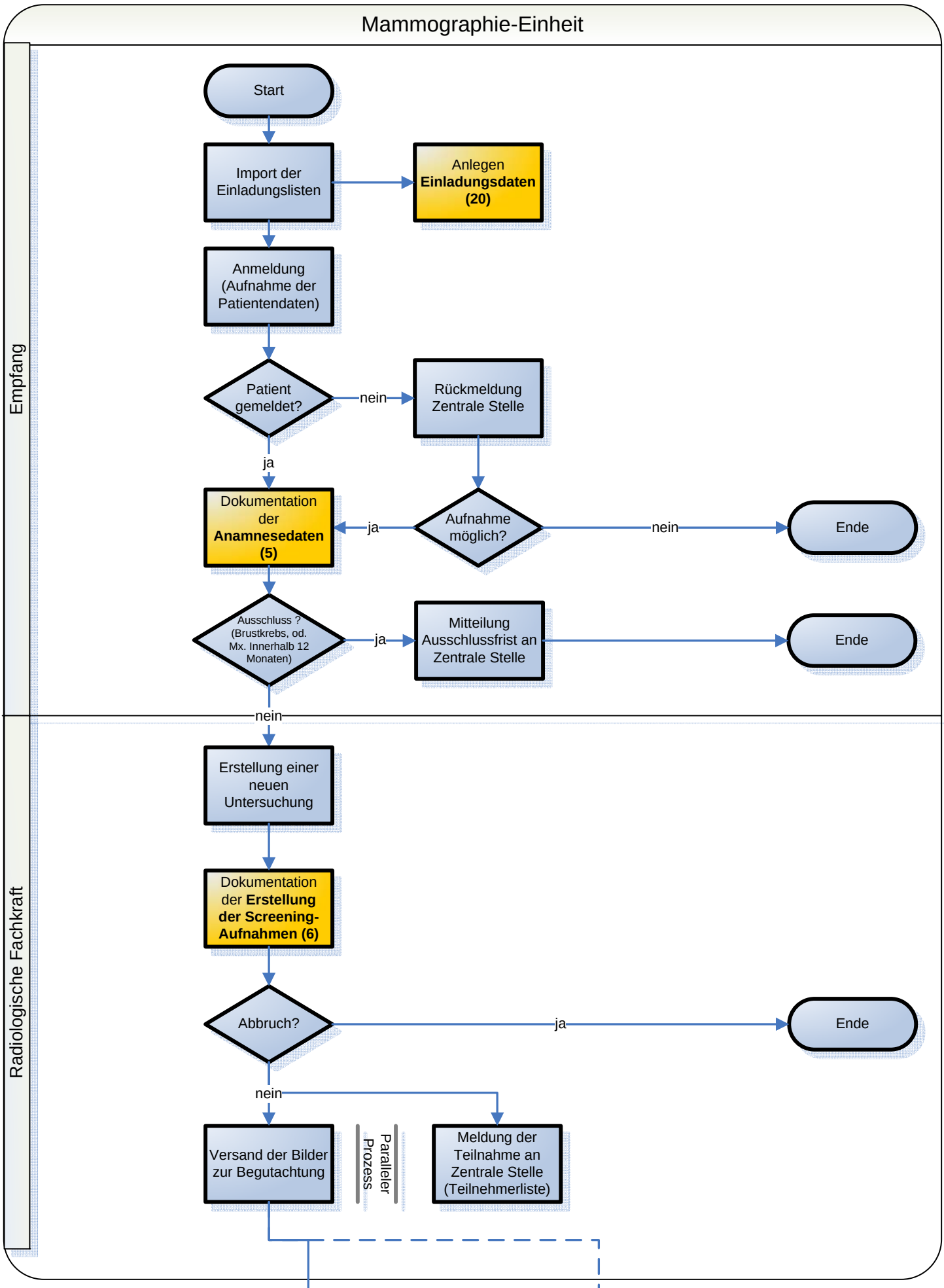
Anlage 2

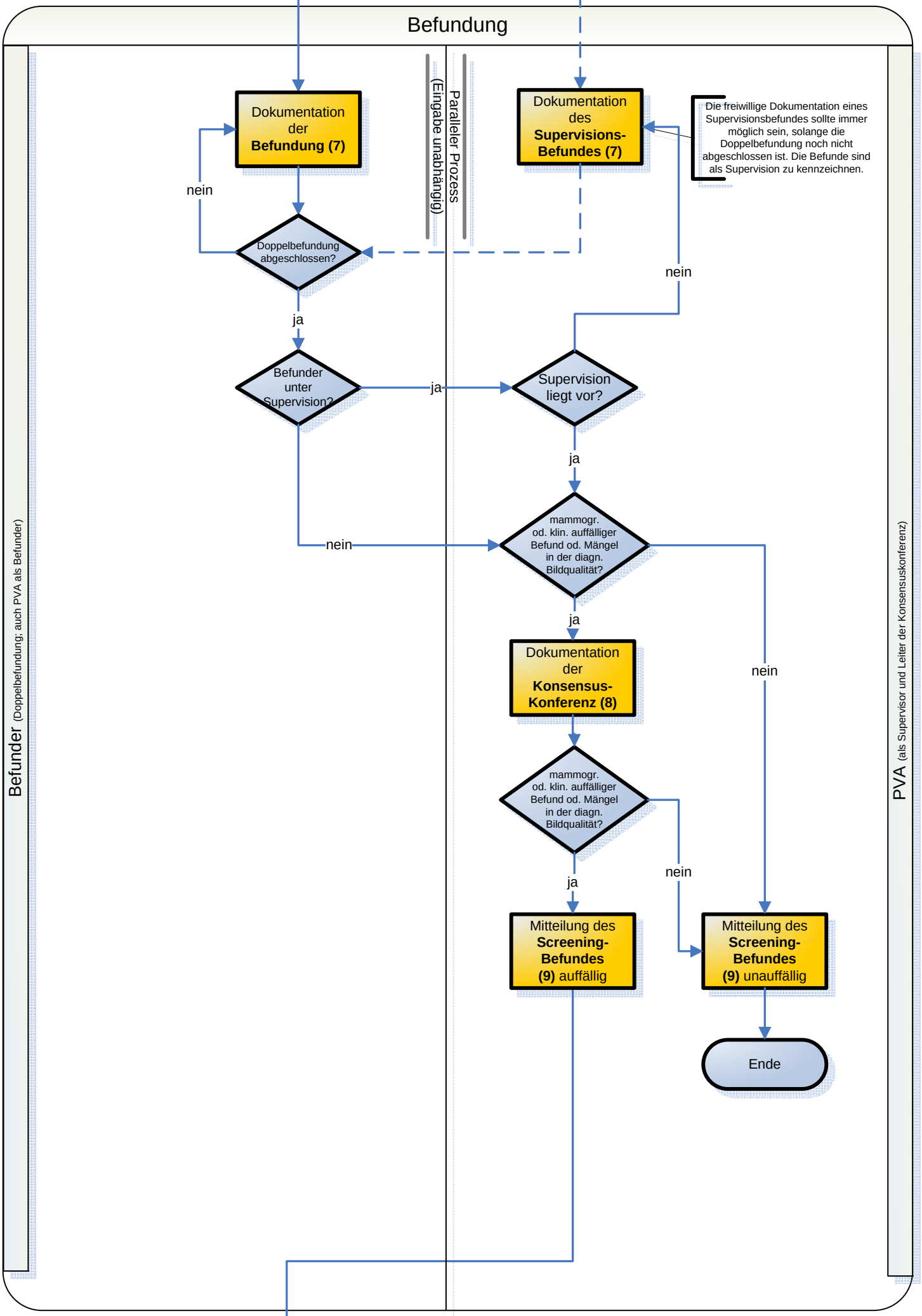
- schematische Darstellung der Dokumentationsprozesse in Abhängigkeit vom Mammographie-Screening-Workflow -

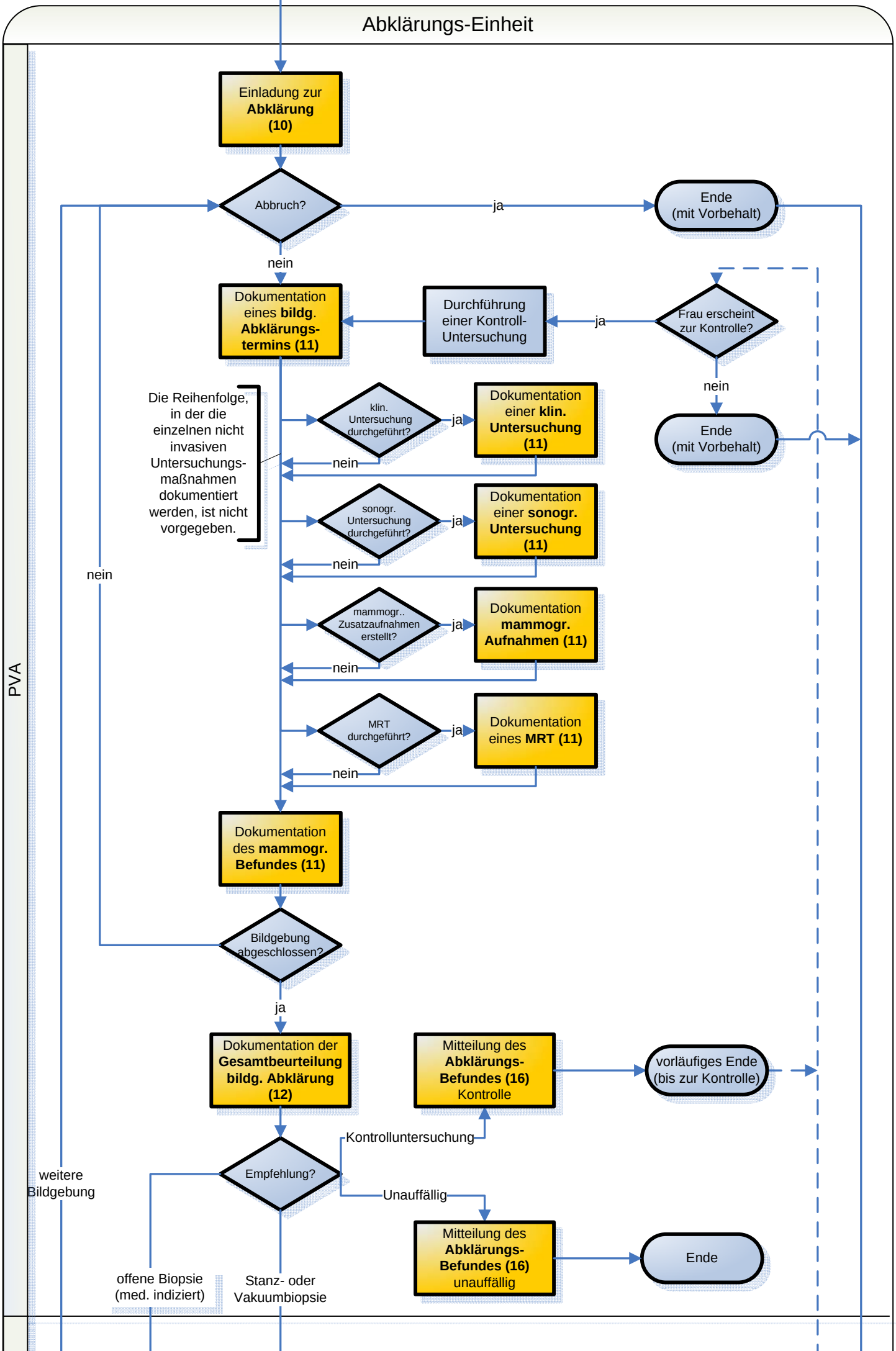
Stand: 31.08.2011

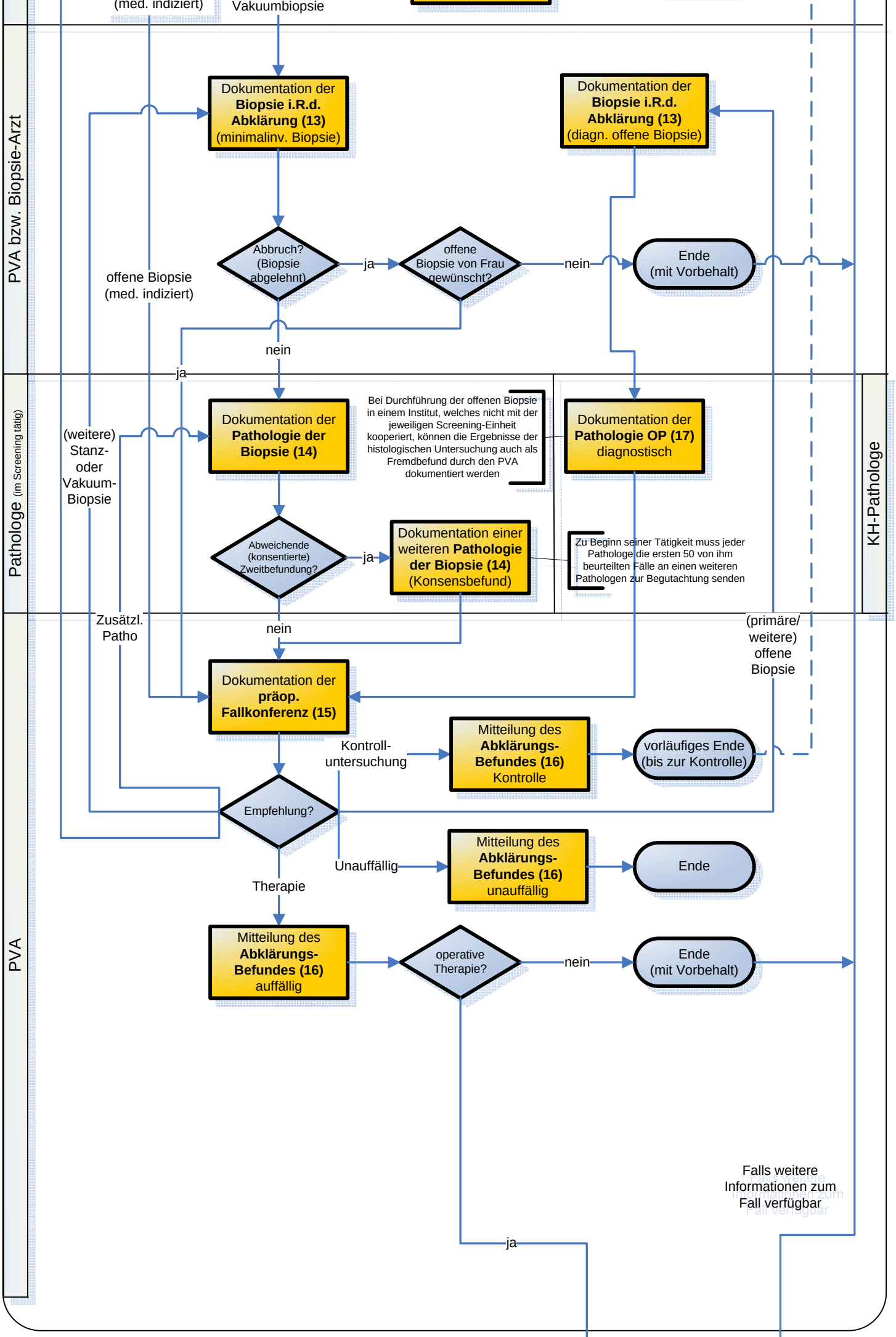
Dokumentationsverlauf in der Screening-Einheit

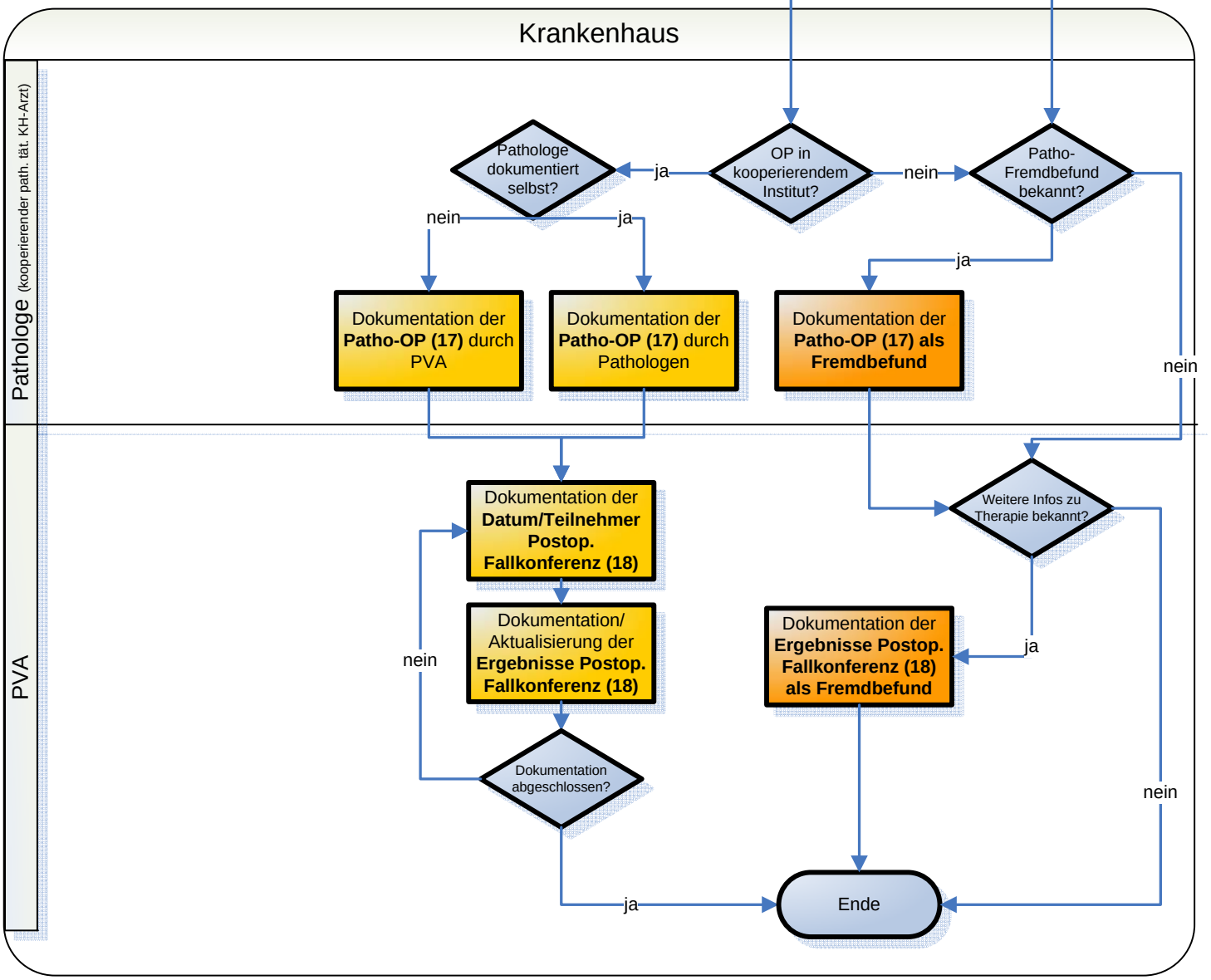
Stand: Mittwoch, 31. August 2011




Befundung
Befunder (Doppelbefundung; auch PVA als Befunder)
PVA (als Supervisor und Leiter der Konsensuskonferenz)
Paralleler Prozess
(Eingabe unabhängig)
Dokumentation der Befundung (7)
Dokumentation des Supervisions-Befundes (7)
Die freiwillige Dokumentation eines Supervisionsbefundes sollte immer möglich sein, solange die Doppelbefundung noch nicht abgeschlossen ist. Die Befunde sind als Supervision zu kennzeichnen.
nein
Doppelbefundung abgeschlossen?
ja
nein
Befunder unter Supervision?
ja
Supervision liegt vor?
ja
nein
mammogr. od. klin. auffälliger Befund od. Mängel in der diagn. Bildqualität?
ja
nein
Dokumentation der Konsensus-Konferenz (8)
mammogr. od. klin. auffälliger Befund od. Mängel in der diagn. Bildqualität?
ja
nein
Mitteilung des Screening-Befundes (9) auffällig
Mitteilung des Screening-Befundes (9) unauffällig
Ende


Abklärungs-Einheit
PVA
Einladung zur **Abklärung (10)**
Abbruch?
ja
Ende (mit Vorbehalt)
nein
Dokumentation eines **bildg. Abklärungs-termins (11)**
Durchführung einer Kontroll-Untersuchung
ja
Frau erscheint zur Kontrolle?
nein
Ende (mit Vorbehalt)
Die Reihenfolge, in der die einzelnen nicht invasiven Untersuchungs-maßnahmen dokumentiert werden, ist nicht vorgegeben.
klin. Untersuchung durchgeführt?
ja
Dokumentation einer **klin. Untersuchung (11)**
nein
sonogr. Untersuchung durchgeführt?
ja
Dokumentation einer **sonogr. Untersuchung (11)**
nein
mammogr.. Zusatzaufnahmen erstellt?
ja
Dokumentation **mammogr. Aufnahmen (11)**
nein
MRT durchgeführt?
ja
Dokumentation eines **MRT (11)**
nein
nein
Dokumentation des **mammogr. Befundes (11)**
Bildgebung abgeschlossen?
ja
Dokumentation der **Gesamtbeurteilung bildg. Abklärung (12)**
Mitteilung des **Abklärungs-Befundes (16)** Kontrolle
vorläufiges Ende (bis zur Kontrolle)
Kontrolluntersuchung
Empfehlung?
weitere Bildgebung
Unauffällig
Mitteilung des **Abklärungs-Befundes (16)** unauffällig
Ende
offene Biopsie (med. indiziert)
Stanz- oder Vakuumbiopsie


PVA bzw. Biopsie-Arzt
Pathologe (im Screening tätig)
PVA
KH-Pathologe
(med. indiziert)
Vakuumbiopsie
Dokumentation der Biopsie i.R.d. Abklärung (13) (minimalinv. Biopsie)
Dokumentation der Biopsie i.R.d. Abklärung (13) (diagn. offene Biopsie)
Abbruch? (Biopsie abgelehnt)
ja
offene Biopsie von Frau gewünscht?
nein
Ende (mit Vorbehalt)
offene Biopsie (med. indiziert)
nein
ja
Dokumentation der Pathologie der Biopsie (14)
Bei Durchführung der offenen Biopsie in einem Institut, welches nicht mit der jeweiligen Screening-Einheit kooperiert, können die Ergebnisse der histologischen Untersuchung auch als Fremdbefund durch den PVA dokumentiert werden
Dokumentation der Pathologie OP (17) diagnostisch
(weitere) Stanz- oder Vakuum-Biopsie
Abweichende (konsentierte) Zweitbefundung?
ja
Dokumentation einer weiteren Pathologie der Biopsie (14) (Konsensbefund)
Zu Beginn seiner Tätigkeit muss jeder Pathologe die ersten 50 von ihm beurteilten Fälle an einen weiteren Pathologen zur Begutachtung senden
Zusätzl. Patho
nein
(primäre/ weitere) offene Biopsie
Dokumentation der präop. Fallkonferenz (15)
Kontroll-untersuchung
Mitteilung des Abklärungs-Befundes (16) Kontrolle
vorläufiges Ende (bis zur Kontrolle)
Empfehlung?
Unauffällig
Mitteilung des Abklärungs-Befundes (16) unauffällig
Ende
Therapie
Mitteilung des Abklärungs-Befundes (16) auffällig
operative Therapie?
nein
Ende (mit Vorbehalt)
Falls weitere Informationen zum Fall verfügbar
ja


Krankenhaus
Pathologe (kooperierender path. tät. KH-Arzt)
PVA
OP in kooperierendem Institut?
ja
nein
Pathologe dokumentiert selbst?
Patho-Fremdbefund bekannt?
nein
ja
ja
nein
Dokumentation der Patho-OP (17) durch PVA
Dokumentation der Patho-OP (17) durch Pathologen
Dokumentation der Patho-OP (17) als Fremdbefund
Dokumentation der Datum/Teilnehmer Postop. Fallkonferenz (18)
Weitere Infos zu Therapie bekannt?
Dokumentation/ Aktualisierung der Ergebnisse Postop. Fallkonferenz (18)
nein
Dokumentation der Ergebnisse Postop. Fallkonferenz (18) als Fremdbefund
ja
Dokumentation abgeschlossen?
nein
ja
Ende

KOOPERATIONS
GEMEINSCHAFT
MAMMOGRAPHIE

Anlage 3

- Übersicht zur Plausibilisierung zwischen angegebener T-Klassifikation und Tumorgröße für entdeckte Karzinome-

Stand: 30.07.2010

Plausibilisierung zwischen T-Klassifikation und Angaben der invasiven Größe eines Karzinoms in mm.

T-Klassifikation **T-STATUS**	invasive Größe/ Tumorgröße in mm **GROESSE-TUMOR**	Konsequenz / Ergebnis der Plausibilitätsprüfung
keine Angabe	*jeder Wert*	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde keine T-Klassifikation angegeben. Bitte prüfen Sie, ob ihnen Angaben zur T-Klassifikation oder Tumorgröße vorliegen!“**
is	*-keine Angabe-*	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
is	0	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
is	>0	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine invasive Tumorgröße >0 mm angegeben, obwohl das Karzinom als In-situ-Karzinom klassifiziert wurde.“**
1	*-keine Angabe-*	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
1	0	Warnung: **„ACHTUNG: Bei einer definierten Tumorgröße von 0 mm ist von einer genaueren Klassifizierbarkeit als In-situ-Karzinom („Tis“) oder Mikroinvasion („T1mic“; „1 mm oder weniger in größter Ausdehnung“) auszugehen.“**
1	1	Warnung: **„ACHTUNG: Bei einer definierten Tumorgröße von 1 mm ist von einer genaueren Klassifizierbarkeit als Mikroinvasion („T1mic“) auszugehen.“**
1	>1, ≤5	Warnung: **„ACHTUNG: Bei einer definierten Tumorgröße von >1 und ≤5 mm ist von einer genaueren Klassifizierbarkeit als Karzinom der T-Kategorie „T1a“ auszugehen.“**
1	>5, ≤10	Warnung: **„ACHTUNG: Bei einer definierten Tumorgröße von >5 und ≤10 mm ist von einer genaueren Klassifizierbarkeit als Karzinom der T-Kategorie „T1b“ auszugehen.“**
1	>10; ≤20	Warnung: **„ACHTUNG: Bei einer definierten Tumorgröße von >10 und ≤20 mm ist von einer genaueren Klassifizierbarkeit als Karzinom der T-Kategorie „T1c“ auszugehen.“**
1	>20	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von >20 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T1“ („Tumor 20 mm oder weniger in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**
1mic	*-keine Angabe-*	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
1mic	≤1	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
1mic	>1	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von >1 mm angeben, obwohl das Karzinom als Mikroinvasion („T1mic“; „1 mm oder weniger in größter Ausdehnung“) klassifiziert wurde.“**
1a	*-keine Angabe-*	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
1a	≤1	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von ≤1 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T1a“ („mehr als 1 mm, aber nicht mehr als 5 mm in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**
1a	>1; ≤5	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
1a	>5	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von >5 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T1a“ („mehr als 1 mm, aber nicht mehr als 5 mm in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**

1b	*-keine Angabe-*	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
1b	≤5	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von ≤5 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T1b“ („mehr als 5 mm, aber nicht mehr als 10 mm in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**
1b	>5; ≤10	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
1b	>10	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von >10 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T1b“ („mehr als 5 mm, aber nicht mehr als 10 mm in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**
1c	*-keine Angabe-*	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde als T-Kategorie „T1c“ jedoch keine Tumorgröße angegeben. Für die Evaluation der Stadienverteilung ist der Anteil der Karzinome < 15 mm zu berechnen. Bitte prüfen Sie, ob Ihnen ggf. eine genaue Angabe zur Tumorgröße in mm vorliegt.“**
1c	≤10	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von ≤10 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T1c“ („mehr als 10 mm, aber nicht mehr als 20 mm in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**
1c	>10; ≤20	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
1c	>20	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von >20 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T1c“ („mehr als 10 mm, aber nicht mehr als 20 mm in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**
2	*-keine Angabe-*	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
2	≤20	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von ≤20 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T2“ („mehr als 20 mm, aber nicht mehr als 50 mm in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**
2	>20; ≤50	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
2	>50	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von >50 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T2“ („mehr als 20 mm, aber nicht mehr als 50 mm in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**
3	*-keine Angabe-*	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
3	≤50	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde eine Tumorgröße von ≤50 mm angeben, obwohl als T-Kategorie „T3“ („mehr als 50 mm in größter Ausdehnung“) angegeben wurde.“**
3	>50	Angaben plausibel → keine Warnmeldung
4; 4a; 4b; 4c; 4d	*jeder Wert*	Angaben plausibel → keine Warnmeldung

Plausibilisierung zwischen T- Klassifikation, Angaben der Gesamtgröße der Läsion sowie Angaben zur Untersuchung der Lymphknoten.

T-Klassifikation **T-STATUS**	Gesamtgröße der Läsion in mm **GROESSE-GESAMT**	Exzision der Lymphknoten durchgeführt **LK-AXILLADIS**	N-Klassifikation **N-STATUS**	Konsequenz / Ergebnis der Plausibilitätsprüfung
is	*jeder Wert*	*jeder Wert*	*jeder Wert außer „X“ oder "0“*	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde ein Befall der regionären Lymphknoten bei einem In-situ-Karzinom dokumentiert. Bitte überprüfen Sie Ihre Eingabe!“**
is	*< 5*	*„ja“*	*jeder Wert*	Warnung: **„ACHTUNG: Es wurde dokumentiert, dass bei einem In-situ-Karzinom mit einer Ausdehnung von weniger als 5 mm eine Exzision der regionären Lymphknoten vorgenommen wurde!“**

Im Folgenden sind die Korrekturen und Änderungen der Protokolle zur Dokumentation im Vergleich zu vorhergehenden Versionen protokolliert:

Protokoll der Änderungen von Version 1.0 (Stand: 12.06.2007) zu Version 1.01 (Stand: 05.05.2008)

Art der Änderung	Abschnitt	Inhalt Version 1.0	Inhalt Version 1.01	Begründung
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 12.5** (Größenangabe nicht-invasive Abklärung)	Feldname: **[GESAMT_ABKL] GROESSE-HAUPT** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **>0 (≤ GROESSE_GESAMT)**	Feldname: **[GESAMT_ABKL] GROESSE-HAUPT** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **≥0 (≤ GROESSE_GESAMT)**	Im Falle, dass in einer auffälligen Läsion keine lokal begrenzte Hauptläsion identifiziert werden kann, muss es möglich sein, die Größenangaben zur Hauptläsion mit dem Wert 0 anzugeben.
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 15.11** (Größenangabe präoperative Fallkonferenz)	Feldname: **[PRAEOP_FK] GROESSE-TUMOR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **>0 (≤ GROESSE_GESAMT)**	Feldname: **[PRAEOP_FK] GROESSE-TUMOR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **≥0 (≤ GROESSE_GESAMT)**	Im Falle, dass in einer auffälligen Läsion kein invasiver Tumor identifiziert werden kann, muss es möglich sein, die Größenangaben zum Tumor mit dem Wert 0 anzugeben.
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 18.14** (Größenangabe Primärtumor postoperative Fallkonferenz)	Feldname: **[POSTOP_FK] GROESSE-TUMOR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **>0 ≤ GROESSE-GESAMT**	Feldname: **[POSTOP_FK] GROESSE-TUMOR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **≥0 ≤ GROESSE-GESAMT**	Im Falle, dass in einer malignen Läsion kein invasiver Primärtumor identifiziert werden kann, muss es möglich sein, die Größenangaben zum Tumor mit dem Wert 0 anzugeben.
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 18.18** (Größenangabe weitere Tumoren postoperative Fallkonferenz)	Feldname: **[POSTOP_FK_TUMOR] GROESSE-TUMOR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **>0 ≤ GROESSE-GESAMT**	Feldname: **[POSTOP_FK_TUMOR] GROESSE-TUMOR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **≥0 ≤ GROESSE-GESAMT**	Im Falle, dass in einer malignen Läsion kein invasiver Tumor identifiziert werden kann, muss es möglich sein, die Größenangaben zum Tumor mit dem Wert 0 anzugeben.

Protokoll der Änderungen von Version 1.01 (Stand: 05.05.2008) zu Version 1.02 (Stand: 30.10.2008)

Art der Änderung	Abschnitt	Inhalt Version 1.01	Inhalt Version 1.02	Begründung
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 18.15** (postoperative pTNM-Klassifikation)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[POSTOP_FK] T-PRAEFIX_TUMOR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„p“** (Vorbelegung) **;** **„yp“**	Fälle, bei denen die T-Klassifikation erst nach erfolgter neoadjuvanter Therapie durchgeführt wurde, - durch die Kennzeichnung „yp“ erfasst - müssen bei der Betrachtung der Stadienverteilung separat ausgewertet werden können.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 18.15** (postoperative pTNM-Klassifikation)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[POSTOP_FK] T-PRAEFIX_ KONTRALATERAL** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„p“** (Vorbelegung) **;** **„yp“**	Fälle, bei denen die T-Klassifikation erst nach erfolgter neoadjuvanter Therapie durchgeführt wurde, - durch die Kennzeichnung „yp“ erfasst - müssen bei der Betrachtung der Stadienverteilung separat ausgewertet werden können.

Protokoll der Änderungen von Version 1.02 (Stand: 30.10.2008) zu Version 2.0 (Stand: 09.08.2010)

Art der Änderung	Abschnitt	Inhalt Version 1.02	Inhalt Version 2.00	Begründung
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 2.3** (Kommunikations-nummer in ZS)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[FRAU] KOMMNR**	Festlegung des Verfahrens zum Krebsregisterabgleichs durch Anpassung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (§ 23)erfolgt.
Ergänzung	**Anhang 1 – Datensatz 3 allgemeiner Text** (Einladung)	**Pro Frau können mehrere Einladungen dokumentiert werden:** Jede anspruchberechtigte 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.	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* Es dürfen jeweils nur die Angaben zur letzten Einladung gespeichert werden, d.h. nach Generierung einer neuen Einladung sind die Daten der vorherigen zu löschen. Die Speicherung einer Einladungs- oder Teilnahmehistorie ist unzulässig, bestimmte Angaben zur vorhergehenden Einladung bzw. Teilnahme können jedoch für die spätere Evaluation gespeichert werden.	§ 13 Absatz 6 Satz 2 KFE-RL: *„Mit der Screening-Identifikationsnummer und der Kontrollnummer werden nur die Geltungsdauer des Ausschlusses oder Termin und Ort der letzten Untersuchung gespeichert.“*

Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 3.9** (Einladungs- und Teilnahmedaten)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[EINLADUNG] VOHER_EINLADUNG** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"keine"** **"Ersteinladung"** **"Folgeeinladung"**	Ersteinladungen, Folgeeinladungen nach vorheriger Teilnahme und Folgeeinladungen ohne vorherige Teilnahme unterschieden sich grundlegend hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme. Sowohl für die Evaluation der Teilnahmeraten als auch für dieTerminplanung und –vergabe ist es notwendig, dass die Zentrale Stelle diese Gruppen unterscheiden kann. Da nur die Angaben zur letzten Einladung gespeichert werden dürfen, ist hierfür die Erfassung weiterer Daten zur bisherigen Einladung und Teilnahme notwendig.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 3.10** (Einladungs- und Teilnahmedaten):	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[EINLADUNG] TEILNAHME_VORHER_EINLADUNG** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"nein, bisher keine Teilnahme"** **"nein, aber Teilnahme zu einem früheren Zeitpunkt"** **"ja"**	Ersteinladungen, Folgeeinladungen nach vorheriger Teilnahme und Folgeeinladungen ohne vorherige Teilnahme unterschieden sich grundlegend hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit einer Teilnahme. Sowohl für die Evaluation der Teilnahmeraten als auch für dieTerminplanung und –vergabe ist es notwendig, dass die Zentrale Stelle diese Gruppen unterscheiden kann. Da nur die Angaben zur letzten Einladung gespeichert werden dürfen, ist hierfür die Erfassung weiterer Daten zur bisherigen Einladung und Teilnahme notwendig.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 3.11** (Einladungs- und Teilnahmedaten)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[EINLADUNG] EINL_FRISTGERECHT** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"nein"** **"ja"**	Es muss nachverfolgbar sein, ob die letzte Einladung fristgerecht innerhalb von 22-26 Monaten nach vorheriger Teilnahme oder (bei Nicht-Teilnahme) nach vorheriger Einladung erfolgte.

Streichung	**Anhang 1 – Parameter 5.13** (Anamnese - Benachrichtigung Hausarzt)	Feldname: **[ANAMNESE] HAUSARZT-INFO**	***- gestrichen -***	Durch Angabe von Name und Adresse des Arztes wird implizit die Einwilligung erteilt, dem Arzt eine Mitteilung des Befundes zukommen zu lassen. Eine explizite Zustimmung ist obsolet. Bisher erfasste Namen und Adressen der Ärzte werden gelöscht, wenn eine explizite Zustimmung verweigert wurde.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 5.14** (Anamnese - Benachrichtigung Frauenarzt)	Feldname: **[ANAMNESE] FRAUENARZT-INFO**	***- gestrichen -***	Durch Angabe von Name und Adresse des Arztes wird implizit die Einwilligung erteilt, dem Arzt eine Mitteilung des Befundes zukommen zu lassen. Eine explizite Zustimmung ist obsolet. Bisher erfasste Namen und Adressen der Ärzte werden gelöscht, wenn eine explizite Zustimmung verweigert wurde.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 5.15** (Anamnese - frühere Mammographie)	Feldname: **[ANAMNESE] FRUEH_MX** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **"nein"** **"ja - vor mehr als 12 Monaten"** **"ja - innerhalb der letzten 12 Monate"**	Feldname: **[ANAMNESE] FRUEH_MX** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **"nein"** **"ja"**	Zur Vereinfachung der Erfassung der Anamnesedaten soll generell nur noch angegeben werden, ob und ggf. wann eine frühere Mammographie erfolgte.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 5.15** (Anamnese - frühere Mammographie)	Feldname: **[ANAMNESE] FRUEH_MX_DATUM** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **"> (aktuelles Datum – 12 Monate)"**	Feldname: **[ANAMNESE] FRUEH_MX_DATUM** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **-**	Zur Vereinfachung der Erfassung der Anamnesedaten soll generell nur noch angegeben werden, ob und ggf. wann eine frühere Mammographie erfolgte.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 6.9** (erstellte Aufnahmen – Identifikation)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[AUFNAHME] ACCESSION_NR**	Um erstellte Aufnahmen einer Untersuchung in einem PACS referenzieren zu können, ist die Speicherung der eindeutigen Accession-Nr. erforderlich

Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 6.13** (erstellte Aufnahmen – techn. Parameter)	Feldname: **[AUFNAHME] PARENCHYMDOSIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **„0,0 - 3,0“**	Feldname: **[AUFNAHME] PARENCHYMDOSIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **„≥ 0“**	Die Festlegung eines oberen Grenzwertes führte zu Problemen bei der Dokumentation. Auf einen Grenzwert wird daher zukünftig verzichtet.
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 6.13** (erstellte Aufnahmen – techn. Parameter)	Feldname: **[AUFNAHME] RS-ZEITPRODUKT** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **„0,0 - 400,0“**	Feldname: **[AUFNAHME] PARENCHYMDOSIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **„≥ 0“**	Die Festlegung eines oberen Grenzwertes führte zu Problemen bei der Dokumentation. Auf einen Grenzwert wird daher zukünftig verzichtet.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 6.17** (Ersteller-Standort)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[ERSTELLUNG] ME**	Für den PVA muss ersichtlich sein, in welcher Mammographie-Einheit die jeweiligen Aufnahmen erstellt wurden (z.B. um gerätebezogene Mängel bei Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität ausschließen zu können)
Ergänzung	**Anhang 1 – Datensatz 8 allgemeiner Text** (Läsion – Konsensuskonferenz)	**Pro Konsensuskonferenz können mehrere auffällige Läsionen dokumentiert werden, es muss mind. eine Läsion dokumentiert werden, falls [KONSENSUSKONF] BEFUND="Auffällig und Abklärungsbedarf"**	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* Bei der Dokumentation der Läsionen können neue Läsionen (mit entsprechender Lokalisation) angelegt werden, bzw. es kann durch Auswahl aus einer Liste der in der Befundung dokumentierten Läsionen Bezug auf eine bereits bekannte Läsion genommen werden. Wird eine Läsion aus der Befundung ausgewählt kann das Lokalisationsschema mit den Angaben aus der jeweiligen Befundung vorbelegt werden. In der Konsensuskonferenz dokumentierte Läsionen sollte zur Nachverfolgung in der weiteren Abklärung referenzierbar sein, d.h. bei der Dokumentation weiterer Abklärungsuntersuchungen aus eine Liste ausgewählt weden können, wobei die Lokalisationsangaben übernommen (vorbelegt aber änderbar) werden.	Zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands und zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern, sollen Läsionen inkl. Lokalisationsangaben aus früheren Untersuchungsschritten übernommen werden können. Ferner müssen die Ergebnisse bezogen auf die einzelnen Läsionen über mehrere Untersuchungsschritte hinweg nachverfolgbar sein, so dass für den PVA immer nachvollziehbar ist, ob es sich um eine neu entdeckte oder bereits aus einem früheren Untersuchungsschritt bekannte Läsion handelt.

Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 8.15** (Läsion – Konsensus-konferenz)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[KK_LAESION] LAESION_ID**	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 8 allgemeiner Text** (Teilnehmer – Konsensus-konferenz)	**Pro Konsensuskonferenz werden neben dem verantwortl. PVA, i. d. R. die Ärzte, die an der Beurteilung der Screening-Aufnahmen beteiligt waren, als Teilnehmer dokumentiert.**	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* Die Dokumentation erfolgt je Fall. Die Liste der Teilnehmer kann mit der Angabe aus dem am selben Tag zuletzt dokumentierten Fall vorbelegt werden.	Zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands ist eine Vorbelegung der Teilnehmerliste zulässig
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 8.13** (Teilnehmer – Konsensus-konferenz)	Feldname: **[KK_TEILNEHMER] ARZTID** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **V.: ggf. Vorbelegung mit den Ärzten, die die Doppelbefundung bzw. Supervision durchgeführt haben**	Feldname: **[KK_TEILNEHMER] ARZTID** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **V.: ggf. Vorbelegung mit der Teilnehmerliste des zuletzt am selben Tag vom selben Benutzer dokumentierten Falls**	Zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands ist eine Vorbelegung der Teilnehmerliste zulässig
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.6 allgemeiner Text** (Tastbefund – klinische Untersuchung)	**Falls klinische Untersuchung durchgeführt, kann die Tastbarkeit der mammogr. auff. Läsionen oder neue Tastbefunde ohne Korrelation zu einer mammogr. auff. Läsion dokumentiert werden.**	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* Pro Fall sollen mehrere Läsionen dokumentierbar und durch die verschiedenen Abklärungsschritte nachverfolgbar sein, dabei können im jeweiligen Untersuchungsschritt (klinische, mammographische oder sonographische Untersuchung sowie Stanz-oder Vakuumstanzbiopsie) neue Läsionen angelegt werden oder es kann Bezug zu einer bereits dokumentierten Läsion genommen werden. Hierzu ist in der Dokumentation der jeweiligen Untersuchungsschritte eine Liste der im Rahmen der Konsensuskonferenz oder Abklärung bereits dokumentierten Läsionen bereitzustellen. (zur eindeutigen Re-	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.

			ferenzierung ist eine eindeutige Läsionsnummer erforderlich) Die Lokalisation ist je Untersuchungsschritt neu anzugeben, kann jedoch bei Auswahl der Läsion aus der Läsionsliste mit den zuletzt dokumentierten Angaben vorbelegt werden. Die Vorbelegung kann geändert werden, der Bezug auf die ausgewählte Läsion muss dabei jedoch erhalten bleiben. Ein Abschluss der Untersuchung kann durch Gesamtbeurteilung des Falls (zusammenfassend über alle Läsionen) in der Gesamtbeurteilung der nicht-invasiven Abklärung (Bildgebung) bzw. in der präoperativen Fallkonferenz erfolgen.	
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.31** (Läsions-ID – klinische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[KK_LAESION] LAESION_ID**	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.14 allgemeiner Text** (mammographisch auffällige Läsion)	**Falls Mammographie-Befund auffällig muss mind. eine Läsion dokumentiert werden. Gutartige Läsionen können dokumentiert werden.**	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen in Punkt 11.6)	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.15** (Abstand Mamille - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** Beschreibung: **Abstand der mammographisch auffälligen Läsion von der Mamille in cm**	Feldname: **[MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** Beschreibung: **Abstand der mammographisch auffälligen Läsion von der Mamille in mm**	Zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern sollten Größenangaben immer mit derselben Einheit dokumentiert werden (generell in mm)

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.17** (Herd/Verdichtung - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] HERD_STRAHLIG** Eingabe: **Bedingtes Pflichtfeld** (wenn Herd/Verdichtung vorliegt)	Feldname: **[MX_LAESION] HERD_STRAHLIG** Eingabe: **Freiwillige Angabe**	Die Angabe ist für die medizinische Dokumentation, die Evaluation oder Qualitätssicherung nicht relevant. Auf eine Dokumentationspflicht wird verzichtet
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.19** (Architekturstörung - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] ARCHITEKTUR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **„keine Architekturstörung“** **„Asymmetrie“** **„Sonstige“**	Feldname: **[MX_LAESION] ARCHITEKTUR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **„keine“** **„Asymmetrie“** **„Architekturstörung“** **„Sonstige“**	Der Wertebereich ist unzureichend.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.32** (Läsions-ID – mammographische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[MX_LAESION] LAESION_ID**	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.24 allgemeiner Text** (sonographisch auffällige Läsion)	**Pro Abklärungstermin mit sonogr. Untersuchung können mehrere sonogr. auffällige Läsionen dokumentiert werden**	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen in Punkt 11.6)	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.25** (Abstand Mamille - sonographische Untersuchung)	Feldname: **[SONO_LAESION]ABSTAND_MAMILLE** Beschreibung: **Abstand der sonographisch auffälligen Läsion von der Mamille in cm**	Feldname: **[SONO_LAESION]ABSTAND_MAMILLE** Beschreibung: **Abstand der sonographisch auffälligen Läsion von der Mamille in mm**	Zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern sollten Größenangaben immer mit derselben Einheit dokumentiert werden (generell in mm)

Streichung	**Anhang 1 – Parameter 11.26** (Abstand Haut - sonographische Untersuchung)	Feldname: **[SONO_LAESION]ABSTAND_HAUT**	***- gestrichen -***	Die Angabe „Abstand von der Haut“ ist für das diagnostische Vorgehen nicht von Bedeutung. Die Pflicht zur Erfassung im Rahmen der Lokalisationsangaben sollte daher gestrichen werden.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.33** (Läsions-ID – sonographische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[SONO_LAESION] LAESION_ID**	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.30** (Läsions-ID – sonographische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[MRT] UNTERSUCHUNG**	Die Durchführung von MRT-Untersuchungen im Screening ist zulässig, daher muss eine Möglichkeit zur medizinischen Dokumentation der Untersuchung und der Ergebnisse geschaffen werden.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 13.6 allgemeiner Text** (Biopsie - Läsion)	**Pro Biopsietermin können mehrere Biopsien dokumentiert werden.** Eine Biopsie ist die bioptische Abklärung <u>einer</u> auffälligen Läsion	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* , d.h. je Biopsietermin können mehrere Biopsien (mehrere Läsionen) dokumentiert werden. Ebenso kann dieselbe Läsion im Rahmen mehrer Termine mehrfach (unterschiedliche Biopsien) untersucht werden. (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen in Punkt 11.6) Ggf. erforderliche Nachuntersuchungen können teilweise erst mit Abstand von einigen Tagen nach dem Termin zur Biopsie durchgeführt und dokumentiert werden. Aus diesem Grund muss es möglich sein, die Dokumentation einer Biopsie zwischenzuspeichern und zu einem späteren Zeitpunkt abzuschließen.	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten. Da Nachuntersuchungen nicht am selben Tag erfolgen, muss die Dokumentation zwischengespeichert werden.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 13.6** (Biopsie - Läsion)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** Beschreibung: **Abstand der bioptisch abzuklärenden Läsion von der Mamille in cm**	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** Beschreibung: **Abstand der bioptisch abzuklärenden Läsion von der Mamille in mm**	Zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern sollten Größenangaben immer mit derselben Einheit dokumentiert werden (generell in mm)
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 13.6** (Biopsie - Läsion)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_HAUT**	***- gestrichen -***	Die Angabe „Abstand von der Haut“ ist für das diagnostische Vorgehen nicht von Bedeutung. Die Pflicht zur Erfassung im Rahmen der Lokalisationsangaben sollte daher gestrichen werden.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 13.6** (Biopsie - Läsion)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] DRUESENKOERPER**	***- gestrichen -***	Die Angabe, ob das entnommene Präparat aus dem Drüsenkörper stammt, ist für das diagnostische Vorgehen nicht von Bedeutung. Die Pflicht zur Erfassung im Rahmen der Lokalisationsangaben sollte daher gestrichen werden.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 13.7** (Abbruch - Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] ABBRUCH** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **"nein"** **"ja -durch die Frau"** **"ja -aufgrund von Komplikationen"**	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] ABBRUCH** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **"nein"** **"ja"**	Die Gründe für den Abbruch einer Biopsie können vielfältig sein, daher soll die Begründung in einem Freitextfeld erfolgen.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 13.7** (Abbruch - Biopsie)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] ABBRUCH_GRUND**	Die Gründe für den Abbruch einer Biopsie können vielfältig sein, daher soll die Begründung in einem Freitextfeld erfolgen.

Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 13.11** (Clip bei Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] CLIP** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **"nein"** **"ja"** Bedingung für Dokumentationspflicht **falls " Vakuumbiopsie" durchgeführt wurde**	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] CLIP** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **"nein"** **"ja"** Bedingung für Dokumentationspflicht **falls "Stanz- oder Vakuumbiopsie" durchgeführt wurde**	Die Verwendung eines Clips soll auch bei der Dokumentation einer Stanzbiopsie möglich sein.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 13.15** (Nachunter-suchungen Biopsie)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU** Ausprägung / zulässiger Wertebereich **"nein"** **"ja"**	Zunächst wird generell die Notwendigkeit von Nachuntersuchungen festgestellt. Nur wenn diese festegestellt wurde, sind Angaben zu den einzelnen Untersuchungen zu machen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 13.15** (Nachunter-suchungen Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_MX** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** Bedingung für Dokumentationspflicht -	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_MX** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **V.: "nein"** Bedingung für Dokumentationspflicht **falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden**	Zunächst wird generell die Notwendigkeit von Nachuntersuchungen festgestellt. Nur wenn diese festegestellt wurde, sind Angaben zu den einzelnen Untersuchungen zu machen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 13.15** (Nachunter-suchungen Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_SONO** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** Bedingung für Dokumentationspflicht -	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_SONO** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **V.: "nein"** Bedingung für Dokumentationspflicht **falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden**	Zunächst wird generell die Notwendigkeit von Nachuntersuchungen festgestellt. Nur wenn diese festegestellt wurde, sind Angaben zu den einzelnen Untersuchungen zu machen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 13.15** (Nachunter-suchungen Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_SONST** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** Bedingung für Dokumentationspflicht -	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_SONST** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **V.: "nein"** Bedingung für Dokumentationspflicht **falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden**	Zunächst wird generell die Notwendigkeit von Nachuntersuchungen festgestellt. Nur wenn diese festegestellt wurde, sind Angaben zu den einzelnen Untersuchungen zu machen.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 13.15** (Nachunter-suchungen Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_HAEMATOM** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** Bedingung für Dokumentationspflicht -	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_ ERGEBNIS_HAEMATOM** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **V.: "nein"** Bedingung für Dokumentationspflicht **falls Nachuntersuchungen durchge-führt wurden**	Zunächst wird generell die Notwen-digkeit von Nachuntersuchungen festgestellt. Nur wenn diese festege-stellt wurde, sind Angaben zu den einzelnen Untersuchungen zu ma-chen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 13.15** (Nachunter-suchungen Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_VERFAERBUNG** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** Bedingung für Dokumentationspflicht -	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_VERFAERBUNG** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **V.: "nein"** Bedingung für Dokumentationspflicht **falls Nachuntersuchungen durchge-führt wurden**	Zunächst wird generell die Notwen-digkeit von Nachuntersuchungen festgestellt. Nur wenn diese festege-stellt wurde, sind Angaben zu den einzelnen Untersuchungen zu ma-chen.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 13.17** (Läsions-ID – Biopsie)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[BIOPSIE_LAESION] LAESION_ID**	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nach-verfolgen zu können, wird eine Ken-nung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referen-ziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 14.8** (Histol. Diagnose - Patho Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-TS**	***- gestrichen -***	Bei der Angabe des Gradings ist der Wert des Gradings ausreichend. Die Werte für Tubulus-Score, Kernpoly-morphie-Score und Mitose-Score (aus denen das Granding berechnet werden kann) sind überflüssig.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 14.8** (Histol. Diagnose - Patho Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-KS**	***- gestrichen -***	Bei der Angabe des Gradings ist der Wert des Gradings ausreichend. Die Werte für Tubulus-Score, Kernpoly-morphie-Score und Mitose-Score (aus denen das Granding berechnet werden kann) sind überflüssig.

Streichung	**Anhang 1 – Parameter 14.8** (Histol. Diagnose - Patho Biopsie)	Feldname: **[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-MS**	***- gestrichen -***	Bei der Angabe des Gradings ist der Wert des Gradings ausreichend. Die Werte für Tubulus-Score, Kernpolymorphie-Score und Mitose-Score (aus denen das Granding berechnet werden kann) sind überflüssig.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 15.4 allgemeiner Text** (Teilnehmer – präop. Fallkonferenz)	**Pro Fallkonferenz werden neben dem verantwortlichen PVA die teilnehmenden Ärzte, in der Regel mind. die beteiligten Pathologen dokumentiert**	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* Die Dokumentation erfolgt je Fall. Die Liste der Teilnehmer kann mit der Angabe aus dem am selben Tag zuletzt dokumentierten Fall vorbelegt werden.	Zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands und zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern ist eine Vorbelegung der Teilnehmerliste zulässig
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 15.5 allgemeiner Text** (Läsion - präop. Fallkonferenz)	**Pro Fallkonferenz können für mehrere auffällige Befunde (Läsionen) die bisher erfolgte oder geplante minimalinvasive Abklärung dokumentiert werden**	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* Bei der Beurteilung in der präoperativen Fallkonferenz muss auf die zuvor in der Abklärung, insbesondere auf die durch Stanz- oder Vakuumbiopsie untersuchten Läsionen eingegangen werden. Hierzu ist eine entsprechende Liste der in der bisherigen Abklärung als auffällig eingestuften Läsionen bereitzustellen. Bei Auswahl einer Läsion aus dieser Liste können die Lokalisationsangaben in der präoperativen Fallkonferenz mir den Angaben aus der Dokumentation der Biopsie bzw. der letzten bildgebenden Untersuchung vorbelegt werden.	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 15.12** (Läsions-ID – präop. Fallkonferenz)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[PRAEOP_FK_LAE] LAESION_ID**	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 15.8** (Ergebnis/ Empfehlung präop. Fallkonferenz)	Feldname: **[PRAEOP_FK] LYMPHKNOTEN** Eingabe: **Bedingtes Pflichtfeld** (wenn Ergebnis „Auffällig, Indikation zur Therapie„)	Feldname: **[PRAEOP_FK] LYMPHKNOTEN** Eingabe: **Freiwillige Angabe**	Empfehlungen zur therapeutischen Vorgehen können dem PVA nur für das operative Vorgehen abverlangt werden. Weitere Angaben (LK-Untersuchung, Chemo- und Strahlentherapie) sind freiwillig.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 15.8** (Ergebnis/ Empfehlung präop. Fallkonferenz)	Feldname: **[PRAEOP_FK] CHEMOTHERAPIE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"keine"** **"neoadjuvant"** **"adjuvant"** **"alleinige (ohne OP)"** Eingabe: **Bedingtes Pflichtfeld** (wenn Ergebnis „Auffällig, Indikation zur Therapie„)	Feldname: **[PRAEOP_FK] CHEMOTHERAPIE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"keine"** **"neoadjuvant"** **"alleinige (ohne OP)"** Eingabe: **Freiwillige Angabe**	Empfehlungen zur therapeutischen Vorgehen können dem PVA nur für das operative Vorgehen abverlangt werden. Weitere Angaben (LK-Untersuchung, Chemo- und Strahlentherapie) sind freiwillig. Über die Notwendigkeit einer adjuvanten Therapie lassen sich zum Zeitpunkt der präop. Fallkonferenz noch keine Aussagen treffen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 15.8** (Ergebnis/ Empfehlung präop. Fallkonferenz)	Feldname: **[PRAEOP_FK] STRAHLENTHERAPIE** Eingabe: **Bedingtes Pflichtfeld** (wenn Ergebnis „Auffällig, Indikation zur Therapie„)	Feldname: **[PRAEOP_FK] STRAHLENTHERAPIE** Eingabe: **Freiwillige Angabe**	Empfehlungen zur therapeutischen Vorgehen können dem PVA nur für das operative Vorgehen abverlangt werden. Weitere Angaben (LK-Untersuchung, Chemo- und Strahlentherapie) sind freiwillig.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 15.10** (T-Klassifikation - präop. Fallkonferenz)	Feldname: **[PRAEOP_FK] T-STATUS** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung**	Feldname: **[PRAEOP_FK] T-STATUS** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **B./V.: Die T-Klassifikation kann aus den Angaben zur invasiven Größe des Tumors (GROESSE-TUMOR) berechnet und vorbelegt werden. (Siehe Schema in Anhang 3)** **Bei abweichenden Angaben zwischen eingegebener und berechneter T-Klassifikation ist eine Warnmeldung auszugeben!**	Die T-Klassifikation lässt sich aus der invasiven Größe eines Karzinoms ableiten. Um Dokumentationsfehler zu vermeiden, sollten die Angaben gegeneinander plausibilisiert werden.

Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 15.11** (Größe Läsion-präop. Fallkonferenz)	Feldname: **[PRAEOP_FK] GROESSE-GESAMT** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung**	Feldname: **[PRAEOP_FK] GROESSE-GESAMT** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **V.: ggf. Übernahme des Wertes [OP_PATHO] INV-GROESSE-TUMOR bei vorliegender Dokumentation einer offenen Biopsie;** **ggf. Übernahme des Wertes [GESAMT_ABKL] GROESSE-GESAMT bei vorliegender Dokumentation einer minimal-invasiven Biopsie mit nachgewiesener Malignität**	Die T-Klassifikation lässt sich aus der invasiven Größe eines Karzinoms ableiten. Um Dokumentationsfehler zu vermeiden, sollten die Angaben gegeneinander plausibilisiert werden.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.10** (Gefrier- oder Schnellschnitt – OP-Patho)	Feldname: **[OP_PATHO] SCHNELLSCHNITT**	***- gestrichen -***	Die Angabe, ob ein Gefrier- oder Schnellschnitt während der Operation durchgeführt wurde, war für die Berechnung des entsprechenden Parameters in Anhang 10 Anlage 9.2 BMV-Ä / EKV erforderlich und ist durch Änderung des Anhang 10 nunmehr obsolet
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.21** (maligne Läsion - Patho OP)	Feldname: **[OP_PATHO] INV-GRADING-TS**	***- gestrichen -***	Bei der Angabe des Gradings ist der Wert des Gradings ausreichend. Die Werte für Tubulus-Score, Kernpolymorphie-Score und Mitose-Score (aus denen das Granding berechnet werden kann) sind überflüssig.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.21** (maligne Läsion - Patho OP)	Feldname: **[OP_PATHO] INV-GRADING-KS**	***- gestrichen -***	Bei der Angabe des Gradings ist der Wert des Gradings ausreichend. Die Werte für Tubulus-Score, Kernpolymorphie-Score und Mitose-Score (aus denen das Granding berechnet werden kann) sind überflüssig.

Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.21** (maligne Läsion - Patho OP)	Feldname: **[OP_PATHO] INV-GRADING-MS**	***- gestrichen -***	Bei der Angabe des Gradings ist der Wert des Gradings ausreichend. Die Werte für Tubulus-Score, Kernpolymorphie-Score und Mitose-Score (aus denen das Granding berechnet werden kann) sind überflüssig.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 17.30** (Läsions-ID – Patho OP)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[OP_PATHO] LAESION_ID**	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten. Auch die Ergebnisse zur Beurteilung von OP-Präparaten müssen abgeklärten Läsionen zugeordnet werden können
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 18.10** (therap. Vorgehen – postop. Fallkonferenz)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[POSTOP_FK] OP_ORT**	Für die regelmäßige Aktualisierung der Angaben zur Therapie und des Tumorstatus, sollten Angaben zum Ort der Durchführung der Therapie gespeichert werden können.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 18.13** (Lokalisation Tumor - postop. Fallkonferenz)	Feldname: **[POSTOP_FK] DRUESENKOERPER**	***- gestrichen -***	Die Angabe, ob das entnommene Präparat aus dem Drüsenkörper stammt, ist für das diagnostische Vorgehen nicht von Bedeutung. Die Pflicht zur Erfassung im Rahmen der Lokalisationsangaben sollte daher gestrichen werden.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 18.15** (pTNM-Klassifikation - postop. Fallkonferenz)	Feldname: **[POSTOP_FK] T-STATUS_TUMOR** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung**	Feldname: **[PRAEOP_FK] T-STATUS** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: manuelle Erfassung** **B./V.: Die T-Klassifikation kann aus den Angaben zur invasiven Größe des Tumors (GROESSE-TUMOR) berechnet**	Die T-Klassifikation lässt sich aus der invasiven Größe eines Karzinoms ableiten. Um Dokumentationsfehler zu vermeiden, sollten die Angaben gegeneinander plausibilisiert werden.

			und vorbelegt werden. (Siehe Schema in Anhang 3) **Bei abweichenden Angaben zwischen eingegebener und berechneter T-Klassifikation ist eine Warnmeldung auszugeben!**	
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 18.15** (pTNM-Klassifikation - postop. Fallkonferenz)	Feldname: **[POSTOP_FK] N-STATUS_TUMOR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"0"** **"1mi" "1a" "1b" "1c"** **("1")** **"2a" "2b"** **("2")** **"3a" "3b" "3c"** **("3")** **"X"** Beschreibung **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**	Feldname: **[POSTOP_FK] N-STATUS_TUMOR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"0"** **"1mi" "1a" "1b" "1c"** **"1"** **"2a" "2b"** **"2"** **"3a" "3b" "3c"** **"3"** **"X"** Beschreibung **pN-Klassifikation der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau.**	Die exakte Bestimmung des N-Status ist nicht immer möglich, daher sollen auch in der postoperativen Fallkonferenz (nicht nur bei der Ergebnisdokumentation) die Werte „1“, „2“ und „3“ zulässig sein.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 18.15** (pTNM-Klassifikation - postop. Fallkonferenz)	Feldname: **[POSTOP_FK]** **N-STATUS_ KONTRALATERAL** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"0"** **"1mi" "1a" "1b" "1c"** **("1")** **"2a" "2b"** **("2")** **"3a" "3b" "3c"** **("3")** **"X"** Beschreibung **pN-Klassifikation der kontralateralen Brust.** **Die „groben“ Klassifikationen („1“, “2“,**	Feldname: **[POSTOP_FK]** **N-STATUS_ KONTRALATERAL** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"0"** **"1mi" "1a" "1b" "1c"** **"1"** **"2a" "2b"** **"2"** **"3a" "3b" "3c"** **"3"** **"X"** Beschreibung **pN-Klassifikation der kontralateralen Brust.**	Die exakte Bestimmung des N-Status ist nicht immer möglich, daher sollen auch in der postoperativen Fallkonferenz (nicht nur bei der Ergebnisdokumentation) die Werte „1“, „2“ und „3“ zulässig sein.

		„3“) sind zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird		
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 18.23 allgemeiner Text** (Teilnehmer – postop. Fallkonferenz)	**Pro Fallkonferenz werden neben dem verantw. PVA die teilnehmenden Ärzte, in der Regel mind. die beteiligten Pathologen und chir. tätigen Krankenhausärzte, dokumentiert**	*Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:* Die Dokumentation erfolgt je Fall. Die Liste der Teilnehmer kann mit der Angabe aus dem am selben Tag zuletzt dokumentierten Fall vorbelegt werden.	Zur Reduzierung des Dokumentationsaufwands und zur Vermeidung von Dokumentationsfehlern ist eine Vorbelegung der Teilnehmerliste zulässig
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 19.1** (Kommunikationsnummer in SE)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[FRAU] KOMMNR**	Festlegung des Verfahrens zum Krebsregisterabgleichs durch Anpassung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (§ 23)erfolgt.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 20.1** (Einladungsart in SE - Einladungsliste)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[EINLADUNG] EINLADUNG**	Um Selbsteinladerinnen im Sinne der Evaluation in den Screening-Einheiten in systematisch eingeladene und Selbsteinladerinnen unterscheiden zu könne, müssen die Art und das Datum der Einladung an die Screening-Einheit übermittelt werden
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 20.2** (Einladungsdatum in SE - Einladungsliste)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[EINLADUNG] ERSTER_TERMIN**	Um Selbsteinladerinnen im Sinne der Evaluation in den Screening-Einheiten in systematisch eingeladene und Selbsteinladerinnen unterscheiden zu könne, müssen die Art und das Datum der Einladung an die Screening-Einheit übermittelt werden

Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 20.3** (Ort der früheren Teilnahme)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[EINLADUNG] SE**	Gemäß Anhang 9 Abschnitt I.4 der Anlage 9.2 BMV-Ä / EKV sind von der Zentralen Stelle zusammen mit der Einladungsliste auch Angaben zu früheren Teilnahmen an die Screening-Einheit zu übermitteln. Diese Regelung muss auch Angaben (Ort und Zeit) der Teilnahme in anderen Screening-Einheiten umfassen, damit entsprechende Voraufnahmen angefordert werden können.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 20.3** (Datum der früheren Teilnahme)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN**	Gemäß Anhang 9 Abschnitt I.4 der Anlage 9.2 BMV-Ä / EKV sind von der Zentralen Stelle zusammen mit der Einladungsliste auch Angaben zu früheren Teilnahmen an die Screening-Einheit zu übermitteln. Diese Regelung muss auch Angaben (Ort und Zeit) der Teilnahme in anderen Screening-Einheiten umfassen, damit entsprechende Voraufnahmen angefordert werden können.

Art der Änderung	Abschnitt	Inhalt Version 2.0	Inhalt Version 2.1	Begründung
Änderung	**Anhang 1 – Datensatz 3 allgemeiner Text** (Einladung)	**Pro Frau können mehrere Einladungen dokumentiert werden:** Jede anspruchberechtigte 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. Es dürfen jeweils nur die Angaben zur letzten Einladung gespeichert werden, d.h. nach Generierung einer neuen Einladung sind die Daten der vorherigen zu löschen. Die Speicherung einer Einladungs- oder Teilnahmehistorie ist unzulässig, bestimmte Angaben zur vorhergehenden Einladung bzw. Teilnahme können jedoch für die spätere Evaluation gespeichert werden.	*Der letzte Absatz wird gestrichen und durch folgenden Text ersetzt:* Die Mitarbeiter der Zentralen Stelle erhalten nur Zugriff auf die Angaben der jeweils letzten Einladung pro Frau. Der Zugriff auf Angaben aus früheren Einladungen (Einladungs-Historie) wird gesperrt. In begründeten Einzelfällen (z.B. bei dem Vorwurf einer nicht fristgerecht ergangenen Folgeeinladung) kann die Sperrung nach Genehmigung durch die Leitung der Zentralen Stelle vorübergehend aufgehoben werden. Zur Sicherstellung der Evaluation sowie der organisatorischen Anforderungen an das Terminmanagement (z.B. Ermittlung der relativen Teilnahmewahrscheinlichkeit) sollten neben den Angaben zur letzten Einladung bestimmte weiterführende Informationen zur letzten Einladung verfügbar sein, z.B. ob es sich dabei um eine Erst- oder Folgeeinladung nach Teilnahme oder Nicht-Teilnahme handelte (Näheres siehe Parameter 3.9 ff)	Aus Gründen der Beweispflicht, insbesondere bei dem Vorwurf einer ggf. nicht fristgerecht ergangenen Einladung muss die Zentrale Stelle in begründeten Einzelfällen in der Lage sein, die Einladungs- und Teilnahmehistorie einer Frau zu rekonstruieren.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 5.16** (frühere Brustkrebserkrankung- Anamnese)	Feldname: **[ANAMNESE] BRUSTKREBS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„nein“** **„ja“** Beschreibung: **Vorliegen einer bereits diagnostizierten Brustkrebserkrankung** **(Während der ersten 5 Jahre …**	Feldname: **[ANAMNESE] BRUSTKREBS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„nein“** **„ja - rechts“** **„ja - links“** **„ja - beidseitig“** Beschreibung: **Vorliegen einer bereits diagnostizierten Brustkrebserkrankung inkl. Seitenlokalisation** **(Während der ersten 5 Jahre …**	Die Möglichkeit zur Erfassung der Seitenlokalisation einer früheren Brustkrebserkrankung ist aus medizinischer Sicht für die weitere Diagnostik erforderlich und muss unabhängig von der Seitenlokalisation ggf. durchgeführter Brustkrebsoperationen erfolgen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 7.5** (Gewebedichte - Befundung)	Feldname: **[BEFUNDUNG] GEWEBEDICHTE** Pflicht (Implementierung): **„nein“** Beschreibung: **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."**	Feldname: **[BEFUNDUNG] GEWEBEDICHTE** Pflicht (Implementierung): **„ja“** Beschreibung: **Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig)** *- Rest gestrichen -*	Die Beurteilung der Gewebedichte bei der Befundung ist für die weitergehende Untersuchung der Sensitivität bestimmter bildgebender Verfahren erforderlich und muss in der Dokumentationssoftware dokumentiert werden können. Die Beschreibung der einzelnen Ausprägungen ist nicht standardisiert und muss gestrichen werden. Insbesondere die Hinweise auf die Einschränkung der mammographischen Sensitivität bei dichtem Gewebe könnten den Prozess der mammographischen Befundung beeinflussen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 7.11** (Art der Läsion - Befundung)	Feldname: **[BEF_LAESION] HERD** Beschreibung: **Angabe, ob es sich um einen Herd/ eine Verdichtung handelt**	Feldname: **[BEF_LAESION] HERD** Beschreibung: **Angabe, ob es sich um einen Herd handelt. Nur zulässig, wenn eine Lokalisation im Uhrzeitschema angegeben wurde**	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt.

Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 7.11** (Art der Läsion - Befundung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[BEF_LAESION] VERDICHTUNG** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„nein“** **„ja“** Beschreibung: **Angabe, ob es sich um eine Verdichtung handelt. Nur zulässig, wenn eine Lokalisation in nur einer Ebene angegeben wurde**	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 7.11** (Art der Läsion - Befundung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[BEF_LAESION] ASYMMETRIE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„nein“** **„ja“** Beschreibung: **Angabe, ob es sich um eine Asymmetrie handelt**	Eine Asymmetrie ist keine Unterform der Architekturstörung. Die Ausprägung „Asymmetrie“ muss daher zusätzlich aufgenommen und unabhängig von der Ausprägung „Architekturstörung“ dokumentiert werden.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 8.5** (Gewebedichte - Konsensus-konferenz)	Feldname: **[KONSENSUSKONF] GEWEBEDICHTE** Pflicht (Implementierung): **„nein“** Beschreibung: **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."**	Feldname: **[KONSENSUSKONF] GEWEBEDICHTE** Pflicht (Implementierung): **„ja“** Beschreibung: **Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig)** *- Rest gestrichen -*	Die Beurteilung der Gewebedichte bei der Befundung ist für die weitergehende Untersuchung der Sensitivität bestimmter bildgebender Verfahren erforderlich und muss in der Dokumentationssoftware dokumentiert werden können. Die Beschreibung der einzelnen Ausprägungen ist nicht standardisiert und muss gestrichen werden. Insbesondere die Hinweise auf die Einschränkung der mammographischen Sensitivität bei dichtem Gewebe könnten den Prozess der mammographischen Befundung beeinflussen.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 8.12** (Art der Läsion - Konsensus-konferenz)	Feldname: **[KK_LAESION] HERD** Beschreibung: **Angabe, ob es sich um einen Herd/ eine Verdichtung handelt**	Feldname: **[KK_LAESION] HERD** Beschreibung: **Angabe, ob es sich um einen Herd handelt. Nur zulässig, wenn eine Lokalisation im Uhrzeitschema angegeben wurde**	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 8.12** (Art der Läsion - Konsensus-konferenz)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[KK_LAESION] VERDICHTUNG** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„nein“** **„ja“** Beschreibung: **Angabe, ob es sich um eine Verdichtung handelt. Nur zulässig, wenn eine Lokalisation in nur einer Ebene angegeben wurde**	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 8.12** (Art der Läsion - Konsensus-konferenz)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[KK_LAESION] ASYMMETRIE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„nein“** **„ja“** Beschreibung: **Angabe, ob es sich um eine Asymmetrie handelt**	Eine Asymmetrie ist keine Unterform der Architekturstörung. Die Ausprägung „Asymmetrie“ muss daher zusätzlich aufgenommen und unabhängig von der Ausprägung „Architekturstörung“ dokumentiert werden.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.14** (Lokalisation - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] LOKALISATION** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"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"**	Feldname: **[MX_LAESION] LOKALISATION** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"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 mlo erkennbar - oben"** **"nur mlo erkennbar - unten"** **"nur cc erkennbar - innen"** **"nur cc erkennbar - außen"**	Mammographische Befunde können auch im Rahmen der Abklärungsuntersuchung nur in einer Ebene darstellbar sein (Verdichtung), daher sind die 1-Ebenen-Lokalisationen auch hier aufzunehmen.

Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 11.15** (Abstand Mamille - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **>0**	Feldname: **[MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **≥0**	Ein retromamillärer Befund kann sich auch unmittelbar hinter der Mammille befinden, daher sollte eine Angabe von 0 mm möglich sein.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.16** (Beurteilung der Läsion - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"Gutartige Läsion"** **"Läsion unklar, eher benigne"** **"Läsion unklar, eher maligne"** **"Läsion sicher maligne"**	Feldname: **[MX_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Normalbefund/ kein Korrelat"** **"2 - Gutartige Läsion"** **"3 - wahrscheinlich benigne"** **"4a - Läsion unklar, eher benigne"** **"4b - Läsion unklar, eher maligne"** **"5 - Läsion sicher maligne"** *(Anmerkung: Die Spalte "Beschreibung" enthält hinweise Hinweise zur Migration der bisher erfassten Kategorien.)*	In der bildgebenden Diagnostik erfolgt die Beurteilung standardisiert analog zu den BIRADS-Kategorien. Die Bezeichnung der Kategorien soll daher stärker an die aktuelle Nomenklatur der BIRADS-Kategorien angeglichen werden. (Übernahme der Nummerierung) Durch Aufnahme der Kategorie „1 - Normalbefund /kein Korrelat" kann zu vorher auffälligen Läsionen angegeben werden, dass diese sich in der jeweiligen Maßnahme (z.B. Sonographie) nicht abbilden lassen. Durch Aufnahme der Kategorie „3 – wahrscheinlich benigne" ist eine eindeutige Korrelation zur Empfehlung einer Kontrolluntersuchung gegeben.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.17** (Art der Läsion: Herd/Verdichtung - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] HERD** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"kein Herd / keine Verdichtung"** **"Herd /Verdichtung ist gut abgegrenzt"** **"Herd /Verdichtung ist schlecht abgegrenzt"** Beschreibung **Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Herd**	Feldname: **[MX_LAESION] HERD** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"kein Herd "** **"Herd ist gut abgegrenzt"** **"Herd ist schlecht abgegrenzt"** **"Herd ist strahlig"** Beschreibung **Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Herd (falls Lokalisation im Uhrzeit-Schema möglich)**	Die Ausprägung „Verdichtung" muss unabhängig von „Herd" angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt Bei Vorliegen eines Herdes ist das Attribut „strahlig" alternativ (und nicht zusätzlich) zu „gut abgegrenzt" oder „schlecht abgegrenzt" anzugeben

Streichung	**Anhang 1 – Parameter 11.17** (Art der Läsion: Herd/Verdichtung - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] HERD_STRAHLIG**	***- gestrichen -***	Bei Vorliegen eines Herdes ist das Attribut „strahlig“ alternativ (und nicht zusätzlich) zu „gut abgegrenzt“ oder „schlecht abgegrenzt“ anzugeben
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.17** (Art der Läsion: Herd/Verdichtung - mammographische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[MX_LAESION] VERDICHTUNG** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„keine Verdichtung“** **„Verdichtung“** Beschreibung: **Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Verdichtung (falls Lokalisation nur in einer Ebene sichtbar)**	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden läßt.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.17** (Art der Läsion: Herd/Verdichtung - mammographische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[MX_LAESION] VERDICHTUNG_ AUSDEHNUNG** Beschreibung: **mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm**	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden läßt.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.19** (Art der Läsion: Architekturstörung - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] ARCHITEKTUR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"keine Architekturstörung"** **"Asymmetrie"** **"Architekturstörung"** **"Sonstige"** Beschreibung **Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Architekturstörung oder Asymmetrie**	Feldname: **[MX_LAESION] ARCHITEKTUR** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"keine Architekturstörung"** **"Architekturstörung"** Beschreibung **Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Architekturstörung**	Eine Asymmetrie ist keine Unterform der Architekturstörung. Die Ausprägung „Asymmetrie“ muss daher zusätzlich aufgenommen und unabhängig von der Ausprägung „Architekturstörung“ dokumentiert werden.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.19a** (Art der Läsion: Asymmetrie - mammographische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: **[MX_LAESION] ASYMMETRIE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"keine Asymmetrie"** **"Asymmetrie"** Beschreibung **Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Asymmetrie**	Eine Asymmetrie ist keine Unterform der Architekturstörung. Die Ausprägung „Asymmetrie“ muss daher zusätzlich aufgenommen und unabhängig von der Ausprägung „Architekturstörung“ dokumentiert werden.

Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 11.25** (Abstand Mamille - sonographische Untersuchung)	Feldname: **[SONO_LAESION] ABSTAND_ MAMILLE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **>0**	Feldname: **[SONO_LAESION] ABSTAND_ MAMILLE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **≥0**	Ein retromamillärer Befund kann sich auch unmittelbar hinter der Mammille befinden, daher sollte eine Angabe von 0 mm möglich sein.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.28** (Beurteilung der Läsion - sonographische Untersuchung)	Feldname: **[SONO_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"Zyste (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)"** **"Solide (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)"** **"Auffälligkeit von unklarer Dignität"** **"Malignitätsverdächtiger Befund"** **"Maligner Befund"**	Feldname: **[SONO_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Normalbefund/ kein Korrelat"** **"2 - gutartige Läsion - Zyste"** **"2 - gutartige Läsion - Solide"** **"3 - wahrscheinlich benigne"** **"4 - malignitätsverdächtig"** **"5 - sicher maligne"** *(Anmerkung: Die Spalte "Beschreibung" enthält hinweise Hinweise zur Migration der bisher erfassten Kategorien.)*	In der bildgebenden Diagnostik erfolgt die Beurteilung standardisiert analog zu den BIRADS-Kategorien. Die Bezeichnung der Kategorien soll daher stärker an die aktuelle Nomenklatur der BIRADS-Kategorien angeglichen werden. (Übernahme der Nummerierung) Durch Aufnahme der Kategorie „1 - Normalbefund /kein Korrelat" kann zu vorher auffälligen Läsionen angegeben werden, dass diese sich in der jeweiligen Maßnahme (z.B. Sonographie) nicht abbilden lassen. Durch Aufnahme der Kategorie „3 – wahrscheinlich benigne" ist eine eindeutige Korrelation zur Empfehlung einer Kontrolluntersuchung gegeben.
Änderung/ Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 11.30** (MRT- Untersuchung)	Feldname: **[TERMIN_ABKL] MRT_UNTERSUCHUNG**	Feldnamen: **[TERMIN_ABKL] MRT_UNTERSUCHUNG** **[TERMIN_ABKL] MRT_ARZTID** **[TERMIN_ABKL] MRT_BEFUND** **[MRT_LAESION] LAESION_ID** **[MRT_LAESION] SEITE** **[MRT_LAESION] LOKALISATION** **[MRT_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** **[MRT_LAESION] AUSDEHNUNG** **[MRT_LAESION] ERGEBNIS** **[MRT_LAESION] BESCHREIBUNG**	Ein MRT der Brust ist in gemäß § 12 der Krebsfrüherkennungsrichtlinien Bestandteil der Leistungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik im Screening und muss daher analog zur mammographischen und sonographischen Untersuchung standardisiert dokumentierbar sein.

Änderung	**Anhang 1 – Datensatz 12 Allgemeiner Text** (Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	**Pro Screening-Untersuchung kann nach Abschluss der Bildgebung einmalig eine Gesamtbeurteilung der durchgeführten bildgebenden & klinischen Maßnahmen dokumentiert werden**	**Pro Screening-Untersuchung kann nach Abschluss der Bildgebung eine Gesamtbeurteilung der durchgeführten bildgebenden & klinischen Maßnahmen dokumentiert werden** Wird es nach dem eigentlichen Abschluss der bildgebenden Abklärung und Dokumentation der Gesamtbeurteilung in Ausnahmefällen erforderlich, weitere bilgebenden Maßnahmen zu dokumentieren, z.B. im Rahmen einer Kontrolluntersuchung, so ist nach Abschluss der Untersuchungen eine weitere Gesamtbeurteilung zu dokumentieren.	Die Gesamtbeurteilung muss z.B. nach Durchführung einer empfohlenen Kontrolluntersuchung (erneuter Termin zur bildgebenden Abklärung) erneut dokumentiert werden können, ohne dass die Ergebnisse der ursprünglichen Gesamtbeurteilung überschrieben werden. Andernfalls gehen wichtige Informationen wie die Indikationsstellung zur Biopsie oder Kontrolluntersuchung verloren.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 12.1a** (abschließende Beurteilung je Läsion - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	(Felder noch nicht vorhanden)	Feldname: **[GESAMT_ABKL_LAESION] LAESION_ ID** **[GESAMT_ABKL_LAESION] SEITE** **[GESAMT_ABKL_LAESION] LOKALISATION** **[GESAMT_ABKL_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** **[GESAMT_ABKL_LAESION] ERGEBNIS**	Zur Zusammenführung der Ergebnisse aus den einzelnen nicht-invasiven Maßnahmen muss im Rahmen der Gesamtbeurteilung eine abschließende Beurteilung je Läsion mit entsprechenden Empfehlungen für das weitere Vorgehen möglich sein. Eine Gesamtbeurteilung je Fall ist erst möglich, wenn mindestens eine abschließende Beurteilung je Läsion erfolgt ist.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 12.2** (Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldname: **[GESAMT_ABKL] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"Unauffällig und Verbleib im Screening"** **"Auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie"** **"Kontrolluntersuchung nach einer bestimmten Frist (nur in Ausnahmefällen)"** Beschreibung: **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.**	Feldname: **[GESAMT_ABKL] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"Unauffällig - Normalbefund oder benigne Läsion - Verbleib im Screening"** **"Auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie"** **"Kontrolluntersuchung nach einer bestimmten Frist (nur in Ausnahmefällen)"** Beschreibung: **Beurteilung und Empfehlung nach bisherigen bildgebenden Untersuchungen (kann nur dokumentiert werden, wenn die abschließende Beurteilung zu mind. einer zuvor auffälligen Läsion dokumentiert wurde --> Siehe 12.7)** **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.**	Zur Zusammenführung der Ergebnisse aus den einzelnen nicht-invasiven Maßnahmen muss im Rahmen der Gesamtbeurteilung eine abschließende Beurteilung je Läsion mit entsprechenden Empfehlungen für das weitere Vorgehen möglich sein. Eine Gesamtbeurteilung je Fall ist erst möglich, wenn mindestens eine abschließende Beurteilung je Läsion erfolgt ist. Bei der Gesamtbeurteilung je Fall muss die Einschätzung „Unauffällig“ auch gutartige Befunde mit einschließen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 12.3** (Frist bis zur Kontrolle *je Läsion* - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldname: **[GESAMT_ABKL] KONTROLLE_NACH** Erfassung pro: **Gesamtbeurteilung einmal pro Fall**	Feldname: **[GESAMT_ABKL_LAESION] KONTROLLE_NACH** Erfassung pro: **abschließende Beurteilung je Läsion**	Bei Empfehlung zur Kontrolluntersuchung oder Biopsie ist die Größe sowie Art der empfohlenen Biopsie bzw. Begründung und Frist zur Kontrolluntersuchung *bezogen auf die jeweilige Läsion* anzugeben.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 12.4** (Art der empfohlenen Biopsie *je Läsion* - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldname: **[GESAMT_ABKL] BIOPSIE** Erfassung pro: **Gesamtbeurteilung einmal pro Fall**	Feldname: **[GESAMT_ABKL_LAESION] BIOPSIE** Erfassung pro: **abschließende Beurteilung je Läsion**	Bei Empfehlung zur Kontrolluntersuchung oder Biopsie ist die Größe sowie Art der empfohlenen Biopsie bzw. Begründung und Frist zur Kontrolluntersuchung *bezogen auf die jeweilige Läsion* anzugeben.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 12.5** (Größe *je Läsion* - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldnamen: **[GESAMT_ABKL] GROESSE-GESAMT** Erfassung pro: **Gesamtbeurteilung einmal pro Fall**	Feldname: **[GESAMT_ABKL_LAESION] GROESSE-GESAMT** V. (Vorbelegung): **Übernahme des größten Wertes für die Ausdehnung aus den vorher dokumentierten Untersuchungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik** Erfassung pro: **abschließende Beurteilung je Läsion**	Bei Empfehlung zur Kontrolluntersuchung oder Biopsie ist die Größe sowie Art der empfohlenen Biopsie bzw. Begründung und Frist zur Kontrolluntersuchung *bezogen auf die jeweilige Läsion* anzugeben.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 12.5** (Größe *je Läsion* - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldnamen: **[GESAMT_ABKL] GROESSE-HAUPT** Erfassung pro: **Gesamtbeurteilung einmal pro Fall**	Feldname: **[GESAMT_ABKL_LAESION] GROESSE-HAUPT** Erfassung pro: **abschließende Beurteilung je Läsion**	Bei Empfehlung zur Kontrolluntersuchung oder Biopsie ist die Größe sowie Art der empfohlenen Biopsie bzw. Begründung und Frist zur Kontrolluntersuchung *bezogen auf die jeweilige Läsion* anzugeben.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 13.7** (Abbruch - Biopsie)	Feldnamen: **[BIOPSIE_LAESION] ABBRUCH_GRUND** Datentyp: **Freitext**	Feldnamen: **[BIOPSIE_LAESION] ABBRUCH_GRUND** Datentyp: **Fixtext (4 Ausprägungen)** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"Komplikationen"** **"durch Patientin"** **"Biopsie methodisch nicht durchführbar"** **"Befund nicht reproduzierbar"**	Komplikationen bei der Biopsie und ggf. der Grund für einen Abbruch sind aus medicolegalen Gründen standardisiert zu erfassen
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 13.7a** (Komplikationen - Biopsie)	(Felder noch nicht vorhanden)	Feldnamen: **[BIOPSIE_LAESION] KOMPLIKATION** **[BIOPSIE_LAESION] KOMPLIKATION_SONST**	Komplikationen bei der Biopsie und ggf. der Grund für einen Abbruch sind aus medicolegalen Gründen standardisiert zu erfassen

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 13.15** (Nachuntersuchung - Biopsie)	Feldnamen: **[BIOPSIE_LAESION] NU** Beschreibung: **Angabe, ob Nachuntersuchungen durchgeführt wurden oder noch durchgeführt werden. In diesem Fall sind weitere Angaben erforderlich.**	Feldnamen: **[BIOPSIE_LAESION] NU** Beschreibung: **Angabe, ob Nachuntersuchungen durchgeführt wurden oder noch durchgeführt werden. In diesem Fall sind weitere Angaben erforderlich. Sofern die Ergebnisse der Nachuntersuchungen noch nicht vorliegen, muss der Stand der Dokumentation als vorläufig zwischengespeichert und die Dokumentation zu einem späteren Zeitpunkt abgeschlossen werden**	Die Nachuntersuchung finden meist erst mehrere Tage nach der Biopsie statt. Daher muss es möglich sein, die Biopsie zeitnah nach Durchführung zu dokumentieren und später die Angaben zur Nachuntersuchung zu ergänzen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 14.1** (Datum - Patho Biopsie)	Feldnamen: **[BIOPSIE_PATHO] DATUM** Erfassung / Berechnung / Vorbelegung: **E.: manuelle Erfassung** **V.: ggf. aktuelles Datum**	Feldnamen: **[BIOPSIE_PATHO] DATUM** Erfassung / Berechnung / Vorbelegung: **E.: manuelle Erfassung**	Da die Ergebnisse der histologischen Beurteilung meist durch den PVA eingegeben werden, erfolgt die Dokumentation in der Regel mehrere Tage nach der Durchführung, eine Vorbelegung mit dem aktuellen Datum macht daher keinen Sinn.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 14.8** (histologische Diagnose - Patho Biopsie)	Feldnamen: **[BIOPSIE_PATHO] BDA** **[BIOPSIE_PATHO] MIKROZYSTEN** **[BIOPSIE_PATHO] DUKT_ HYPERPLASIE** **[BIOPSIE_PATHO] KOLLUMNARZELLEN** **[BIOPSIE_PATHO] INV_GEFAESSINV**	***- gestrichen -***	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst und nach B-Klassifikation gruppiert werden.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 14.8** (histologische Diagnose - Patho Biopsie)	(Felder noch nicht vorhanden)	Feldnamen: **[BIOPSIE_PATHO] ADENOSE_ KOLLUMNARZELLEN** **[BIOPSIE_PATHO] SONSTIGE_B3_ LAESION**	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst und nach B-Klassifikation gruppiert werden.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 14.8** (histologische Diagnose - Patho Biopsie)	Feldnamen: **[BIOPSIE_PATHO] PHYLLODES** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"kein Anzeichen für Phyllodes-Tumor"** **"Verdacht auf Phyllodes-Tumor"** **"Vorliegen eines Phylodes-Tumors"**	Feldnamen: **[BIOPSIE_PATHO] PHYLLOIDES** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **„ja“** **„nein“**	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst und nach B-Klassifikation gruppiert werden.

Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 14.8** (Markierung für Fortbildung - Patho Biopsie)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldnamen: **[BIOPSIE_PATHO] MARKIERUNG_ FOBI**	Zur Unterstützung der Auswahl von Fällen für die interaktive Fortbildungsveranstaltung der Pathologen, sollen Pathologen bereits bei der Dokumentation die Möglichkeit erhalten, auf relevante Fälle mit einer entsprechenden Markierung aufmerksam zu machen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 17.1** (Datum - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] DATUM** Erfassung / Berechnung / Vorbelegung: **E.: manuelle Erfassung** **V.: ggf. aktuelles Datum**	Feldnamen: **[OP_PATHO] DATUM** Erfassung / Berechnung / Vorbelegung: **E.: manuelle Erfassung**	Da die Ergebnisse der histologischen Beurteilung meist durch den PVA eingegeben werden, erfolgt die Dokumentation in der Regel mehrere Tage nach der Durchführung, eine Vorbelegung mit dem aktuellen Datum macht daher keinen Sinn.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.1** (Lokalisation - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] LOKALISATION** **[OP_PATHO] LOKALISATION2**	***- gestrichen -***	Die konkrete Lokalisation des Befundes in der Brust kann vom Pathologen nicht eingeschätzt werden.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 17.1** (Lokalisation - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] LOKALISATION_ UNSPEZ** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)"** **"multifokal"** **"diffus"**	Feldnamen: **[OP_PATHO] LOKALISATION_ UNSPEZ** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"unifokal“** **"multifokal"**	Die Ausprägung „diffus“, die eine Läsion ohne klar abgegrenzte Herde umschreibt (z.B. großflächigen Mikrokalk) kann nur unter Hinzuziehung der Bildgebung im Rahmen der postoperativen Fallkonferenz eingeschätzt werden.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.9** (mammographische Anomalie - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] ANOMALIE**	***- gestrichen -***	Dem Pathologen hat meist keine Kenntnis von den Vorbefunden oder der Durchführung der Operation und kann daher bestimmte Angaben nicht machen.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.11** (Einschnitt der Probe - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] EINGESCHNITTEN**	***- gestrichen -***	Dem Pathologen hat meist keine Kenntnis von den Vorbefunden oder der Durchführung der Operation und kann daher bestimmte Angaben nicht machen.

Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.14** (Größe der Probe - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] GROESSE-L** **[OP_PATHO] GROESSE-M** **[OP_PATHO] GROESSE-K**	***- gestrichen -***	Die Angaben zur Größe der Probe (in 3 orthogonalen Ebenen) sowie die Anzahl der Schnittlamellen sind für die weitere Beurteilung des Falles irrelevant und werden im Regelfall auch nicht vom Pathologen dokumentiert
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.14** (Größe der Probe - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] LAMELLEN**	***- gestrichen -***	Die Angaben zur Größe der Probe (in 3 orthogonalen Ebenen) sowie die Anzahl der Schnittlamellen sind für die weitere Beurteilung des Falles irrelevant und werden im Regelfall auch nicht vom Pathologen dokumentiert
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.16** (histologische Diagnose - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] BDA** **[OP_PATHO] DUKT_HYPERPLASIE** **[OP_PATHO] KOLLUMNARZELLEN**	***- gestrichen -***	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 17.16** (histologische Diagnose - Patho OP)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldnamen: **[OP_PATHO] ADENOSE_ KOLLUMNARZELLEN**	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.17** (epitheliale Proliferation - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] EPITHEL_ PROLIFERATION** (Anmerkung: Auch die Gruppenbezeichnung "Beschreibung der epithelialen Proliferation wird gestrichen, die entsprechenden Parameter subsummieren sich unter der Gruppe der benignen Läsionen, die Verpflichtung zur Dokumentation entfällt)	***- gestrichen -***	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden.

Streichung	**Anhang 1 – Parameter 17.18** (DCIS Wachstumsmuster - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-KOMEDO** **[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-SOLIDE** **[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-KRIBRI** **[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-CLING** **[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-SONST**	***- gestrichen -***	Die Angaben zum Wachstumsmuster bei DCIS haben keinerlei Relevanz für die Prognostik oder das weitere Vorgehen im Rahmen der Therapie
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 17.18** (DCIS Komedonekrosen - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] DCIS-KOMEDONEKROSEN** Pflicht (Erfassung): **nein**	Feldnamen: **[OP_PATHO] DCIS-KOMEDONEKROSEN** Pflicht (Erfassung): **bedingt (wenn DCIS vorliegt)**	Die Angaben zum Vorhandensein von Komedonekrosen, sollten analog der anderen Angaben zum DCIS-Gradings verpflichtend sein, wenn DCIS vorliegt
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 17.21** (Tumorgröße - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] INV-GROESSE-GESAMT** Beschreibung: **Gesamtgröße der invasiven Läsion in mm (einschl. DCIS mit einer Ausdehnung > 1mm außerhalb des invasiven Tumors)** Pflicht (Erfassung): **bedingt (falls DCIS-Komponente außerhalb des invasiven Karzinoms vorliegt)**	Feldnamen: **[OP_PATHO] TUMOR_ GESAMTGROESSE** Beschreibung: **Tumorgesamtgröße in mm (invasiv + DCIS, wenn DCIS Ausdehnung > 1 mm außerhalb des invasiven Tumors)** Pflicht (Erfassung): **bedingt (falls INVASIV = "ja", ist mind. ein Typ anzugeben)**	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 17.24** (Gefäßinvasion - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] GEFAESINV** Beschreibung: **Gefäßinvasion (Blut- oder Lymphgefäße)**	Feldnamen: **[OP_PATHO] GEFAESSINV** Beschreibung: **Peritumorale Gefäßinvasion**	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 17.27** (Hormonrezeptorstatus - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] ER-STATUS** Beschreibung: **Hormonrezeptorstatus (Östrogen): Anteil positiver Tumorzellen in % (≥ 10 = positiver Status)**	Feldnamen: **[OP_PATHO] ER-STATUS** Beschreibung: **Hormonrezeptorstatus (Östrogen): Anteil positiver Tumorzellen in %**	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 17.27** (Hormonrezeptor-status - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] PGR-STATUS** Beschreibung: **Hormonrezeptorstatus (Progesteron): Anteil positiver Tumorzellen in % (≥ 10 = positiver Status)**	Feldnamen: **[OP_PATHO] PGR-STATUS** Beschreibung: **Hormonrezeptorstatus (Progesteron): Anteil positiver Tumorzellen in %**	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 17.27** (Hormonrezeptor-status - Patho OP)	Feldnamen: **[OP_PATHO] FISH-ANALYSE** **[OP_PATHO] CISH-ANALYSE**	Feldnamen: **[OP_PATHO] ISH-ANALYSE**	Die Unterscheidung von FISH- oder CISH-Analyse ist irrelevant. Zukünftig werden diese Felder als ISH-Analyse weitergeführt
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 17.31** (Markierung für Fortbildung - Patho OP)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldnamen: **[OP_PATHO] MARKIERUNG_FOBI**	Zur Unterstützung der Auswahl von Fällen für die interaktive Fortbildungsveranstaltung der Pathologen, sollen Pathologen bereits bei der Dokumentation die Möglichkeit erhalten, auf relevante Fälle mit einer entsprechenden Markierung aufmerksam zu machen.
Streichung	**Anhang 1 – Parameter 18.11** (Markierungsdrähte - postop. Fallkonferenz)	Feldnamen: **[POSTOP_FK] MARKIERUNG**	***- gestrichen -***	Die Angabe, ob Markierungsdrähte im Abstand von 1 cm zur nicht palpablen Läsion angebracht wurden, ist für die Qualitätssicherung im Screening nicht relevant

Änderung	**Anhang 1 –** **Spalte „Erfassung/ Berechnung/ Vorbelegung“** **Parameter 18.12** (Lymphknoten - postop. Fallkonferenz) **18.14** (Tumorgröße – postop. Fallkonferenz)	Feldnamen: **[POSTOP_FK] LK-SENTINEL** **[POSTOP_FK] LK-SENTINEL-ANZ** **[POSTOP_FK] LK-SENTINEL-ANZ-POS** **[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS** **[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ** **[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ-POS** **[POSTOP_FK] LK-ANDERE** **[POSTOP_FK] LK-ANDERE_ LOKALISATION** **[POSTOP_FK] LK-ANDERE-ANZ** **[POSTOP_FK] LK-ANDERE-ANZ-POS** **[POSTOP_FK] GROESSE-TUMOR** **[POSTOP_FK] GROESSE-GESAMT** V. (Vorbelegung): -***keine***-	Feldnamen: **[POSTOP_FK] LK-SENTINEL** **[POSTOP_FK] LK-SENTINEL-ANZ** **[POSTOP_FK] LK-SENTINEL-ANZ-POS** **[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS** **[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ** **[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ-POS** **[POSTOP_FK] LK-ANDERE** **[POSTOP_FK] LK-ANDERE_ LOKALISATION** **[POSTOP_FK] LK-ANDERE-ANZ** **[POSTOP_FK] LK-ANDERE-ANZ-POS** **[POSTOP_FK] GROESSE-TUMOR** **[POSTOP_FK] GROESSE-GESAMT** V. (Vorbelegung): **Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]**	Die Angaben zum Befall der Lymphknoten sowie zur Tumorgröße werden derzeit redundant sowohl in der Dokumentation der histopathologischen Beurteilung des OP-Präparates als der postoperativen Fallkonferenz erfasst. Um erhöhten Dokumentationsaufwand und Fehler bei der Übertragung zu vermeiden, sollten die Angaben in der postoperativen Fallkonferenz mit denen aus der Dokumentation der Pathologie vorbelegt werden.
Änderung	**Anhang 1 –** **Parameter 18.13** (Lokalisation Tumor - postop. Fallkonferenz)	Feldnamen: **[POSTOP_FK] LOKALISATION** Beschreibung: **Angabe der Lokalisation (falls möglich) als Uhrzeit oder erste Uhrzeit eines Sektors, bei Lokalisation, die sich über mehrere Uhrzeiten erstrecken.**	Feldnamen: **[POSTOP_FK] LOKALISATION** Beschreibung: **Angabe der Lokalisation (falls möglich) als Uhrzeit** **Erstreckt sich die maligne Läsion über mehrere Sektoren, sollte das Zentrum der Läsion lokalisiert und die Läsion als unspezifisch klassifiziert werden.**	Die Lokalisation sektorenübergreifender Läsionen durch Angabe von zwei Uhrzeiten im Sinne einer „Von-Bis“-Angabe ist unpraktikabel. Es reicht das Zentrum der Läsion anzugeben und diese als multifokal oder diffus zu kennzeichnen.
Streichung	**Anhang 1 –** **Parameter 18.13** (Lokalisation Tumor - postop. Fallkonferenz)	Feldnamen: **[POSTOP_FK] LOKALISATION2**	***- gestrichen -***	Die Lokalisation sektorenübergreifender Läsionen durch Angabe von zwei Uhrzeiten im Sinne einer „Von-Bis“-Angabe ist unpraktikabel. Es reicht das Zentrum der Läsion anzugeben und diese als multifokal oder diffus zu kennzeichnen.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 18.13** (Lokalisation Tumor - postop. Fallkonferenz)	Feldnamen: **[POSTOP_FK] LOKALISATION_ UNSPEZ** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)"“** **"multifokal"** **„diffus“**	Feldnamen: **[POSTOP_FK] LOKALISATION_ UNSPEZ** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)"** **"multiple Herde"** **"diffus"**	Läsionen mit multiplen Herden sind anhand des Abstands zwischen den Herden in multifokale bzw. multizentrische Läsionen zu unterscheiden.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 18.13** (Lokalisation Tumor - postop. Fallkonferenz)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldnamen: **[POSTOP_FK] ABSTAND_HERDE**	Läsionen mit multiplen Herden sind anhand des Abstands zwischen den Herden in multifokale bzw. multizentrische Läsionen zu unterscheiden.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 18.19** (weitere Tumoren - postop. Fallkonferenz)	Feldnamen: **[POSTOP_FK_TUMOR] SEITE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"ipsilateral“** **„kontralateral“**	Feldnamen: **[POSTOP_FK] TUMOR_SEITE** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"rechts“** **„links“**	Die Angabe der Seitenlokalisation weiterer Tumoren im Verhältnis zum Primärtumor erfordert, ständig zusätzlich die Lokalisation des Primärtumors präsent zu haben. Es wird daher empfohlen zu einer eindeutige „links/rechts“ Angabe überzugehen
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 18.19** (weitere Tumoren - postop. Fallkonferenz)	Feldnamen: **[POSTOP_FK_TUMOR] LOKALISATION** Beschreibung: **Angabe der Lokalisation (falls möglich) als Uhrzeit oder erste Uhrzeit eines Sektors, bei Lokalisation, die sich über mehrere Uhrzeiten erstrecken**	Feldnamen: **[POSTOP_FK] LOKALISATION** Beschreibung: **Angabe der Lokalisation (falls möglich) als Uhrzeit** **Erstreckt sich die maligne Läsion über mehrere Sektoren, sollte das Zentrum der Läsion lokalisiert und die Läsion als unspezifisch klassifiziert werden.**	Die Lokalisation sektorenübergreifender Läsionen durch Angabe von zwei Uhrzeiten im Sinne einer „Von-Bis“-Angabe ist unpraktikabel. Es reicht das Zentrum der Läsion anzugeben und diese als multifokal oder diffus zu kennzeichnen.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 18.19** (weitere Tumoren - postop. Fallkonferenz)	Feldnamen: **[POSTOP_FK_TUMOR] LOKALISATION2**	***- gestrichen -***	Die Lokalisation sektorenübergreifender Läsionen durch Angabe von zwei Uhrzeiten im Sinne einer „Von-Bis“-Angabe ist unpraktikabel. Es reicht das Zentrum der Läsion anzugeben und diese als multifokal oder diffus zu kennzeichnen.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 18.19** (weitere Tumoren - postop. Fallkonferenz)	Feldnamen: **[POSTOP_FK_TUMOR] LOKALISATION_ UNSPEZ** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)"“** **"multifokal"** **„diffus“**	Feldnamen: **[POSTOP_FK_TUMOR] LOKALISATION_ UNSPEZ** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)"** **"multiple Herde"** **"diffus"**	Läsionen mit multiplen Herden sind anhand des Abstands zwischen den Herden in multifokale bzw. multizentrische Läsionen zu unterscheiden.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 18.19** (weitere Tumoren - postop. Fallkonferenz)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldnamen: **[POSTOP_FK_TUMOR] ABSTAND_HERDE**	Läsionen mit multiplen Herden sind anhand des Abstands zwischen den Herden in multifokale bzw. multizentrische Läsionen zu unterscheiden.
Änderung	**Anhang 1 – Spalte „Verantwortlicher“ (Erfassung) Datensätze 14 und 17**	Verantwortlicher (Erfassung): **Pathologe**	Verantwortlicher (Erfassung): **Pathologe/PVA**	Die Dokumentation der histopathologischen Beurteilungen von Biopsie- und OP-Präparaten erfolgt meist nicht durch den Pathologen selbst, sondern durch den Programmverantwortlichen Arzt

Änderung	**Anhang 1 – Spalte „Erfassung/ Berechnung/ Vorbelegung“ Parameter 11.6, 11.14, 11.15, 11.30, 12,1a, 13.6**	Feldnamen: **[TASTBEFUND] LOKALISATION** **[TASTBEFUND] SEITE** **[MX_LAESION] SEITE** **[MX_LAESION] LOKALISATION** **[MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** **[SONO_LAESION] SEITE** **[SONO_LAESION] LOKALISATION** **[SONO_LAESION] ABSTAND_ MAMILLE** **[MRT_LAESION] SEITE** **[MRT_LAESION] LOKALISATION** **[MRT_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** **[BIOPSIE_LAESION] SEITE** **[BIOPSIE_LAESION] LOKALISATION** **[BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_ MAMILLE** V. (Vorbelegung): **ggf. Übernahme aus Liste bereits dokumentierter Läsionen**	Feldname: **[TASTBEFUND] LOKALISATION** V. (Vorbelegung): **bei Bezug zu einer bereits dokumentierten Läsion (über die Läsions-ID) Vorbelegung mit dem jeweils zuletzt dokumentierten Wert (angegeben im Rahmen der Konsensuskonferenz oder der klinischen, mammographischen, sonographischen oder MRT-Untersuchung der Läsion)** Feldnamen: **[TASTBEFUND] SEITE** **[MX_LAESION] SEITE** **[MX_LAESION] LOKALISATION** **[MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** **[SONO_LAESION] SEITE** **[SONO_LAESION] LOKALISATION** **[SONO_LAESION] ABSTAND_ MAMILLE** **[MRT_LAESION] SEITE** **[MRT_LAESION] LOKALISATION** **[MRT_LAESION] ABSTAND_MAMILLE** **[BIOPSIE_LAESION] SEITE** **[BIOPSIE_LAESION] LOKALISATION** **[BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_ MAMILLE** V. (Vorbelegung): **siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION**	Angaben zur Lokalisation sollten zur Reduktion des Dokumentationsaufwands mit bereits dokumentierten Angaben vorbelegt werden.

Protokoll der Änderungen von Version 2.1 (Stand: 01.03.2011) zu Version 2.1.1 (Stand: 20.04.2011)

Art der Änderung	Abschnitt	Inhalt Version 2.1	Inhalt Version 2.1.1	Begründung
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 3.8** (Einladung)	Feldnamen: **[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN** Beschreibung: **Datum der Teilnahme oder zuletzt vergebener Termin (bei Erinnerung, Verschiebung, verspätete Teilnahme) sofern abweichend vom ersten Termin der Screening-Runde** E. (Erfassung): **Generierung bei Terminvergabe (Erinnerung, Verschiebung, verspätete Teilnahme), ggf. Aktualisierung bei Import der Teilnehmerlisten von den Screening-Einheiten**	Feldnamen: **[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN** Beschreibung: **Datum des zuletzt vergebenen Termins (bei Erinnerung oder Verschiebung) sofern abweichend vom ersten Termin der Screening-Runde** E. (Erfassung): **Generierung bei Terminvergabe (Erinnerung, Verschiebung)**	Zur Ermittlung der Anspruchsberechtigung (zeitlicher Abstands nach Teilnahme im Screening) ist es erforderlich, dass das Datum der letzten Teilnahme im Screening für die Mitarbeiter der Zentralen Stellen verfügbar ist, unabhängig von der Generierung einer weiteren Einladung.
Ergänzung	**Anhang 1 – Parameter 3.8a** (Einladung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldnamen: **[EINLADUNG] DATUM_LETZTE_TEILNAHME**	Zur Ermittlung der Anspruchsberechtigung (zeitlicher Abstands nach Teilnahme im Screening) ist es erforderlich, dass das Datum der letzten Teilnahme im Screening für die Mitarbeiter der Zentralen Stellen verfügbar ist, unabhängig von der Generierung einer weiteren Einladung.

Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 3.1-3.11** (Einladung)	Feldnamen: **[EINLADUNG] ERSTER_TERMIN** **[EINLADUNG] EINLADUNG** **[EINLADUNG] ME** **[EINLADUNG] ALTER** **[EINLADUNG] ERINNERUNG** **[EINLADUNG] VERSCHIEBUNG** **[EINLADUNG] TEILNAHME** **[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN** **[EINLADUNG] VORHER_EINLADUNG** **[EINLADUNG] TEILNAHME_VORHER_EINLADUNG** **[EINLADUNG] EINL_FRISTGERECHT** Speicherung: **temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)**	Feldnamen: **[EINLADUNG] ERSTER_TERMIN** **[EINLADUNG] EINLADUNG** **[EINLADUNG] ME** **[EINLADUNG] ALTER** **[EINLADUNG] ERINNERUNG** **[EINLADUNG] VERSCHIEBUNG** **[EINLADUNG] TEILNAHME** **[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN** **[EINLADUNG] VORHER_EINLADUNG** **[EINLADUNG] TEILNAME_VORHER_EINLADUNG** **[EINLADUNG] EINL_FRISTGERECHT** Speicherung: **dauerhaft, Anzeige temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)**	Die Angaben aus früheren Einladungen werden dauerhaft gespeichert, die Verfügbarkeit für die Mitarbeiter wird gesperrt.
Änderung	**Anhang 1 – Datensatz 7 Allgemeiner Text – Angaben je Läsion** (Befundung)	**Pro Befundung können mehrere auffällige Läsionen erfasst werden. (…)**	**Pro Befundung können mindestens zwei auffällige Läsionen pro Brustseite erfasst werden. (…)**	Es ist nicht erforderlich, beliebig viele Läsionen erfassen zu können. Bei der Beurteilung der Screening-Mammographieaufnahmen (Befundung), der Supervision sowie der Konsensuskonferenz ist durch die Software zur Dokumentation sicherzustellen, dass zu mindestens zwei Läsionen pro Brustseite Angaben gemacht werden können.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 7.10** (Befundung)	Feldname: **[BEF_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **("Gutartige Läsion")** **"Läsion unklar, eher benigne"** **"Läsion unklar, eher maligne"** **"Läsion sicher maligne"**	Feldname: **[BEF_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **("2 - Benigner Befund")** **"4a - Suspekte Veränderung - eher benigne"** **"4b - Suspekte Veränderung - eher maligne"** **"5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"**	In der medizinischen Praxis erfolgt die Beurteilung von bildgebenden Untersuchungen standardisiert analog zu BIRADS. Die Bezeichnung der Befundstufen sollte daher an die BIRADS-Nomenklatur angeglichen werden. Die Angabe „Läsion sicher maligne“ nach einer rein bildgebenden Untersuchung ist zudem aus medizinischer Sicht nicht korrekt, da die Malignität einer Läsion erst durch histologischen Befund als gesichert gilt. Entsprechende Regeln zur Migration der bisher erfassten Daten werden in einem Migrationskonzept definiert.
Änderung	**Anhang 1 – Datensatz 8 Allgemeiner Text – Angaben je Läsion** (Konsensuskonferenz)	**Pro Konsensuskonferenz können mehrere auffällige Läsionen dokumentiert werden. (…)**	**Pro Konsensuskonferenz können mindestens zwei auffällige Läsionen pro Brustseite dokumentiert werden. (…)**	Es ist nicht erforderlich, beliebig viele Läsionen erfassen zu können. Bei der Beurteilung der Screening-Mammographieaufnahmen (Befundung), der Supervision sowie der Konsensuskonferenz ist durch die Software zur Dokumentation sicherzustellen, dass zu mindestens zwei Läsionen pro Brustseite Angaben gemacht werden können.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 8.10** (Konsensus-konferenz)	Feldname: **[KK_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **("Gutartige Läsion")** **"Läsion unklar, eher benigne"** **"Läsion unklar, eher maligne"** **"Läsion sicher maligne"**	Feldname: **[KK_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **("2 - Benigner Befund")** **"4a - Suspekte Veränderung - eher benigne"** **"4b - Suspekte Veränderung - eher maligne"** **"5 - Hochgradig malignitätsverdächtiger Befund"**	In der medizinischen Praxis erfolgt die Beurteilung von bildgebenden Untersuchungen standardisiert analog zu BIRADS. Die Bezeichnung der Befundstufen sollte daher an die BIRADS-Nomenklatur angeglichen werden. Die Angabe „Läsion sicher maligne“ nach einer rein bildgebenden Untersuchung ist zudem aus medizinischer Sicht nicht korrekt, da die Malignität einer Läsion erst durch histologischen Befund als gesichert gilt. Entsprechende Regeln zur Migration der bisher erfassten Daten werden in einem Migrationskonzept definiert.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.16** (Beurteilung der Läsion - mammographische Untersuchung)	Feldname: **[MX_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Normalbefund/ kein Korrelat"** **"2 - Gutartige Läsion"** **"3 - wahrscheinlich benigne"** **"4a - Läsion unklar, eher benigne"** **"4b - Läsion unklar, eher maligne"** **"5 - Läsion sicher maligne"** *(Anmerkung:* *Die Spalte “Beschreibung“ enthält hinweise Hinweise zur Migration der bisher erfassten Kategorien.)*	Feldname: **[MX_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Unauffällig/ kein Korrelat"** **"2 - Benigner Befund"** **"3 - Wahrscheinlich benigner Befund"** **"4a - Suspekte Veränderung, eher benigne"** **"4b - Suspekte Veränderung, eher maligne"** **"5 - Hochgradig malignitätsverdächtig"** *(Anmerkung:* *Die Spalte “Beschreibung“ enthält hinweise Hinweise zur Migration der bisher erfassten Kategorien.)*	In der medizinischen Praxis erfolgt die Beurteilung von bildgebenden Untersuchungen standardisiert analog zu BIRADS. Die Bezeichnung der Befundstufen sollte daher an die BIRADS-Nomenklatur angeglichen werden. Die Angabe „Läsion sicher maligne“ nach einer rein bildgebenden Untersuchung ist zudem aus medizinischer Sicht nicht korrekt, da die Malignität einer Läsion erst durch histologischen Befund als gesichert gilt.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.28** (Beurteilung der Läsion - sonographische Untersuchung)	Feldname: **[SONO_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Normalbefund/ kein Korrelat"** **"2 - gutartige Läsion - Zyste"** **"2 - gutartige Läsion - Solide"** **"3 - wahrscheinlich benigne"** **"4 - malignitätsverdächtig"** **"5 - sicher maligne"** *(Anmerkung:* *Die Spalte "Beschreibung" enthält hinweise Hinweise zur Migration der bisher erfassten Kategorien.)*	Feldname: **[SONO_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Unauffällig/ kein Korrelat"** **"2 - Benigner Befund - Zyste"** **"2 - Benigner Befund - Solide"** **"3 - Wahrscheinlich benigner Befund"** **"4 - Suspekte Veränderung "** **"5 - Hochgradig malignitätsverdächtig"** *(Anmerkung:* *Die Spalte "Beschreibung" enthält hinweise Hinweise zur Migration der bisher erfassten Kategorien.)*	In der medizinischen Praxis erfolgt die Beurteilung von bildgebenden Untersuchungen standardisiert analog zu BIRADS. Die Bezeichnung der Befundstufen sollte daher an die BIRADS-Nomenklatur angeglichen werden. Die Angabe „Läsion sicher maligne" nach einer rein bildgebenden Untersuchung ist zudem aus medizinischer Sicht nicht korrekt, da die Malignität einer Läsion erst durch histologischen Befund als gesichert gilt.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 11.30** (MRT- Untersuchung)	Feldname: **[MRT_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Normalbefund/ kein Korrelat"** **"2 - gutartige Läsion"** **"3 - wahrscheinlich benigne"** **"4 - malignitätsverdächtig"** **"5 - sicher maligne"**	Feldname: **[MRT_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Unauffällig/ kein Korrelat"** **"2 - Benigner Befund"** **"3 - Wahrscheinlich benigner Befund"** **"4 - Suspekte Veränderung "** **"5 - Hochgradig malignitätsverdächtig"**	In der medizinischen Praxis erfolgt die Beurteilung von bildgebenden Untersuchungen standardisiert analog zu BIRADS. Die Bezeichnung der Befundstufen sollte daher an die BIRADS-Nomenklatur angeglichen werden. Die Angabe „Läsion sicher maligne" nach einer rein bildgebenden Untersuchung ist zudem aus medizinischer Sicht nicht korrekt, da die Malignität einer Läsion erst durch histologischen Befund als gesichert gilt.
Änderung	**Anhang 1 – Parameter 12.1a** (abschließende Beurteilung je Läsion - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldname: **[GESAMT_ABKL_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Normalbefund/ kein Korrelat"** **"2 - gutartige Läsion"** **"3 - wahrscheinlich benigne"** **"4 - malignitätsverdächtig"** **"5 - sicher maligne"**	Feldname: **[GESAMT_ABKL_LAESION] ERGEBNIS** Ausprägung / zulässiger Wertebereich: **"1 - Unauffällig/ kein Korrelat"** **"2 - Benigner Befund"** **"3 - Wahrscheinlich benigner Befund"** **"4 - Suspekte Veränderung "** **"5 - Hochgradig malignitätsverdächtig"**	In der medizinischen Praxis erfolgt die Beurteilung von bildgebenden Untersuchungen standardisiert analog zu BIRADS. Die Bezeichnung der Befundstufen sollte daher an die BIRADS-Nomenklatur angeglichen werden. Die Angabe „Läsion sicher maligne" nach einer rein bildgebenden Untersuchung ist zudem aus medizinischer Sicht nicht korrekt, da die Malignität einer Läsion erst durch histologischen Befund als gesichert gilt.

Änderung	**Anhang 1 – Parameter 12.3** (Angaben zu früheren Teilnahmen)	Feldname: **[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN (im Datenbestand der Screening-Einheit)**	Feldname: **[EINLADUNG] DATUM_LETZTE_ TEILNAHME (im Datenbestand der Screening-Einheit)**	Die Angaben zur letzten Teilnahme werden zukünftig einladungsunabhängig erfasst. Die Angabe ist nicht aus dem entsprechenden Feld und nicht mehr aus der Einladungshistorie zu entnehmen.
Korrektur	**Anhang 2 – Ablaufdiagram Screening-Workflow**	Dokumentation des MRT der Brust (Parameter 11.30) bisher nicht berücksichtigt Übernahme der Angaben zu früheren Untersuchungen (Datensatz 20) bisher nicht berücksichtigt	Aufnahme der Dokumentation des MRT Aufnahme der Angaben zu früheren Untersuchungen beim Import der Einladungsdaten	Die Dokumentation von Angaben zur Indikationsstellung und Durchführung eines MRT sowie der Übernahme von Angaben aus früheren Untersuchungen (Übermittelt im Rahmen der Einladungsliste) sind seit Version 2.0 Bestandteil der Dokumentation, waren bei der Abbildung der Dokumentation der Untersuchung bisher jedoch nicht berücksichtigt

Protokoll der Änderungen von Version 2.1.1 (Stand: 20.04.2011) zu Version 2.1.2 (Stand: 31.08.2011)

Art der Änderung	Abschnitt	Inhalt Version 2.1.1	Inhalt Version 2.1.2	Begründung
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 3.4** (Einladung-Alter zum Zeitpunkt der Einladung)	Feldname: **[EINLADUNG] ALTER** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: autom. Generierung bei Einladung/Selbsteinladung** **B.: [EINLADUNG] BEGINN** **- [FRAU] GEBURTSDATUM**	Feldname: **[EINLADUNG] ALTER** Erfassung/Berechnung/Vorbelegung **E.: autom. Generierung bei Einladung/Selbsteinladung** **B.: [EINLADUNG] ERSTER_TERMIN** **- [FRAU] GEBURTSDATUM**	Falsche Feldbezeichnung in der Berechnungsvorschrift: Das Feld [EINLADUNG] BEGINN existiert nicht, ist aber bedeutungsgleich mit dem Feld [EINLADUNG] ERSTER_TERMIN
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 11.23** (Abklärung - Ultraschall-Untersuchung)	Feldname: **[TERMIN_ABKL] SONO_BEFUND** Dokumentationspflicht: **ja** Bedingung für Dokumentationspflicht: **-**	Feldname(n): **[TERMIN_ABKL] SONO_BEFUND** Dokumentationspflicht: **bedingt** Bedingung für Dokumentationspflicht: **falls sonographische Untersuchung durchgeführt**	Die Dokumentation der Ergebnisse bestimmter Abklärungsmaßnahmen kann nur erfolgen, wenn die entsprechenden Untersuchungen auch durchgeführt wurden.
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 11.30** (Abklärung - MRT-Untersuchung)	Feldname: **[TERMIN_ABKL] MRT_ARZTID** Dokumentationspflicht: **ja** Bedingung für Dokumentationspflicht: **-** Feldname: **[TERMIN_ABKL] MRT_BEFUND** Dokumentationspflicht: **ja** Bedingung für Dokumentationspflicht: **-**	Feldname: **[TERMIN_ABKL] MRT_ARZTID** Dokumentationspflicht: **bedingt** Bedingung für Dokumentationspflicht: **falls MRT-Untersuchung durchgeführt** Feldname: **[TERMIN_ABKL] MRT_BEFUND** Dokumentationspflicht: **bedingt** Bedingung für Dokumentationspflicht: **falls MRT-Untersuchung durchgeführt**	Die Dokumentation der Ergebnisse bestimmter Abklärungsmaßnahmen kann nur erfolgen, wenn die entsprechenden Untersuchungen auch durchgeführt wurden.
Korrektur	**Anhang 1 – Parameter 11.30** (Abklärung - MRT-Untersuchung)	(In Version 2.0 als Feld [MRT] UNTERSUCHUNG implementiert, im Rahmen der Differenzierung der MRT-Dokumentation bei Umstellung auf Version 2.1 gestrichen)	Feldname: **[TERMIN_ABKL] MRT_BEMERKUNG**	Die Dokumentation weiterer Angaben in einem Freitextfeld muss bei jedem Untersuchungsschritt möglich sein, um die vollständige medizinische Dokumentation sicherzustellen.

Korrektur	**Anhang 2 – Ablaufdiagramm Screening-Workflow**	Dokumentation des MRT-Befundes und der mammographischen Beurteilung im Rahmen der Abklärung wird übergangen	Die Dokumentation von klinischen, sonographischen und MRT-Untersuchungen kann parallel erfolgen. Am Ende der Dokumentation des Termins zur bildgebenden Abklärung ist mindestens die mammographische Beurteilung zu dokumentieren.	Im Rahmen der Termine zur nicht-invasiven Abklärung müssen klinische, sonographische, mammographische und MRT-Untersuchungen unabhängig voneinander dokumentiert werden können. Eine mammographische Beurteilung (mind. der Screening-Aufnahmen, wenn keine Zusatzaufnahmen gemacht wurden) muss angegeben werden.