KOOPERATIONS
GEMEINSCHAFT
MAMMOGRAPHIE

Protokolle zur elektronischen Dokumentation im Mammographie-Screening

- Version 1.01 -

Stand: 05.05.2008

Veröffentlicht von der

Kooperationsgemeinschaft Mammographie in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung GbR
Hermann-Heinrich-Gossen-Straße 3
50858 Köln

Geschäftsführer
Jan Sebastian Graebe-Adelssen

Beirat der Kooperationsgemeinschaft Mammographie
Erster Vorsitzender: Dr. Wolfgang Aubke
stellvertretender Vorsitzender: Dr. Bernd Metzinger

© Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Köln, Juni 2007

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.

Anlage 1) Eine tabellarische Spezifikation der zu erfassenden Datenfelder

Die tabellarische Übersicht enthält die Menge aller Daten, welche im Rahmen der elektronischen Dokumentation gemäß den Vorgaben der Krebsfrüherkennungsrichtlinien (KFU) sowie der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV zum Zweck der medizinischen Dokumentation und Evaluation in der Zentralen Stelle bzw. der Screening-Einheit zu erfassen sind.
Dabei wird im Kopf der Tabelle zwischen der konzeptionellen Ebene (links), und der technischen Ebene (rechts) unterschieden. Die konzeptionelle Ebene benennt die Datenelemente (Spalten *Datensatz; Parametername*) und stellt die Erforderlichkeit deren Erfassung nach Wortlaut der Richtlinien (Spalte *Referenz*) bzw. aus anderen programmimmanenten Gründen (Spalte *Begründung*) dar. Die Erfassungsebene (Zugehörigkeit der Daten zum selben Datensatz) wird in Form einer einfachen Hierarchie dargestellt (Spalte *Pro*) und kennzeichnet die Zugehörigkeit und Unter- bzw. Überordnung der durch die dokumentierten Daten beschriebenen Entitäten (Informationsobjekte). Außerdem wird hier der Zeitpunkt und Ort der Erfassung spezifiziert, sowie die Verantwortlichkeit für die Vollständigkeit und Korrektheit der dokumentierten Daten angegeben. (Spalte *Verantw.*)
Die technische Ebene präzisiert und standardisiert die Erfassung der einzelnen Datenelemente durch konkrete Beschreibung von Datenfeldern. Hierbei sind oftmals mehrere Datenfelder zur vollständigen standardisierten Erfassung eines Datenelementes notwendig.
Auf der technischen Ebene wird angegeben, durch wen (Benutzer) oder was (Software) ggf. die Eingabe eines Wertes erfolgt und ob die Erfassung des jeweiligen Feldwertes in jedem Fall Pflicht (Doku.-Pflicht = „ja“) bzw. in Abhängigkeit von anderen Feldwerten bedingt verpflichtend (Doku.-Pflicht = „bed.“; Bedingung) ist.

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

Bei der Umsetzung dieser Spezifikationen sind folgende Prinzipien zu beachten:

Minimalanforderung:

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

Umsetzungsfreiheit:

Die Spezifikation erhebt keinen Anspruch auf eine exakte Umsetzung auf Datenbankebene, da dies einen gravierenden Eingriff in die bereits bestehenden Datenbankstrukturen und Datenverarbeitungsprozesse der Softwaresysteme darstellen und mit einem nicht unerheblichen und ungerechtfertigten Zeit- und Kostenaufwand verbunden wäre, der insbesondere zu einer weiteren Verzögerung der Anpassung der Dokumentation führen würde.
Daher wurde bewusst auf eine exakte Beschreibung einer Datenbankstruktur oder Festlegung auf bestimmte Standards (z.B. Oracle) verzichtet. Auch die Feldspezifikationen und die zu dokumentierenden Werte müssen nicht exakt in der beschriebenen Art und Weise physisch beim Betreiber der Datenbank gespeichert werden. Wichtiger als die Frage, WIE, ist vor allem, DASS die spezifizierten Datenwerte in geeigneter Weise in den entsprechenden Datenbanken erfasst werden und die Umsetzung der Vorgaben vor allem auf Anwenderebe-

ne eindeutig erkennbar ist, die Wertbezeichnungen stellen dabei eine Empfehlung auf Anwenderseite dar, unabhängig vom entsprechenden Datenwert in der Datenbank.
Die beschriebenen Datenelemente und Feldbezeichnung dienen als Grundlage für Auswertungen im Rahmen der Evaluation. Hierzu werden zeitnah ebenfalls von der Kooperationsgemeinschaft entsprechende Vorgaben veröffentlicht, in welcher Art und Weise entsprechende Evaluationsparameter zu berechnen sind.

Anlage 2) Ein Prozessablaufdiagramm (Screening-Workflow)

Das Ablaufdiagramm stellt den Verlauf und die Reihenfolge der einzelnen 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.

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

Liste der verwendeten Abkürzungen

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

KOOPERATIONS
GEMEINSCHAFT
MAMMOGRAPHIE

Anlage 1

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

Stand: 05.05.2008

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
1	1	Meldedaten	Vornamen	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] VORNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Vorname der Frau Bei mehreren Vornamen sind diese durch ein Leerzeichen zu trennen	**E.:** Import aus Lieferung der 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	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] NAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Familienname der Frau	**E.:** Import aus Lieferung der 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	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] FRUEH_NAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	anderer früherer Name der Frau, wenn verschieden vom Familiennamen und vom Geburtsnamen (z.B. Ehename einer früheren Ehe) Bei mehreren früheren Namen sind diese durch ein Leerzeichen 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	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] GEBURTSNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsname der Frau, wenn verschieden von 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	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] GEBURTSDATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsdatum der Frau	**E.:** Import aus Lieferung der 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	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] GEBURTSORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsort der Frau	**E.:** Import aus Lieferung der Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID)
1	8	Meldedaten	Straße	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] STRASSE	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Name der Strasse des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	**E.:** Import aus Lieferung der Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen
1	9	Meldedaten	Hausnummer	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] HAUSNR	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Hausnummer des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	**E.:** Import aus Lieferung der Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen
1	10	Meldedaten	PLZ	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] PLZ	gültige 5-stellig PLZ des Bundesgebietes	Freitext	PLZ des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	**E.:** Import aus Lieferung der Meldedaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht (PLZ erforderlich für KR-Abgleich)	- Versand der Einladungen
1	11	Meldedaten	Ort	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] ORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Ortsname des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	**E.:** Import aus Lieferung der 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	KFU d) (2) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] ZUSATZ_ANSCHRIFT		Freitext	Adresszusatz des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	**E.:** Import aus Lieferung der 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	KFU d) (3) BMV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] SCR-ID		Freitext	aus den Meldedaten generiertes Pseudonym (nicht reidentifizierbar) zur lebenslangen eindeutigen Identifizierung der Frau im Mammographie-Screening *{noch 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)	KFU d) (3) BMV Anh 9 (I.1) BMV Anh 9 (IV.2)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] KN1		Freitext	Kontrollnummer - Nachname, 1. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN2		Freitext	Kontrollnummer - Nachname, 2. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN3		Freitext	Kontrollnummer - Nachname, 3. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN4		Freitext	Kontrollnummer - Vorname, 1. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN5		Freitext	Kontrollnummer - Vorname, 2. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN6		Freitext	Kontrollnummer - Vorname, 3. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN7		Freitext	Kontrollnummer - Geburtsname, 1. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN8		Freitext	Kontrollnummer - Geburtsname, 2. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN9		Freitext	Kontrollnummer - Geburtsname, 3. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN10		Freitext	Kontrollnummer - früherer Name, 1. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN11		Freitext	Kontrollnummer - früherer Name, 2. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN12		Freitext	Kontrollnummer - früherer Name, 3. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN13		Freitext	Kontrollnummer - Geburtstag	**E.:** Generierung aus [FRAU] GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN14		Freitext	Kontrollnummer - DDR Namenscode	**E.:** Generierung aus [FRAU] VORNAME, NAME, GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN15		Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter Nachname	**E.:** Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN16		Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter Vorname	**E.:** Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN17		Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter Geburtsname	**E.:** Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN18		Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter fürherer Name	**E.:** Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN19		Freitext	Kontrollnummer - Titel, 1. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] TITEL bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN20		Freitext	Kontrollnummer - Titel, 2. Teil	**E.:** Generierung aus [FRAU] TITEL bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN21		Freitext	Kontrollnummer - Baden-Württembergischer Schlüssel, 1	**E.:** Generierung aus [FRAU] VORNAME, GEBURTSNAME, GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN22		Freitext	Kontrollnummer - Baden-Württembergischer Schlüssel, 2	**E.:** Generierung aus [FRAU] VORNAME, NAME, GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Intervallkarzinomabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR

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 wurder (normalerweise wegen einer früheren Mammographie vor weniger als 12 Monaten) werden unmittelbar nach Ablauf der Ausschlussfrist wieder schriftlich eingeladen. Frauen mit unbefristem Ausschluss (normalerweise weil sie die Teilnahme am Programm abgelehnt haben) werden nicht wieder eingeladen.															
3	1	Einladungs- und Teilnahme-daten	Einladung / erster Termin	KFU d) (1) BMV Anh 9 (I.1)	erforderlich für die Auswertung und fristgerechte Wiedereinladung		Einladung	TermV	ZS	ZS	SW/ 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	- Generierung der Einladungslisten - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die nächste Einladung bei Nichtteilnahme ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein")
3	2	Einladungs- und Teilnahme-daten	Terminart (erster Termin)		erforderlich für Auswertung der Teilnahme nach Selbsteinladung		Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] EINLADUNG	"Automatisch" "Selbsteinladung"	Fixtext (2 Ausspräg.)	Art des vergebenen ersten Termins der indiv. Screening-Runde	**E.:** Generierung bei Terminvergabe (autom. Einladung, Selbsteinladung)	dauerhaft	- Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten
3	3	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ort der Untersuchung	KFU d) (1) BMV Anh 9 (I.1)			Einladung	TermV / Versch.	ZS	ZS	SW / ZS	ja		ja	A	[EINLADUNG] ME		Freitext	in der Einladung / Selbsteinladung angegebene ME (bei Nicht-Teilnahme) bzw ME der Untersuchung	**E.:** Generierung bei Terminvergabe (Einladung, Selbsteinladung) oder Import der Teilnehmerlisten von den Screening-Einheiten	dauerhaft	
3	4	Einladungs- und Teilnahme-daten	Alter		erforderlich für 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] BEGINN - [FRAU] GEBURTSDATUM	dauerhaft	- Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten
3	5	Einladungs- und Teilnahme-daten	Erinnerung		erforderlich für Generierung der Erinnerung		Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] ERINNERUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausspräg.)	Einmalige Generierung einer Erinnerung während der Screening-Runde nach Nichtteilnahme	**E.:** Generierung bei Terminvergabe (Erinnerung) **V.:** "nein"	dauerhaft	- Generierung der Erinnerungen - Auswertung des Teilnahmeverhaltens nach Erinnerung
3	6	Einladungs- und Teilnahme-daten	Verschiebung		erforderlich für Auswertung der Teilnahme nach Verschiebung		Einladung	Versch.	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] VERSCHIEBUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausspräg.)	ein- oder mehrmalige Verschiebung des vergebenen Termins durch die Frau	**E.:** Generierung bei Terminvergabe (Verschiebung) **V.:** "nein"	dauerhaft	- Auswertung des Teilnahmeverhaltens nach Verschiebung
3	7	Einladungs- und Teilnahme-daten	Teilnahme	KFU d) (6) KFU d) (5)			Einladung	Teiln.	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] TEILNAHME	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausspräg.)	Kennzeichnung der Teilnahme der Frau	**E.:** Aktualisierung bei Import der Teilnehmerlisten **V.:** "nein"	dauerhaft	- Auswertung des Teilnahmeverhaltens
3	8	Einladungs- und Teilnahme-daten	letzter Termin / Teilnahmedatum	KFU d) (7) BMV Anh 9 (I.1)	erforderlich für kurzfristige Auswertungen der Teilnahme		Einladung	TermV / Versch. / Teiln.	ZS	ZS	SW / ZS	bed.	sofern verschieden vom ersten Termin	ja	E	[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN	> [EINLADUNG] BEGINN < [EINLADUNG] BEGINN + 22 Monate	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Teilnahme oder zuletzt vergebener Termin (bei Erinnerung, Verschiebung, verspätete Teilnahme) sofern abweichend, vom ersten Termin der Screening-Runde	**E.:** Generierung bei Terminvergabe (Erinnerung, Verschiebung, verspätete Teilnahme), ggf. Aktualisierung bei Import der Teilnehmerlisten von den Screening-Einheiten	dauerhaft	- Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die Einladung (nächste Runde) bei Teilnahme ([EINLADUNG] TEILNAHME = "ja")
						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	9	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ausschlussfrist (Beginn)	KFU d) (7) BMV Anh 9 (I.2)			Ausschluss	Rückm.	ZS	ZS	ZS	ja		ja	E	[AUSSCHLUSS] DATUM_VON		Datum (TT.MM.JJJJ)	Beginn einer 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 plan. Termin für die Einladung - Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten
3	10	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ausschlussfrist (Ende - bei befristetem Ausschluss)	KFU d) (7) BMV Anh 9 (I.2)			Ausschluss	Rückm.	ZS	ZS	ZS	bed.	sofern vorhanden	ja	E	[AUSSCHLUSS] DATUM_BIS	> [AUSSCHLUSS] DATUM_VON	Datum (TT.MM.JJJJ)	Ende der Ausschlussfrist Bei unbegrenztem Ausschluss, enthält das Feld keinen Wert	**E.:** manuelle Erfassung durch Personal Zentrale Stelle bei entsprechender Rückmeldung	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die Einladung - Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten

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 Zeiräume dokumentiert werden, in denen sie aufgrund regelmäßiger Lieferungen ihrer Meldedaten als im Programm aktiv gelten.** Aktive Frauen 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	11	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	- Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.)
3	12	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	- Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.)
						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	13	Einladungs- und Teilnahme-daten	Zugehörigkeit zu Screening-Einheit (Beginn)	BMV 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 - Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten
3	14	Einladungs- und Teilnahme-daten	Zugehörigkeit zu Screening-Einheit (Ende)	BMV 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 - Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten
3	15	Einladungs- und Teilnahme-daten	Zugehörigkeit zu Screening-Einheit	BMV 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 - Auswertung Terminvergabe (Einladungsquote etc.) - Auswertung Teilnahmeverhalten
4	1	Mammographie-Einheit	Adresse ME	BMV 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	BMV 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 einläd. Bei einer neuen Anamneserhebung können die Daten mit Angaben aus der früheren Anamnese vorausgefüllt werden																	
5	1	Anamnese-daten	Anamnese (Datum und Screening-ID)	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] 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	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] VORNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Vorname der Frau Bei mehreren Vornamen sind diese durch ein Leerzeichen zu trennen	**E.:** manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte **V.:** durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	3	Anamnese-daten	Familienname	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] NAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Familienname der Frau	**E.:** manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte **V.:** durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	4	Anamnese-daten	Geburtsname	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] GEBURTSNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsname der Frau, wenn verschieden von Familienname	**E.:** manuell	dauerhaft	
5	5	Anamnese-daten	Geburtsdatum	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] GEBURTSDATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsdatum der Frau	**E.:** Erfassung von der KK-Karte ggf. manuell	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
5	6	Anamnese-daten	Geburtsort	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] GEBURTSORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsort der Frau	**E.:** manuell	dauerhaft	
5	7	Anamnese-daten	Strasse	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] STRASSE	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Name der Strasse des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	**E.:** manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte **V.:** durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	8	Anamnese-daten	Hausnummer	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] HAUSNR	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Hausnummer des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	**E.:** manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte **V.:** durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	9	Anamnese-daten	PLZ	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] PLZ	gültige 5-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	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] ORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Ortsname des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	**E.:** manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte **V.:** durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	11	Anamnese-daten	Zusatz zu Anschrift	KFU d) (3) KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] ZUSATZ_ANSCHRIFT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise und Interpunktionszeichen)	Freitext	Adresszusatz des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	**E.:** manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte **V.:** durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	- Mitteilung an Frau
5	12	Anamnese-daten	Krankenkasse	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	B	[ANAMNESE] KRANKENKASSE	keine Sonderzeichen	Freitext	Name der Krankenkasse der Versicherten *{für die Leistungsabrechnung sind noch weitere Daten wie z.B. Versichertennummer und -status sowie IK-Nr. zu erfassen}*	**E.:** Erfassung von der KK-Karte ggf. manuell	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
5	13	Anamnese-daten	Hausarzt, Benachrichtigung	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] HAUSARZT-INFO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Aspräg.)	Wunsch der Frau, dass ihrem behandelnden Hausarzt das Screening-Ergebnis schriftlich mitgeteilt wird	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Hausarzt
											nein		ja	B	[ANAMNESE] HAUSARZT_NAME	Form beliebig		Name und Titel des Hausarztes	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Hausarzt
											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	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] FRAUENARZT-INFO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Aspräg.)	Wunsch der Frau, dass ihrem behandelnden Frauenarzt das Screening-Ergebnis schriftlich mitgeteilt wird	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Frauenarzt
											nein		ja	B	[ANAMNESE] FRAUENARZT _NAME	Form beliebig		Name und Titel des Frauenarztes	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung an Frauenarzt
											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	Verantw.	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	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] FRUEH_MX	"nein" "ja - vor mehr als 12 Monaten" "ja - innerhalb der letzten 12 Monate"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob bei der Frau bereits früher eine Mammographie durchgeführt wurde	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung eines Ausschlusskriteriums an die Zentrale Stelle
											nein		ja	E	[ANAMNESE] FRUEH_MX_DATUM	> aktuelles Datum - 12 Monate	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der früheren Mammographie (nur falls Mammographie innerhalb der letzen 12 Monate)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Mitteilung eines Ausschlusskriteriums an die Zentrale Stelle
											nein		ja	B	[ANAMNESE] FRUEH_MX_ARZT	Form beliebig		Name und Titel des mammogr. Arztes	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
											nein		ja	B	[ANAMNESE] FRUEH_MX_ARZTADRESSE	Form beliebig		Praxisanschrift des mammogr. Arztes	**E.:** manuelle Erfassung (**V.:** evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	
5	16	Anamnese-daten	Diagnose Brustkrebs	KFU Anl. V KFU a) (3)		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] BRUSTKREBS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen einer bereits diagnostizierten Brustkrebserkrankung (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	KFU Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] OP	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation(en) an einer oder beiden Brüsten	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft	
											nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-ENTFERNUNG	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation zur Entfernung einer oder beider Brüste	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft	
											nein		ja	E	[ANAMNESE] OP-ENTFERNUNG-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der (ggf. letzten) Operation zu 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 zu 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	KFU Anl. V KFU a) (3)		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein		ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorhandensein von Brustkrebsbeschwerden	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- ggf. Anzeige bzw. 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	

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
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 Ausprägungen)	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
						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)	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr. Unters.	ME	PVA		SW / rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Erstellung der Screening-Mammographie-Aufnahmen	**E.:** manuelle Erfassung/Korrektur **V.:** aktuelles Datum	dauerhaft	- Auswertungen der Untersuchungs-ergebnisse (Eingrenzung des Betrachtungszeitraums) - Bildung der Untersuchungs-ID - Fristen-Berechnung
											SW / rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] SCR-ID		Freitext	Screening-ID der untersuchten Frau	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** autom. Import/Einlesen (z.B. aus Einladungsliste oder über Barcode-Scanner)	dauerhaft	- autom. Zuordnung der Untersuchung zur jeweiligen Frau (Identifikation der Frau im Verlauf der Untersuchung) - Bildung der Untersuchungs-ID
6	2	Erstellung Mammo-graphie	Person	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr. Unters.	ME	PVA		SW/ rad. FK	ja		ja	A	[ERSTELLUNG] NAME, VORNAME, (GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE)		Freitexte	Vorname, Nachname (ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, falls Abrechnung über die Dokumentationssoftware)	**E.:** manuell bzw. durch Einlesen der Krankenversichertenkarte **V.:** Übernahme aus Anamnese wenn bereits elektronisch erfasst	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
6	3	Erstellung 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)	KFU 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	- Arztbezogene Auswertungen (z.B. Statistiken für PVA) - ggf. Mitteilung an Frau, Hausarzt, Frauenarzt
6	5	Erstellung Mammo-graphie	Kennung der radiologischen Fachkraft	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA		SW/ rad. FK	ja		ja	B	[ERSTELLUNG] RAD_FACHKRAFT-ID	Kennung eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (rad. FK)	String fester Länge	eindeutige systemweite Kennung der radiologischen Fachkraft, welche die Scr.-Untersuchung vornimmt	**E.:** manuelle Korrektur **V.:** automatisch erfassen durch Kennung des angemeldeten Benutzers (rad. FK)	dauerhaft	- Auswertung der diagnostischen Bildqualität (je rad. Fachkraft)
6	6	Erstellung Mammo-graphie	Voraufnahmen	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA		rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] VORAUFNAHMEN	"Hinzugezogen" "Nicht hinzugezogen"	binär / Fixtext (2 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	
6	7	Erstellung Mammo-graphie	Klinische Auffälligkeiten	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	**Es können mehrer klinische Auffälligkeiten pro Screening-Untersuchung erfasst werden**																
						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	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA		rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] ZUSATZAUFNAHME	"Zusatzaufnahmen nicht notwendig" "Zusatzaufnahmen aus anatomischen Gründen angezeigt" "Zusatzaufnahmen aus 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	Verantw.		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	KFU 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)
											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 - Auswertung der Bildwiederholungsrate
											bed.	falls es sich um Zusatzaufnahme aus anatomischen Gründen handelt	ja	B	[AUFNAHME] SPEZIFIKATION		Freitext	genauere Spezifikation zu Technik und Grund der erstellten Zusatzaufnahme (z.B. Spez. der anatomischen Einschränkung)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja		ja	E	[AUFNAHME] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Ausprägungen)	Seitenlokalisation der Aufnahme	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. automatische Erfassung bei digitalem Gerät	dauerhaft	- Auswertung der Bildwiederholungsrate
6	11	Erstellung Mammo-graphie	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	BMV Anh 3 9. BMV Anh 4 1.		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"		- Auswertung der Bildwiederholungsrate - Plausibilitätsprüfung bei Dokumentation der erstellten Aufnahmen
					erforderlich für die korrekte Berechnung der Bildwiederholungsrate wegen technischer Mängel und die Selbstüberprüfung der diagnostischen Bildqualität						bed.	falls Einschränkungen in der Diagnostischen Bildqualität festgestellt wurden	ja	E	[AUFNAHME] 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	- Auswertung der Bildwiederholungsrate - 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	KFU 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	KFU Anl. VI (1.1) BMV Anh. 6 (1.8)		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	bed.	falls mittlere Parenchymdosis direkt vom Gerät angegeben wird	ja	E	[AUFNAHME] PARENCHYMDOSIS	0,0 - 3,0	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 & Anoder 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	0,0 - 400,0	Fließkommazahl	Röhrenstrom-Zeit-Produkt in mAs bei Erstellung	**E.:** manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	- Berechnung der mittleren Parenchymdosis
6	14	Erstellung 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	

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
6	16	Erstellung Mammo-graphie	Abbruch durch Frau	KFU Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] ABBRUCH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Abbruch der Klientin während der Erstellung der Screening-Mammographie-Aufnahmen	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung
											nein		ja	B	[ERSTELLUNG] ABBRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung - Eingabe Pflicht bei Abbruch	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung
						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	KFU 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 - Berechnung von Fristen
											ja		ja	B	[BEFUNDUNG] ARZTID	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (Befunder)	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des dokumentierenden Befunders / PVA	**E.:** automatisch über angemeldeten Benutzer	dauerhaft	- Arztbezogene (Befunder) Auswertungen (z.B. PPV, falsch negative im Bezug auf das Ergebnis der Konsensuskonferenz)
7	2	Befundung	Person	KFU Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	SW	SW	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, und Screening-ID (werden auf der Befundmaske angezeigt) sowie ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse (sind Abrechnungsrelevant)	**E.:** keine gesonderte Erfassung (bereits im Rahmen der Erstellung erfasst)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
7	3	Befundung	Voraufnahmen	KFU Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] VORAUFNAHMEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Wurden Voraufnahmen aus einer früheren Screening-Untersuchung hinzugezogen?	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** falls frühere Screening-Untersuchung der Frau existiert auf "ja", sonst auf "nein"	dauerhaft	
											bed.	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	BMV §10 (5) BMV §25 (3) a)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] SUPERVISION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich bei der Dokumentierten Befundung um eine Supervision handelt Da der PVA als Befunder an der Doppelbefundung teilnehmen kann, (Konsensuskonferenz und Supervision dann ggf. durch einen anderen PVA erfolgen) ist nicht jeder von einem PVA dok. Befund autom. eine Supervision	**E.:** manuelle Erfassung ggf. Generierung durch das System bei Eingabe über separate Supervisionsmaske	dauerhaft	- Einhaltung der erforderlichen Doppelbefundung durch Befunder (Abgrenzung des zusätzlichen Supervisionsbefunds bei von der Doppelbefundung unabhängiger Eingabe)
7	5	Befundung	Gewebedichte in ACR Klassifikation		Erfassung sinvoll für weitergehende Untersuchungen zur Sensitivität bestimmter Bildgebender Verfahren	Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	nein		nein	E	[BEFUNDUNG] GEWEBEDICHTE	"Typ ACR 1" "Typ ACR 2" "Typ ACR 3" "Typ ACR 4"	Fixtext (4 Auspräg.)	Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig): "Typ ACR 1: Die Brust besteht fast vollständig aus lipomatösen Gewebestrukturen" "Typ ACR 2: Es finden sich einzelne fibroglanduläre Verdichtungen." "Typ ACR 3: Das Brustgewebe ist inhomogen dicht. Dadurch kann die Sensitivität der Mammographie verringert sein." "Typ ACR 4: Das Brustgewebe ist extrem dicht. Eine Läsion ist im Mammogramm möglicherweise nicht sichtbar."	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	6	Befundung	Klinisch auffällig	KFU Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] RECALL_KLIN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Wiedereinbestellung aufgrund klinischer Auffälligkeiten (wenn bei der Screening-Untersuchung oder ggf. in der Anamnese klinische Auffälligkeiten festgestellt wurden, sind diese dem Befunder bei der Dokumentation des Befundes automatisch anzuzeigen oder zumindest kenntlich zu machen, dass	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Auswahl der Fälle für die Konsensuskonferenz

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
							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	KFU 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 Auspräg.)	Feststellung der Einschränkungen der diagnostischen Bildqualität und ggf. Empfehlung zur Wiederholung der Aufnahme	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "keine Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität"	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Auswahl der Fälle für die Konsensuskonferenz
7	8	Befundung	Befund	KFU Anl. VI (1.2)			Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)		Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] ERGEBNIS	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Auspräg.)	Ergebnis der mammographischen Beurteilung der Screening-Aufnahmen Bei "Auffällig…" ist in jedem Fall mind. eine auffällige Läsion zu dokumentieren (Bei der Angabe "Unauffällig…Gutartig" besteht keine Verpflichtung zur Dokumentation der Läsion)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- Normalbefund"	dauerhaft	- Plausibilitätsprüfung bei der Dokumentation der mammographischen Beurteilung einer Läsion - Untersuchungsabschluss - Auswahl der Fälle für die Konsensuskonferenz
							Befund	**Pro Befundung können mehrere auffällige Läsionen erfasst werden.** Es muss mind. eine Läsion dokumentiert werden, falls [BEFUNDUNG] BEFUND="Auffällig und Abklärungsbedarf"															
7	9	Befundung	Läsion (Lokalisation)	KFU Anl. VI (1.2)			Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)		Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEF_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	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 Auspräg.)	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	KFU Anl. VI (1.2)			Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)		Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEF_LAESION] ERGEBNIS	("Gutartige Läsion") "Läsion unklar, eher benigne" "Läsion unklar, eher maligne" "Läsion sicher maligne"	Fixtext (4 Auspräg.)	mammographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, kann aber zusätzlich vorgesehen werden)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	11	Befundung	Art der Läsion	KFU Anl. VI (1.2)			Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)		Bef. / PVA (SV)	bed.	Falls [BEF_LAESION] ERGEBNIS = {"Läsion unklar, eher benigne" oder "Läsion unklar, eher maligne" oder "Läsion sicher maligne"} ist mindestens eines der Felder mit "ja" zu kennzeichnen.	ja	E	[BEF_LAESION] HERD	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe ob es sich um einen Herd/eine Verdichtung handelt	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[BEF_LAESION] ARCHITEKTUR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe ob es sich um eine Architekturstörung handelt	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[BEF_LAESION] MIKROKALK	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe ob Mikrokalk vorhanden ist	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	12	Befundung	Erläuterungen				Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)		Bef. / PVA (SV)	nein		ja	B	[BEF_LAESION] BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zum Befund	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	

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	BMV 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 - Berechnung von Fristen
8	2	Konsensus-Konferenz	Person	BMV 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)	BMV 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	BMV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KONSENSUSKONF] VORAUFNAHMEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Wurden Voraufnahmen aus einer früheren Screening-Untersuchung hinzugezogen?	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** falls frühere Screening-Untersuchung der Frau existiert auf "ja", sonst auf "nein"	dauerhaft	
											bed.	wenn Screening-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		nein	E	[KONSENSUSKONF] GEWEBEDICHTE	"Typ ACR 1" "Typ ACR 2" "Typ ACR 3" "Typ ACR 4"	Fixtext (4 Auspräg.)	Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig): "Typ ACR 1: Die Brust besteht fast vollständig aus lipomatösen Gewebestrukturen" "Typ ACR 2: Es finden sich einzelne fibroglanduläre Verdichtungen." "Typ ACR 3: Das Brustgewebe ist inhomogen dicht. Dadurch kann die Sensitivität der Mammographie verringert sein." "Typ ACR 4: Das Brustgewebe ist extrem dicht. Eine Läsion ist im Mammogramm möglicherweise nicht sichtbar."	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
8	6	Konsensus-Konferenz	Klinisch auffällig	BMV Anh 1 (1.)		Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KONSENSUSKONF] RECALL_KLIN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Wiedereinbestellung aufgrund klinischer Auffälligkeiten (wenn bei der Screening-Untersuchung oder ggf. in der Anamnese klinische Auffälligkeiten festgestellt wurden, sind diese bei der Dokumentation der Konsensuskonferenz automatisch anzuzeigen oder zumindest kenntlich zu	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** Falls mind. ein [BEFUNDUNG] RECALL_KLIN = "ja", dann "ja", sonst "nein"	dauerhaft	- Auswertung der Wiedereinbestellungsrate - Untersuchungsabschluss
						Kons.Konf.	**Pro Konsensuskonferenz kann für jede der erstellen Aufnahmen die Einschränkung bzw. die Empfehlung zur Bildwiederholung dokumentiert werden**															
8	7	Konsensus-Konferenz	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	BMV Anh 1 (1.)		Aufnahme	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[AUFNAHME_KK] NUMMER	>0	Ganzzahl	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 Auspräg.)	Feststellung der Einschränkungen der diagnostischen Bildqualität und ggf. Empfehlung zur Wiederholung der Aufnahme	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "keine Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität"	dauerhaft	- Auswertung der Wiedereinbestellungsrate - Untersuchungsabschluss
8	8	Konsensus-Konferenz	Befund	BMV 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 Auspräg.)	Ergebnis der mammographischen Beurteilung der Screening-Aufnahmen Bei "Auffällig…" ist in jedem Fall mind. eine auffällige Läsion zu dokumentieren (Bei der Angabe "Unauffällig…Gutartig" besteht keine Verpflichtung zur Dokumentation der Läsion)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Plausibilitätsprüfung bei der Dokumentation der mammographischen Beurteilung einer Läsion - Untersuchungsabschluss - Auswertung der Wiedereinbestellungsquote - Auswertung falsch-positiver und falsch-negativer Befunde eines Befunders bezogen auf das Ergebnis der KK

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
							Kons.Konf.	**Pro Konsensuskonferenz können mehrere auffällige Läsionen dokumentiert werden, es muss mind. eine Läsion dokumentiert werden, falls [KONSENSUSKONF] BEFUND="Auffällig und Abklärungsbedarf"**														
8	9	Konsensus-Konferenz	Läsion (Lokalisation)	BMV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KK_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Aussprägungen)	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 Aussprägungen)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion Angabe im Urzeitschema oder in der Ebene falls nur in einer Ebene sichtbar	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
8	10	Konsensus-Konferenz	Beurteilung der Läsion	BMV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[KK_LAESION] ERGEBNIS	("Gutartige Läsion") "Läsion unklar, eher benigne" "Läsion unklar, eher maligne" "Läsion sicher maligne"	Fixtext (4 Aussprägungen)	mammographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, kann aber zusätzlich vorgesehen werden)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
8	11	Konsensus-Konferenz	Ausdehnung der Läsion	BMV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	bed.	Pflicht falls [KK_LAESION] ERGEBNIS = {"Läsion unklar, eher benigne" oder "Läsion unklar, eher maligne" oder "Läsion sicher maligne"}	ja	E	[KK_LAESION] AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung der zu dokumentierenden Läsion in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
8	12	Konsensus-Konferenz	Art der Läsion	BMV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	bed.	Falls [KK_LAESION] ERGEBNIS = {"Läsion unklar, eher benigne" oder "Läsion 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 Aussprägungen)	Angabe ob es sich um einen Herd/eine Verdichtung handelt	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[KK_LAESION] ARCHITEKTUR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Aussprägungen)	Angabe ob es sich um eine Architekturstörung handelt	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
												bed.		ja	E	[KK_LAESION] MIKROKALK	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Aussprägungen)	Angabe ob Mikrokalk vorhanden ist	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft	
							Kons.Konf.	**Pro Konsensuskonferenz werden neben dem verantwortl. PVA, i. d. R. die Ärzte, die an der Beurteilung der Screening-Aufnahmen beteiligt waren, als Teilnehmer dokumentiert**														
8	13	Konsensus-Konferenz	Teilnehmer (außer PVA)	BMV Anh 1 (1.)			Teiln.	KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[KK_TEILNEHMER] ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer des teilnehmenden Arztes	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. Vorbelegung mit den Kennungen der Ärzte, die die Doppelbefundung bzw. Supervision durchgeführt haben zur Auswahl	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Konsensuskonferenz
8	14	Konsensus-Konferenz	Erläuterungen	BMV Anh 1 (1.)			Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	nein		ja	B	[KONSENSUSKONF] BEMERKUNG		Freitext	weitere Erläuterungen im Rahmen der Konsensuskonferenz, die für eine spätere Behandlung dokumentiert werden sollen (auch abweichende Befunde)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
9	1	Befund-Mitteilung Scr.-Mammo-graphie	Befundmitteilung	KFU g) (2) BMV §10 (4)			Scr.-Unters.	nach 2. Bef. / SV od. KK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[INFO-SCR] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Mitteilung des Ergebnisses der Screening-Untersuchung an die Frau	**E.:** autom. Erfassung bei Generierung der Mittleilungen od. manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertungen von Fristen
10	1	Abklärung (allg.)	(erster) angebotener Termin	KFU h) (1) BMV §11 (5)			Scr.-Unters.	nach KK	AE	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 vorbeleg	dauerhaft	- Auswertung von Fristen - Erstellung von Einladung / bzw. PVA-Work-Liste
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 Aussprägungen)	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

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 in Konsensuskonferenz auffälliger Screening-Untersuchung muss mind. ein Termin zur klin. & bildgebenden Abklärung erfasst werden, falls die Untersuchung nicht abgebrochen wurde.** Im Falle der Durchführung einer Kontrolluntersuchung wird die Untersuchung im Rahmen der Dokumentation einer weiteren Sitzung zur klin. & bildgebenden Abklärung erfasst. Eine Einladung zur Kontrolluntersuchung erfolgt nicht durch die Zentrale Stelle sondern den PVA. Daher ist es wichtig, ihn in geeigneter Weise (z.B. in Form von Arbeitslisten) bei der Organisation der Untersuchungen zur unterstützen. Die Wiedereinladung durch die Zentrale Stelle erfolgt 2 Jahre nach dem Termin der ursprünglichen regulären Untersuchung. Fällige oder durchgeführte Kontrolluntersuchungen werden bei der Berechnung der Teilnahmequote nicht berücksichtigt.																
11	1	Abklärung (Termin)	Abklärungs-untersuchung (Sitzungstermin mit Frau)	KFU Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung der Screening- Untersuchung der Frau	**E.:** autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
											ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der Abklärungsuntersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** aktuelles Datum	dauerhaft	- Auswertungen von Fristen
11	2	Abklärung (Termin)	weitere Anamnese	BMV §12 (3) b)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	nein		ja	B	[TERMIN_ABKL] ANAMNESE		Freitext	wichtige weitere Anamneseinfos	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	3	Abklärung (Termin)	Person	KFU Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA / 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	KFU Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	B	[TERMIN_ABKL] ARZTID	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des Arztes, der die Untersuchung durchführt	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** automatisch über angemeldeten Benutzer	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
11	5	Abklärung (klin. Unters.)	Notwendigkeit einer klin. Untersuchung	KFU Anl.VI (2.1)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_ UNTERSUCHUNG	"Untersuchung durchgeführt" "Untersuchung vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt" "Untersuchung nicht notwendig"	Fixtext (3 Aussprägungen)	Indikationsstellung und ggf. Durchführung einer klinischen Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "Untersuchung durchgeführt"	dauerhaft	
						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.**														
11	6	Abklärung (klin. Unters.)	Tastbefund	KFU Anl.VI (2.1)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TASTBEFUND] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Aussprägungen)	Seitenlokalisation der mammographisch auffälligen Läsion bzw. des Tastbefunds	**E.:** manuelle Erfassung (auch zusätzlich) **V.:** ggf. Übernahme aus zuvor mammogr. auffälligen Läsionen	dauerhaft	
											ja		ja	E	[TASTBEFUND] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Aussprägungen)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion bzw. des Tastbefunds	**E.:** manuelle Erfassung (auch zusätzlich) **V.:** ggf. Übernahme aus zuvor mammogr. auffälligen Läsionen	dauerhaft	
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TASTBEFUND] ERGEBNIS	"mammographischer Befund tastbar" "mammographischer Befund nicht tastbar" "Tastbefund - keine Korrelation zu einem mammogr. Befund"	Fixtext (3 Aussprägungen)	Tastbarkeit und Bezug zur mammogr. Auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	7	Abklärung (klin. Unters.)	Auffälligkeiten	KFU Anl.VI (2.1)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_PEAU-D-ORANGE	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Aussprägungen)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Peau d'orange	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
											ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_ SEKRETION	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Aussprägungen)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Sekretion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
											ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_ VERFAERBUNG	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Aussprägungen)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Verfärbung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
11	8	Abklärung (klin. Unters.)	Lymphknoten	KFU Anl.VI (2.1)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_LYMPHK NOTEN	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Aussprägungen)	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_BEMERK UNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zur klinischen Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	10	Abklärung (mammogr. Unters.)	Notwendigkeit zu zusätzl. Röntgen-Untersuchungen	KFU Anl.VI (2.2)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] MX_ZUSATZ-UNTERSUCHUNG	"Zusatzaufnahmen erstellt" "Zusatzaufnahmen vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt" "Zusatzaufnahmen nicht notwendig"	Fixtext (3 Aussprägungen)	Indikationsstellung und ggf. Erstellung mammographischer Zusatzaufnahmen	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "Zusatzaufnahmen nicht notwendig"	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
						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	KFU 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	KFU 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	- Berechnung Bildwiederholungsrate
												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	KFU 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
						Abkl.-Termin	**Falls Mammographie-Befund auffällig muss mind. eine Läsion dokumentiert werden. Gutartige Läsionen können dokumentiert werden.**															
11	14	Abklärung (mammogr. Unters.)	Läsion (Lokalisation)	KFU Anl.VI (2.2)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja			ja	E	[MX_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisation der mammographisch auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja			ja	E	[MX_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion Angabe im Urzeitschema oder in der Ebene falls nur in einer Ebene sichbar	**E.:** manuelle Erfassung	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 cm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	16	Abklärung (mammogr. Unters.)	Beurteilung der Läsion	KFU Anl.VI (2.2)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja			ja	E	[MX_LAESION] ERGEBNIS	"Gutartige Läsion" "Läsion unklar, eher benigne" "Läsion unklar, eher maligne" "Läsion sicher maligne"	Fixtext (4 Auspräg.)	mammographische Beurteilung der Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	17	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Herd/Verdichtung)	KFU Anl.VI (2.2)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja			ja	E	[MX_LAESION] HERD	"keine Her/Verdichtung" "Herd/Verdichtung ist gut abgegrenzt" "Herd/Verdichtung ist schlecht abgegrenzt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Herd oder Verdichtung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "keine Herd/verdichtung"	dauerhaft	
												bed.	falls Herd/Verdichtung vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] HERD_AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Herd/Verdichtung vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] HERD_STRAHLIG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	bei Vorliegen einer Verdichtung / Herd ist zu beurteilen, ob die Verdichtung eine strahlige Struktur aufweißt	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	18	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Mikrokalk)	KFU 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 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Mikrokalk	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "keine Mikrokalk"	dauerhaft	
												bed.	falls Mikrokalk vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] MIKROKALK_ AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Mikrokalk vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] MIKROKALK_ DRUESENGAENGE	"Verkalkung auf Drüsengänge ausgerichtet" "Verkalkung nicht auf Drüsengänge ausgerichtet"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Ausrichtung der Verkalkung auf die Drüsengänge, bei vorliegendem Mikrokalk	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	19	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Architektur-störung)	KFU Anl.VI (2.2)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja			ja	E	[MX_LAESION] ARCHITEKTUR	"keine Architekturstörung" "Asymmetrie" "Sonstige"	Fixtext (3 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Architekturstörung	**E.:** manuelle Erfassung V.: "keine Architekturstörung"	dauerhaft	
												bed.	falls sonstige Architekturstörung vorliegt	ja	B	[MX_LAESION] ARCHITEKTUR_SPEZ		Freitext	Spezifikation der Architekturstörung, wenn "sonstige" angegeben	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	20	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Anderes)	KFU Anl.VI (2.2)		Läsion	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

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	KFU Anl.VI (2.3)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] SONO_ UNTERSUCHUNG	"Untersuchung nicht notwendig" "Untersuchung durchgeführt" "Untersuchung vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt"	Fixtext (3 Aspräg.)	Indikationsstellung und ggf. Durchführung einer zusätzlichen sonogr. Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	23	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Befund	KFU Anl.VI (2.3)			Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] SONO_BEFUND	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Aspräg.)	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**															
11	24	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Läsion (Lokalisation)	KFU Anl.VI (2.3)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[SONO_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Aspräg.)	Seitenlokalisation der sonographisch auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	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 Aspräg.)	Lokalisation der sonographisch auffälligen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	25	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Abstand von der Mamille		Erfassung sinnvoll zur Ergänzung der Lokalisation		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[SONO_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	> 0	Ganzzahl	Abstand der sonographisch auffälligen Läsion von der Mamille in cm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	26	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Abstand von der Haut		Erfassung sinnvoll zur Ergänzung der Lokalisation		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[SONO_LAESION] ABSTAND_HAUT	> 0	Ganzzahl	Abstand der sonographisch auffälligen Läsion von der Haut in cm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	27	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Ausdehnung	KFU Anl.VI (2.3)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[SONO_LAESION] AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	sonographisch sichtbare Ausdehnung in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	28	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Beurteilung der Läsion	KFU Anl.VI (2.3)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[SONO_LAESION] ERGEBNIS	"Zyste (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" "Solide (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" "Auffälligkeit von unklarer Dignität" "Malignitätsverdächtiger Befund" "Maligner Befund"	Fixtext (5 Aspräg.)	sonographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, sollte aber möglich sein)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	29	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Bemerkungen		medizinisch indiziert		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	nein		ja	B	[TERMIN_ABKL] SONO_BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zur sonographischen Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
						Scr.-Unters.	**Pro Screening-Untersuchung kann nach Abschluss der Bildgebung einmalig eine Gesamtbeurteilung der durchgeführten bildgebenden & klinischen Maßnahmen dokumentiert werden**																	
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	
12	2	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Beurteilung	KFU Anl.VI (2.4) BMV §12 (4)			Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL] ERGEBNIS	"Unauffällig und Verbleib im Screening" "Auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie" "Kontrolluntersuchung nach einer bestimmten Frist (nur in Ausnahmefällen)"	Fixtext (3 Aspräg.)	Beurteilung und Empfehlung nach bisherigen bildgebenden Untersuchungen Bei Unauffällig oder Kontrolle gilt die Untersuchung als abgeschlossen. Das Dokumentationssystem sollte eine Erinnerungsfunktion/Liste unterstützen, mit der der PVA an die Fälligkeit von Kontrolluntersuchungen erinnert wird. Die Kontrolluntersuchung wird dann als weitere klin. & bildgebende Abklärung dokumentiert.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
12	3	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Empfehlung Kontrolle	KFU Anl.VI (2.4)			Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls Empfehlung zur Kontrolle	ja	E	[GESAMT_ABKL] KONTROLLE_NACH	> 0	Ganzzahl	Anzahl Monate (3<= Monate<=12) bis zur empfohlenen Kontrolluntersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
				BMV § 12 (4)								bed.	falls Empfehlung zur Kontrolle	ja	B	[GESAMT_ABKL] KONTROLLE_ BEGRUENDUNG		Freitext	Begründung für die Notwendigkeit einer erneuten Kontrolluntersuchung in verkürztem Screening-Intervall	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
12	4	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Empfehlung Biopsie	KFU Anl.VI (2.4)			Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls Empfehlung zur Biopsie	ja	E	[GESAMT_ABKL] BIOPSIE	"Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" "Vakuumbiopsie" "Offene Biopsie" "Sonstige Biopsie"	Fixtext (5 Aspräg.)	Art der empfohlenen Biopsie	**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
12	5	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Größe	KFU Anl.VI (2.4)			Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls Empfehlung = "auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie"	ja	E	[GESAMT_ABKL] GROESSE-GESAMT	> 0	Ganzzahl	Gesamtgröße der Läsion in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Empfehlung = "auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie" und falls abweichend von Gesamtläsion	ja	E	[GESAMT_ABKL] GROESSE-HAUPT	≥ 0 (≤ GROESSE_GESAMT)	Ganzzahl	Größe des Hauptherdes in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
12	6	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Erläuterungen		Erfassung aus ärztlicher Sicht sinnvoll für zusätzliche med. Dokumentation		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	
						Scr.-Unters.	**Pro Screening-Untersuchung können mehrere Biopsietermine erfasst werden.** Biopsien dürfen erst nach der Gesamtbeurteilung der Bildgebung erfasst werden, eine offenen Biospie sogar erst nach einer Präoperativen Fallkonferenz.																
13	1	Abklärung (Biopsie)	Biopsietermin	KFU Anl.VI (2.5, 2.6)			Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	ja		ja	B	[TERMIN_BIOPSIE] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung der Screening- Untersuchung	**E.:** autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
												ja		ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum des Biopsietermins	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	2	Abklärung (Biopsie)	Person	KFU Anl.VI (2.5, 2.6, 2.7)			Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	ja		ja	A	[TERMIN_BIOPSIE] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (Bei jedem 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	KFU 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	KFU Anl.VI (2.5)			Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	ja		ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] BIOPSIE_ABGELEHNT	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	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	KFU Anl.VI (2.5)			Biops.-Termin	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	ja		ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] BLUTVERDUENNUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Einnahme Blutverdünnender Medikamente durch die Teilnehmerin	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja		ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] ALLERGIEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen von Allergien bei der Teilnehmerin	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	B	[TERMIN_BIOPSIE] MED_BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Spezifikation zur Medikation und ggf. Anamnese	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
							Biops.-Termin	**Pro Biopsietermin können mehrere Biopsien dokumentiert werden.** Eine Biopsie ist die bioptische Abklärung einer auffälligen Läsion.															
13	6	Abklärung (Biopsie)	Läsion (Lokalisation)	KFU Anl.VI (2.5)				Laesion	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisation der bioptisch abzuklärenden Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	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 Auspräg.)	Lokalisation der bioptisch abzuklärenden Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	> 0	Ganzzahl	Abstand der bioptisch abzuklärenden Läsion von der Mamille in cm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_HAUT	> 0	Ganzzahl	Abstand der bioptisch abzuklärenden Läsion von der Haut in cm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] DRUESENKOERPER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Entnahme des Präparates aus dem zentralen Drüsenkörper	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	7	Abklärung (Biopsie)	Abbruch		erforderlich für Untersuchungs-Abschluss			Laesion	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ABBRUCH	"nein" "ja -durch die Frau" "ja -aufgrund von Komplikationen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Abbruch der bioptischen Untersuchung (Bei Abbruch müssen keine weiteren Angaben zur Läsion gemacht werden)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	8	Abklärung (Biopsie)	Art der Biopsie	KFU Anl.VI (2.5)				Laesion	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] BIOPSIE_ART	"Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" "Vakuumbiopsie" "Offene Biopsie" "Sonstige Biopsie"	Fixtext (5 Auspräg.)	Art der durchgeführten Biopsie (offene erst nach prä-op Fallkonferenz dokumentierbar)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	B	[BIOPSIE_LAESION] BIOPSIE_SONST		Freitext	Beschreibung der Biopsie, wenn in der Empfehlung "sonstige Biopsie" angegeben wurde	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	9	Abklärung (Biopsie)	Nadeldurchmesser	KFU Anl.VI (2.5)				Laesion	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	bed.	falls "Stanz- oder Vakuumbiopsie" durchgeführt wurde	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NADELDURCHMESSER	> 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	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 (falls Vakuumbiopsie)	KFU Anl.VI (2.5)				Laesion	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	bed.	falls Vakuumbiopsie durchgeführt wurde	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] CLIP	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Einlegen eines Clips	**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
13	12	Abklärung (Biopsie)	Anzahl Stanzen	KFU Anl.VI (2.5)					Laesion	Biopsie	AE	PVA/ BA	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	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	KFU Anl.VI (2.5)					Laesion	Biopsie	AE	PVA/ BA	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	KFU Anl.VI (2.5)					Laesion	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	ja		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	dauerhaft	
														ja		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	dauerhaft	
														ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_SONST	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Durchführung von sonstigen Nachuntersuchungen im Anschluss an die Biopsie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS _HAEMATOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Ergebnis der Nachuntersuchung: Vorliegen von Hämatom(en)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS _VERFAERB	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Ergebnis der Nachuntersuchung: Vorliegen von Hautverfärbung(en)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS _SONST	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	sonstige Ergebnise der Nachuntersuchung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	16	Abklärung (Biopsie)	Erläuterungen		Erfassung aus ärztlicher Sicht sinnvoll für zusätzliche med. Dokumentation				Laesion	Biopsie	AE	PVA/ BA	PVA/ BA	nein		ja	B	[BIOPSIE_LAESION] BEMERKUNG		Freitext	Erläuterungen im Rahmen zusätzlicher medizinischer Dokumentation, insb. zusätzliche Angaben zu Nachuntersuchungen und deren Ergebnis	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
									Laesion	**Pro Stanz- oder Vakuumbiopsie muss mindestens eine histologische Beurteilung eingegeben werden.** In den ersten beiden Jahren der Tätigkeit eines Pathologen hat zudem ein Zweitbefund durch den Referenzpathologen des RZ zu erfolgen. Auch im Folgenden soll die Möglichkeit einer freiwilligen Zweitbefundung bestehen bleiben. Die Referenzbefundung ist grundsätzlich als konsentierter Befund (zwischen Pathologe und Referenzpathologe) zu dokumentieren. Histologische Beurteilungen können vom Pathologen bzw. Referenzpathologen selbst, bzw. vom PVA dokumentiert werden, an den die Ergenbisse gemäß § 20 BMV-Ä weitergeleitet werden																								
14	1	Abklärung (Pathologie)	histologische Beurteilung im Rahmen der Abklärungsdiagn.	KFU Anl.VI (2.6)					Patho	pathol. Beurt.	KH	Path.	Path. / Dok.	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der histologischen Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. aktuelles Datum	dauerhaft	
														ja		ja	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	BMV § 20 (2)					Patho	pathol. Beurt.	KH	Path.	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	BMV § 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	KFU Anl.VI (2.6)					Patho	pathol. Beurt.	KH	Path.	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	KFU Anl.VI (2.6)					Patho	pathol. Beurt.	KH	Path.	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	

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
14	6	Abklärung (Pathologie)	Histologische Verkalkung	KFU Anl.VI (2.6)						Patho	pathol. Beurt.	KH	Path.	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	KFU Anl.VI (2.6)						Patho	pathol. Beurt.	KH	Path.	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	
14	8	Abklärung (Pathologie)	Histologische Diagnose	KFU Anl.VI (2.6)	erforderlich für die Bewertbarkeit der path. Diagnose (z.B. unzureichende Biopsie)					Patho	pathol. Beurt.	KH	Path.	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	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] MASTOPATHIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibrös(-zystische) Mastopathie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] BDA	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Blunt duct Adenose	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] MIKROZYSTEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Mikrozysten	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] MAKROZYSTEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	(Makro-) Zystenwandanteile	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] FIBROADENOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibroadenom	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] SKLEROS_ADENOSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sklerosierende Adenose	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PASH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	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_DUKTEKTASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Periduktale Mastitis/Duktektasie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] SONSTIGE_BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	sonstige benigne Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] NARBE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PAPILLAERE_ LAESION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Papilläre Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PHYLLODES	"kein Anzeichen für Phyllodes Tumor" "Verdacht auf Phyllodes-Tumor" "Vorliegen eines Phylodes-Tumors"	Fixtext (3 Auspräg.)	Phyllodes-Tumor	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DUKT_HYPERPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	gewöhnliche duktale Epithelhyperplasie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] KOLUMNARZELLEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Kolumnarzellmeta- oder -hyperplasie ohne Atypie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] FLACHE_EPITHEL_ ATYPIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	flache epitheliale Atypie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PROLIFERATION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	atypische Proliferation duktal	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] LOB_NEOPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)		**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	duktales Carcinoma in situ (DCIS)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS-KERNMALIGNITAET	"nicht abschätzbar" "niedrig" "intermediär" "hoch"	Fixtext (4 Auspräg.)	DCIS-Grading - Kernmalignitätsgrad	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	

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.		Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS-KOMEDONEKROSEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	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 (3 Ausprägungen)	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 Ausprägungen)	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 Ausprägungen)	unklar ob DCIS oder invasiv	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	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)"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Spezifikation des invasiven Typs	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-TS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Ausprägungen)	invasives-Grading - Tubulus-Score	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-KS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Ausprägungen)	invasives-Grading - Kernpolymorphie-Score	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-MS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Ausprägungen)	invasives-Grading - Mitose-Score	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING	"1" "2" "3" "nicht beurteilbar"	Fixtext (3 Ausprägungen)	invasives-Grading	**E.:** manuelle Erfassung oder Berechnung aus Einzelscores: **B.:** Grad 1, wenn Summe (Tubulus-Score + Kernpolymorphie-Score + Mitose-Score)≥ 3 ≤ 5 Grad 2, wenn Summe≥ 6 ≤ 7 Grad 3, wenn Summe≥ 8 ≤ 9	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GEFAESINV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Gefäßinvasion (Blut- oder Lymphgefäße)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
															nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANDERE_MALIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	andere maligne Neoplasie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	9	Patho (Abklärung)	Anmerkungen / Besonderheiten	KFU Anl.VI (2.6)					Patho	pathol. Beurt.	KH	Path.	Path. / Dok.	nein		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] BEMERKUNG		Freitext	Erläuterung und ergänzende Angaben zur histologischen Diagnose.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
						Scr.-Unters.				**Pro Screening-Untersuchung können mehrere Präop. Fallkonferenzen dokumentiert werden. Jeweils vor und nach einer diagn. offenen Biopsie ist eine präop. FK durchzuführen**															
15	1	Präoperative Fallkonferenz	Präoperative Fallkonferenz	BMV 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	BMV 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)	BMV 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**														
15	4	Präoperative Fallkonferenz	Teilnehmer (außer PVA)	BMV 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. Kennungen der Ärzte, die histol. Beurteilung der Biopsiepräparate durchgeführt haben	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Fallkonferenzen

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	Veran-stw.	Erfas-ser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung
							Präop. FK	**Pro Fallkonferenz können für mehrere auffällige Befunde (Läsionen) die bisher erfolgte oder geplante minimal-invasive Abklärung dokumentiert werden**																
15	5	Präoperative Fallkonferenz	Läsion (Lokalisation)	BMV 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. Auswahl einer Läsion aus Abklärung	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. Auswahl einer Läsion aus Abklärung	dauerhaft	
15	6	Präoperative Fallkonferenz	Histopathologische Untersuchung	BMV 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"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen einer histologischen Diagnose	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** ggf. abhängig von ausgewählter Läsion aus Abklärung ("Diagnose erstellt" bei bereits erfolgter Biopsie mit Patho; sonst "keine 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	BMV 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"	binär / Fixtext (3 Auspräg.)	Übereinstimmung der Ergebnisse der histopathologischen Untersuchung mit den Ergebnissen der Bildgebung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
15	8	Präoperative Fallkonferenz	Ergebnis und weitere Empfehlung	BMV Anh. 1 (2.1) BMV §12 (4) BMV §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	

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
													bed.	falls Ergebnis "Auffällig, Indikation zur Therapie" muss wenigstens ein therapeutisches Verfahren (OP oder andere) angegeben werden	ja	E	[PRAEOP_FK] OP_VORGEHEN	"keine Operation" "Brusterhaltende Operation" "Mastektomie"	Fixtext (3 Aussprägung.)	Empfehlung für das operative Vorgehen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[PRAEOP_FK] LYMPHKNOTEN	"keine Untersuchung der Lymphknoten" "Sentinel-Untersuchung" "Axilladissektion"	Fixtext (3 Aussprägung.)	Empfehlung für die Untersuchung der Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[PRAEOP_FK] CHEMOTHERAPIE	"keine" "neoadjuvant" "adjuvant" "alleinige (ohne OP)"	Fixtext (4 Aussprägung.)	Empfehlung zur Chemotherapie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.		ja	E	[PRAEOP_FK] STRAHLENTHERAPIE	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Aussprägung.)	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 Aussprägung.)	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	- Auswertung der Tumorgröße
												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 Aussprägung.)	T-Klassifikation, nur bei histologisch gesichertem Karzinom erlaubt.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgröße
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	- Auswertung der Tumorgröße
												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	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 Mittleilungen	dauerhaft	- Auswertungen von Fristen
16	2	Befund-Mitteilung nach Abklärung	Abbruch durch die Frau bzw. Untersuchungsabschluss		erforderlich für Untersuchungs-Abschluss		Scr.-Unters.	nach Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja			ja	E	[INFO-ABKL] ABBRUCH	"nein" "ja - Abbruch durch die Patientin" "ja - Untersuchungsabschluss ohne Operation"	Fixtext (3 Aussprägung.)	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	Verantw.				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											
17	1	Patho-OP	histologische Beurteilung eines OP-Präparates (Pathologie)	BMV Anh. 1 (2.1)			Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	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 patholgischen Begutachtung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** aktuelles Datum	dauerhaft	
17	2	Patho-OP	Dokumentator		Erfassung eines Fremdbefundes		Patho	Patho	KH	SW/ 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	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	KH	Path.	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.	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] DURCHFUERUNG	"Pathologie im Rahmen des Screenings, bzw. durch kooperierendes Institut" "Ergebnisdokumentation eines Fremdbefundes"	Fixtext (2 Ausprägungen)	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	KFU Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	SW / Path.	SW	ja		ja	A	[OP_PATHO] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		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		erforderlich zur Identifikation der Läsion		Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	nein		ja	E	[OP_PATHO] SEITE	"rechts" "links"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Angabe der Seite, aus welcher das Präparat entnommen wurde	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[OP_PATHO] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Ausprägungen)	Angabe der Lokalisation (falls möglich) als Uhrzeit oder erste Uhrzeit eines Sektors, bei Lokalisation, die sich über mehrere Uhrzeiten erstrecken.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[OP_PATHO] LOKALISATION2	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr"	Fixtext (12 Ausprägungen)	Angabe einer zweiten Uhrzeit zur Festlegung eines Sektors bei Uhrzeitübergreifenden Lokalisationen (nur in Kombination mit einer Uhrzeitangabe (nicht "retromammillär") in LOKALISATION verwendbar)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[OP_PATHO] DRUESENKOERPER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Läsion im zentralen Drüsenkörper?	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
				KFU Anl.VI (2.7)								nein		ja	E	[OP_PATHO] LOKALISATION_ UNSPEZ	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multifokal" "diffus"	Fixtext (3 Ausprägungen)	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	
17	7	Patho-OP	Präparate-radiographie	KFU Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] PRAEPARATERAD	"Präparateradiographie nicht gesehen" "Präparateradiographie gesehen"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Vorliegen einer Präparateradiographie	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	8	Patho-OP	Histologische Verkalkung	KFU Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] VERKALKUNG	"keine Verkalkung vorhanden" "vorliegende Verkalkung radiologisch nicht relevant (<100µm)" "vorliegende Verkalkung relevant in benignen Veränderungen" "vorliegende Verkalkung relevant in malignen Veränderungen" "vorliegende Verkalkung relevant in benignen und malignen Veränderungen"	Fixtext (5 Ausprägungen)	Beschreibung der histologischen Verkalkung	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	9	Patho-OP	Mammographische Anomalie	KFU Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ANOMALIE	"nein" "ja" "unsicher"	Fixtext (3 Ausprägungen)	Pathologisches Korrelat für eine mammographische Anomalie in der Probe	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	10	Patho-OP	Gefrier- oder Schnellschnitt		erforderlich für Auswertungen gemäß Anhang 10 BMV		Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] SCHNELLSCHNITT	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Durchführung eines Gefrier- oder Schnellschnitts	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
17	11	Patho-OP	Einschnitt der Probe	KFU Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] EINGESCHNITTEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Einschnitt der Probe wärend der Operation	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
17	12	Patho-OP	Art der OP	KFU Anl.VI (2.7)			Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ART_OP	"diagnostische offene Biopsie" "therapeutische Excision / Segmentresektion" "Mastektomie"	Fixtext (3 Ausprägungen)	Art der Operation, aus der die untersuchte Probe stammt	**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	13	Patho-OP	Gewicht der Probe	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.		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	
17	14	Patho-OP	Größe der Probe	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.		Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] GROESSE-L	> 0	Ganzzahl	längste Seite der Probe in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														ja		ja	E	[OP_PATHO] GROESSE-M	≤ GROESSE_L	Ganzzahl	mittlere Seite der Probe in mm (orthogonal zur längsten und kürzesten Seite)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														ja		ja	E	[OP_PATHO] GROESSE-K	≤ GROESSE_M	Ganzzahl	kürzeste Seite der Probe in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	15	Patho-OP	Anzahl Lamellen	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.		Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] LAMELLEN	> 0	Ganzzahl	Anzahl der Schnittlamellen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	16	Patho-OP	Beschreibung der benignen Läsion	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.		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] BDA	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Blunt duct Adenose	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	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] KOLUMNARZELLEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Kolumnarzellmeta- oder -hyperplasie ohne Atypie	**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] PHYLLODES_ BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	benigner Phyllodes-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	
17	17	Patho-OP	Beschreibung der epithelialen Proliferation	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.		Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] EPITHEL_ PROLIFERATION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	Vorliegen einer epithelialen Proliferation	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														nein		ja	E	[OP_PATHO] DUKT_HYPERPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	gewöhnliche duktale Hyperplasie ("Epitheliale Proliferation ohne Atypie" entspricht der " gewöhnlichen duktalen Hyperplasie" in der WHO-Nomenklatur)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														ja		ja	E	[OP_PATHO] ATYP_HYPERPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	atypische duktale Hyperplasie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														ja		ja	E	[OP_PATHO] FLACHE_EPITHEL_ ATYPIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Ausprägungen)	flache epitheliale Atypie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														ja		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	

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
17	18	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - nicht invasiv	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.		Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] DCIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen eines duktalen Carcinoma in situ	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														bed.	falls DCIS vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-GROESSE	>0	Ganzzahl	DCIS- Größe (nur duktal) in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														bed.	falls DCIS vorliegt muss wenigstens ein Wachstumsmuster spezifiziert werden	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-KOMEDO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS-Wachstumsmuster - komedo	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.		ja	E	[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-SOLIDE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS- Wachstumsmuster - solide	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.		ja	E	[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-KRIBRI	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS- Wachstumsmuster - kribriform	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.		ja	E	[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-CLING	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS- Wachstumsmuster - clinging / mikropapillär	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.		ja	E	[OP_PATHO] DCIS-WACHSTUM-SONST	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS- Wachstumsmuster - sonstige	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.	falls DCIS vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-KERNMALIGNITAET	"niedrig" "intermediär" "hoch" "nicht abschätzbar"	Fixtext (4 Auspräg.)	DCIS- Grading - Kernmalignitätsgrad	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														nein		ja	E	[OP_PATHO] DCIS-KOMEDONEKROSEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS-Grading -Vorhandensein von Komedonekrosen	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.	falls DCIS vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-GRADING	"1 (low grade)" "2 (intermediate grade)" "3 (high grade)" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (3 Auspräg.)	DCIS- Grading (nach WHO)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														bed.	falls DCIS vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-MORBUS-PAGET	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS - Vorhandensein von Morbus Paget	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
17	19	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - Mikroinvasion	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.		Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] MIKROINVASION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorhandensein von Mikroinvasion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
17	20	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - nicht invasiv					Patho	Patho	KH	Path.		Path./ Dok.	nein		ja	B	[OP_PATHO] DCIS_SPEZ		Freitext	sonstige Spezifikationen und Ergänzungen zu nicht invasiven malignen Läsionen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	21	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Invasives Karzinom	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.		Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen eines invasiven Karzinoms	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														bed.	falls invasives Karzinom vorliegt, ist mind. ein Typ anzugeben	ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-DUKTAL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	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 Auspräg.)	invasives Karzinom - lobulärer Typ	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-TUBULAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom - tubulärer Typ	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-MEDULLAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom - medullärer Typ	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-MUZINOES	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom - muzinöserTyp	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
														bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom - sonstiger spezieller Typ	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
			(Grading)	KFU Anl.VI (2.7)										bed.	falls invasives Karzinom vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] INV-GRADING-TS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Auspräg.)	invasives Karzinom - Tubulus-Score (Grading)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														bed.	falls invasives Karzinom vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] INV-GRADING-KS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Auspräg.)	invasives Karzinom - Kernpolymorphie-Score (Grading)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														bed.	falls invasives Karzinom vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] INV-GRADING-MS	"1" "2" "3"	Fixtext (3 Auspräg.)	invasives Karzinom - Mitose-Score (Grading)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														bed.	falls invasives Karzinom vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] INV-GRADING	"1" "2" "3" "nicht beurteilbar"	Fixtext (3 Auspräg.)	invasives Karzinom - Grading	**E.:** manuelle Erfassung oder Berechnung aus Einzelscores: **B.:** Grad 1, wenn Summe (Tubulus-Score + Kernpolymorphie-Score + Mitose-Score)≥ 3 ≤ 5 Grad 2, wenn Summe≥ 6 ≤ 7 Grad 3, wenn Summe≥ 8 ≤ 9	dauerhaft	
			(Größe)	KFU Anl.VI (2.7)										bed.	falls invasives Karzinom vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] INV-GROESSE-TUMOR	>0	Ganzzahl	max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
														bed.	falls DCIS-Komponente außerhalb des invasiven Karzinoms vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] INV-GROESSE-GESAMT	>0 ; ≥ INV-GROESSE-TUMOR	Ganzzahl	Gesamtgröße der invasiven Läsion in mm (einschl. DCIS mit einer Ausdehnung > 1mm außerhalb des invasiven Tumors)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	22	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: sonstige maligne Neoplasien		erforderlich für ergänzenden Dokumentation			Patho	Patho	KH	Path.		Path.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ANDERE_MALIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen einer anderen malignen Neoplasie	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
17	23	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Spezifikation		erforderlich für ergänzenden Dokumentation			Patho	Patho	KH	Path.		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	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.		Path./ Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] GEFAESINV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Gefäßinvasion (Blut- oder Lymphgefäße)	**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	Veranstw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung
17	25	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Lymphknoten	KFU Anl.VI (2.7)	Unterscheidung zwischen Axilladissektion und Sentinel-untersuchung ist erforderlich für die Auswertung nach Anhang 10 BMV			Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sentinel-Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls 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 Auspräg.)	Art der Metastasen aus Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "keine Metastasen", falls Anzahl SN-Lymphknoten mit Metastasen gleich 0	dauerhaft	
													bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-AXILLADIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Axilladissektion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-AXILLADIS-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-AXILLADIS-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-AXILLADIS-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion mit positivem Befund	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Untersuchung der nicht nicht-regionären Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	B	[OP_PATHO] LK-ANDERE _LOKALISATION		Freitext	Lokalisationsangaben der untersuchten nicht-regionären Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-ANDERE-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-ANDERE-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-ANDERE-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten mit positivem Befund	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	26	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Exzisionsränder	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.	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	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.	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 % (≥10 = positiver Status)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] PGR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hormonrezeptorstatus (Progesteron) bestimmt?	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] PGR-STATUS	≥0 ≤100	Ganzzahl	Hormonrezeptorstatus (Progesteron): Anteil postiver Tumorzellen in % (≥10 = positiver Status)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] HER2-SCORE	"nicht bestimmt" "0" "1+" "2+" "3+"	Fixtext (5 Auspräg.)	Immunhistochemischer Score bei HER-2-Status	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nicht bestimmt"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] FISH-ANALYSE	"nicht durchgeführt" "durchgeführt, Ergebnis negativ" "durchgeführt, Ergebnis positiv"	Fixtext (3 Auspräg.)	FISH-Analyse	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nicht durchgeführt"	dauerhaft	
													nein		ja	E	[OP_PATHO] CISH-ANALYSE	"nicht durchgeführt" "durchgeführt, Ergebnis negativ" "durchgeführt, Ergebnis positiv"	Fixtext (3 Auspräg.)	CISH-Analyse	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nicht durchgeführt"	dauerhaft	
17	28	Patho-OP	Anmerkungen	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.	Path.	nein		ja	B	[OP_PATHO] BEMERKUNG		Freitext	Ergänzende Bemerkungen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	29	Patho-OP	Diagnose	KFU Anl.VI (2.7)				Patho	Patho	KH	Path.	Path./ Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ERGEBNIS	"normal, keine auffällige Gewebeveränderung feststellbar" "benigne" "maligne"	Fixtext (3 Auspräg.)	Abschließende histologische Diagnose	**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	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	SW / PVA	SW / PVA	ja			ja	E	[POSTOP_FK] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kennung der Screening- Untersuchung	**E.:** autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
18	2	Postoperative 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 Maske (keine Pflichtfelder, wenn "Ergebnisdokumentation" angegeben wurde
18	3	Postoperative Fallkonferenz	Person	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	SW / PVA	SW	ja			ja	A	[POSTOP_FK] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (da vor der präoperativen 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)	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	SW / PVA	SW	ja			ja	B	[POSTOP_FK] ARZTID_PVA	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des PVA, der die Konferenz leitet (weitere Teilnehmer werden separat erfasst)	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** automatisch über angemeldeten Benutzer	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Fallkonferenzen
18	5	Postoperative Fallkonferenz	Übereinstimmung mit Bildgebung	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja			ja	E	[POSTOP_FK] KOR_BILDGEBUNG	"OP-Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen der Bildgebung überein" "keine Übereinstimmung, Befund histopathologisch ausgedehnter" "keine Übereinstimmung, Befund histopathologisch weniger ausgedehnt" "keine Übereinstimmung, weitere 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	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja			ja	E	[POSTOP_FK] KOR_PRAEOP _ PATHO	"OP-Ergebnis stimmt mit dem Ergebnis der präoperativen pathologischen Diagnostik überein" "keine Übereinstimmung, entgültiger Befund gravierender" "keine Übereinstimmung, entgültiger Befund weniger gravierend" "keine präoperative pathologische Diagnostik"	Fixtext (4 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)	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja			ja	E	[POSTOP_FK] KOR_PRAEOP_FK	"Das Vorgehen entsprach der Absprache in der präoperativen 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	Veranstw.		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	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] ANZAHL_OP	≥0	Ganzzahl	Gesamtanzahl der bisher durchgeführten operativen Eingriffe (ohne diagn. offene Biopsien)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	9	Postoperative Fallkonferenz	Operative Behandlung abgeschlossen	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] ABSCHLUSS_OP	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob die operative Behandlung zum Zeitpunkt der 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 (2 Auspräg.)	Art des therapeutischen operativen Vorgehens	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] CHEMOTHERAPIE	"keine" "neoadjuvant" "adjuvant" "alleinige (ohne OP)"	Fixtext (4 Auspräg.)	Chemotherapie durchgeführt bzw. empfohlen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] STRAHLENTHERAPIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Strahlentherapie durchgeführt bzw. empfohlen	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	11	Postoperative Fallkonferenz	Markierungsdrähte		erforderlich für die Bestimmung des Verhältnisses nicht-palpabler Läsion bei denen vor Excision Markierungsdrähte angebracht wurden		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] MARKIERUNG	"keine Markierungsdrähte angebracht" "Markierungsdrähte in einem Abstand von≤ 1 cm zu einer nicht palpablen Läsion angebracht" "Markierungsdrähte in einem Abstand von > 1 cm zu einer nicht palpablen Läsion angebracht"	Fixtext (3 Auspräg.)	Anbringung von Markierungsdrähten vor Exzision im einem Abstand von 1 cm zur nicht palpablen Läsion	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	12	Postoperative Fallkonferenz	Lymphknoten	BMV 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.:** "nein"	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	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	dauerhaft	
												ja		ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Axilladissektion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
												bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion	**E.:** manuelle Erfassung	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	dauerhaft	
												ja		ja	E	[POSTOP_FK] LK-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Untersuchung der nicht nicht-regionären Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
												nein		ja	B	[POSTOP_FK] LK-ANDERE _LOKALISATION		Freitext	Lokalisationsangaben der untersuchten nicht-regionären Lymphknoten	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	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	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	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 oder erste Uhrzeit eines Sektors, be Lokalisation, die sich über mehrere Uhrzeiten erstrecken.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] LOKALISATION2	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr"	Fixtext (12 Auspräg.)	Angabe einer zweiten Uhrzeit zur Festlegung eines Sektors bei Uhrzeitübergreifenden Lokalisationen (nur i Kombination mit einer Uhrzeitangabe (nicht "retromammillär") in LOKALISATION verwendbar)	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] DRUESENKOERPER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Läsion im zentralen Drüsenkörper?	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] LOKALISATION_UNSPEZ	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multifokal" "diffus"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine unifokale, multifokale oder diffus wachsende Läsion handelt.	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "unifokal (spezifische Lokalisatior nach Uhrzeitschema)" falls eine Uhrzeit dokumentiert wurde	dauerhaft	
18	14	Postoperative Fallkonferenz	Größe	BMV 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	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgröße
												bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] GROESSE-GESAMT	>0	Ganzzahl	Gesamtgröße der malignen Läsion in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgröße

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
18	15	Postoperative Fallkonferenz	pTNM-Klassifikation	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] T-STATUS_TUMOR	"0" "is" "1mic" "1a" "1b" "1c" ("1") "2" "3" "4a" "4b" "4c" "4d" ("4") "X"	Fixtext (15 Auspräg.)	pT-Klassifikation der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau. Die "groben" Klassifikationen ("1";"4") sind zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgröße
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] T-STATUS_ KONTRALATERAL	"0" "is" "1mic" "1a" "1b" "1c" ("1") "2" "3" "4a" "4b" "4c" "4d" ("4") "X"	Fixtext (15 Auspräg.)	pT-Klassifikation der kontralateralen Brust Die "groben" Klassifikationen ("1";"4") sind zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] N-STATUS_TUMOR	"0" "1mi" "1a" "1b" "1c" ("1") "2a" "2b" ("2") "3a" "3b" "3c" ("3") "X"	Fixtext (14 Auspräg.)	pN-Klassifikation der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau. Die "groben" Klassifikationen ("1";"2";"3") sind zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] N-STATUS_ KONTRALATERAL	"0" "1mi" "1a" "1b" "1c" ("1") "2a" "2b" ("2") "3a" "3b" "3c" ("3") "X"	Fixtext (14 Auspräg.)	pN-Klassifikation der kontralateralen Brust. Die "groben" Klassifikationen ("1";"2";"3") sind zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] M-STATUS	"0" "1" "X"	Fixtext (3 Auspräg.)	M-Klassifikation	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	15	Postoperative Fallkonferenz	Grading	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] GRADING_TUMOR	"1" "2" "3" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (4 Auspräg.)	Grading der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor de Frau.	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK] GRADING_ KONTRALATERAL	"1" "2" "3" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (4 Auspräg.)	Grading der kontralateralen Brust	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	16	Postoperative Fallkonferenz	Befall des Resektionsrandes	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] BEFALL_RAND	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Befalls des Resektionsrandes	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
18	17	Postoperative Fallkonferenz	vaskuläre invasion	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] VASK_INVASION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	vaskuläre Invasion	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "nein"	dauerhaft	
							Postop. FK	**Neben dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor können weitere (insbesondere kontralaterale) Tumoren erfasst werden**														
18	18	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	"ipsilateral" "kontralateral"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe der Seite in Bezug auf den größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor de Frau	**E.:** manuelle Erfassung ggf. Übernahme aus Lokalisationsangaben der Patho-OP	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Angabe der Lokalisation als Uhrzeit oder erste Uhrzeit eines Sektors, bei Lokaliasationen, die sich über mehrere Uhrzeiten erstrecken.	**E.:** manuelle Erfassung ggf. Übernahme aus Lokalisationsangaben der Patho-OP	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] LOKALISATION2	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr"	Fixtext (12 Auspräg.)	Angabe einer zweiten Uhrzeit zur Festlegung eines Sektors bei Uhrzeitübergreifenden Lokalisationen (nur i Kombination mit einer Uhrzeitangabe (nicht "retromammillär") in LOKALISATION verwendbar)	**E.:** manuelle Erfassung ggf. Übernahme aus Lokalisationsangaben der Patho-OP	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] DRUESENKOERPER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Läsion im zentralen Drüsenkörper?	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] LOKALISATION_UNSP EZ	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multifokal" "diffus"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine unifokale, multifokale oder diffus wachsende Läsion handelt.	**E.:** manuelle Erfassung **V.:** "unifokal (spezifische Lokalisatior nach Uhrzeitschema)" falls eine Uhrzeit dokumentiert wurde	dauerhaft	
												nein		ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] GROESSE-GESAMT	>0	Ganzzahl	Gesamtgröße der malignen Läsion in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgröße
												nein		ja	E	[POSTOP_FK_ TUMOR] GROESSE-TUMOR	≥0 ≤ GROESSE-GESAMT	Ganzzahl	max. Ausdehnung des Tumors in mm	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Auswertung der Tumorgröße
18	19	Postoperative Fallkonferenz	Erläuterungen	BMV 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	20	Postoperative Fallkonferenz	Abschließende Dignose	BMV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] ERGEBNIS	"nicht maligne" "Diagnose Brustkrebs, weitere kurative Behandlung"	Fixtext (2 Auspräg.)	Abschließende Diagnose	**E.:** manuelle Erfassung	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Mitteilung einer Ausschlussfrist von 5 Jahren an die Zentrale Stelle
							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	21	Postoperative Fallkonferenz	Datum der Konferenz	BMV 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	

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
								Sitzung	**Pro Fallkonferenz werden neben dem verantw. PVA die teilnehmenden Ärzte, in der Regel mind. die beteiligten Pathologen und chir. tätigen Krankenhausärzte, dokumentiert**															
18	22	Postoperative Fallkonferenz	Teilnehmer (außer PVA)	BMV 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	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Fallkonferenzen

KOOPERATIONS
GEMEINSCHAFT
MAMMOGRAPHIE

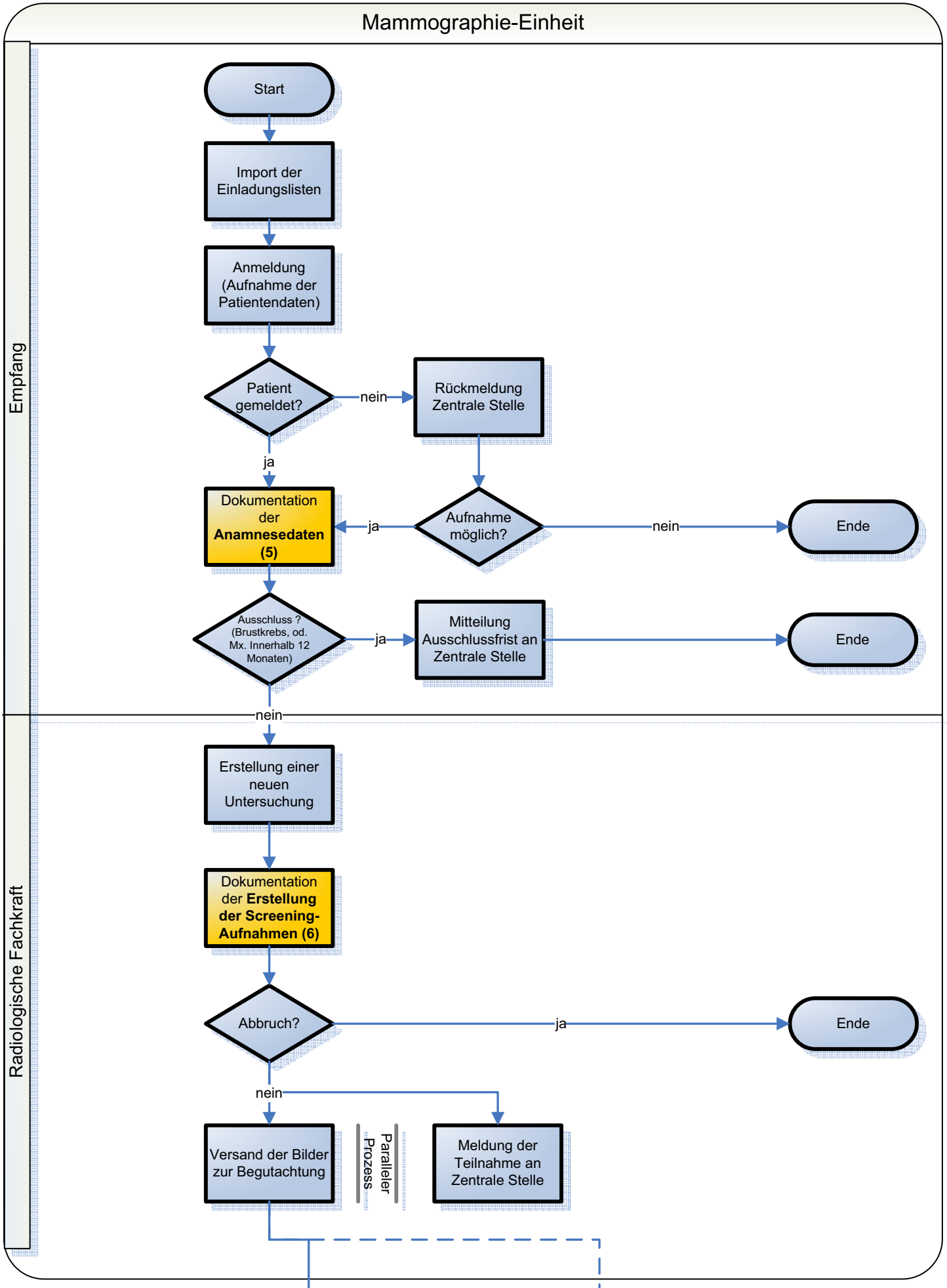
Anlage 2

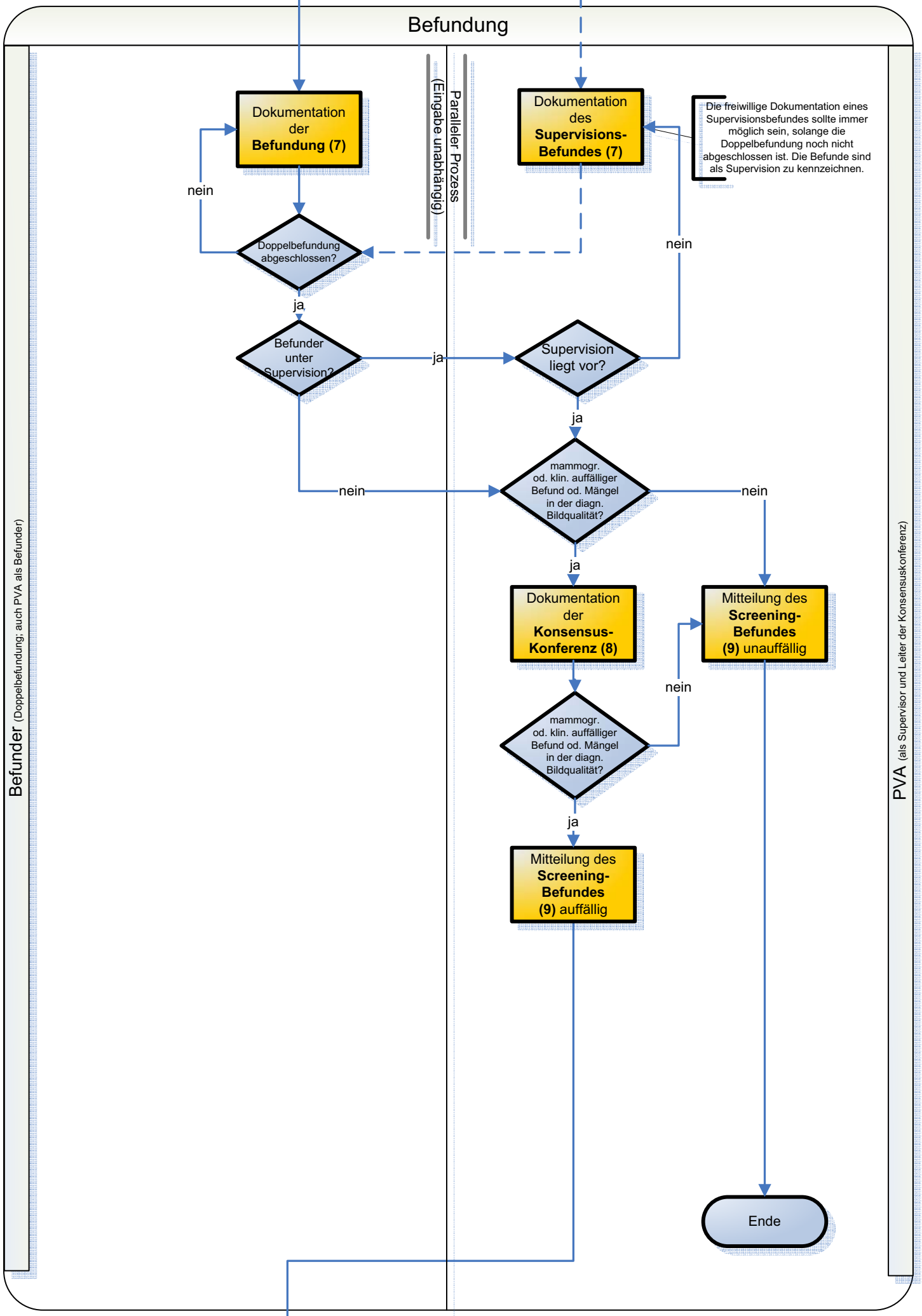
- schematische Darstellung der Dokumentationsprozesse in Abhängigkeit vom Mammographie-Screening-Workflow -

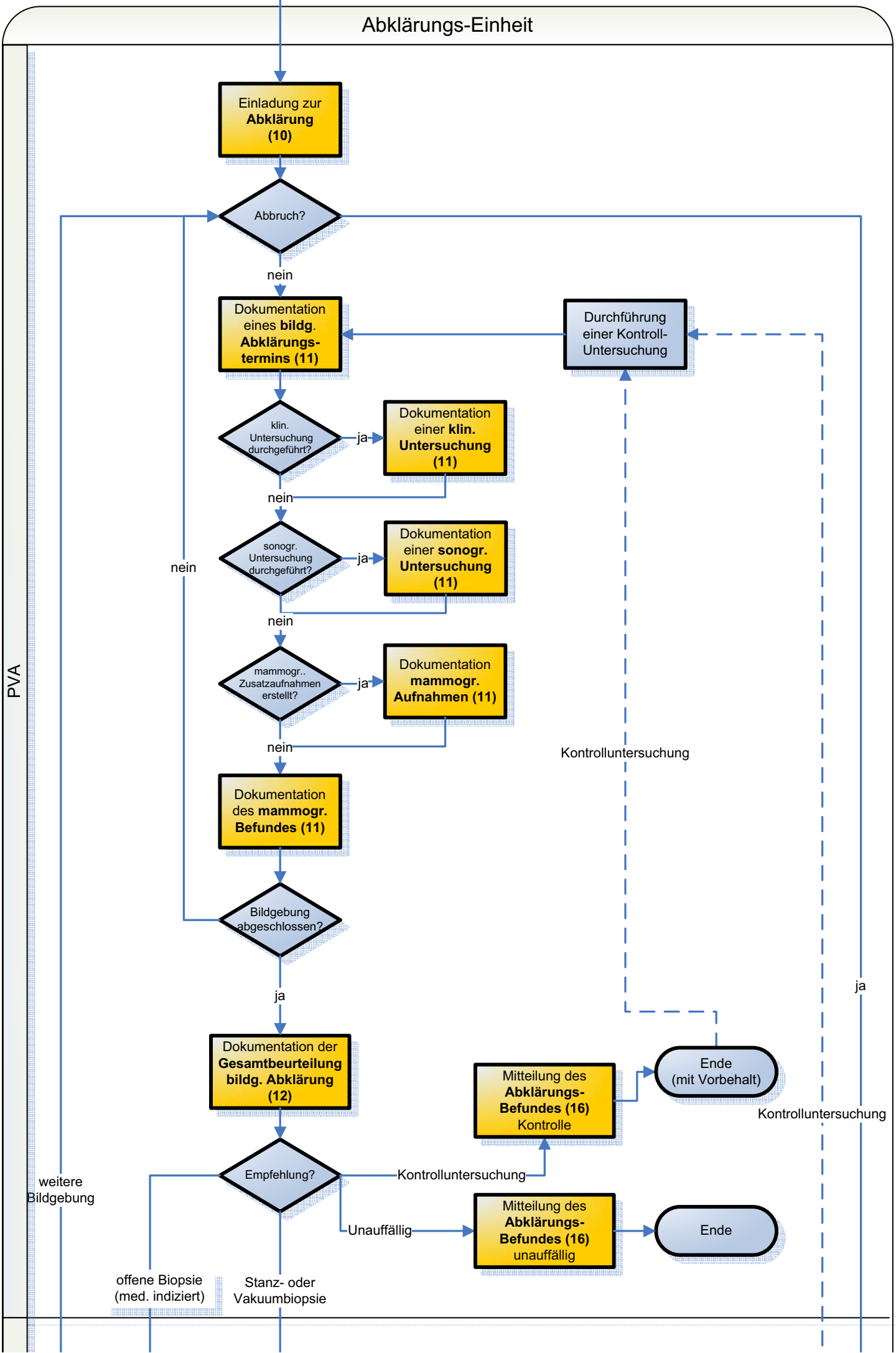
Stand: 16.05.2007

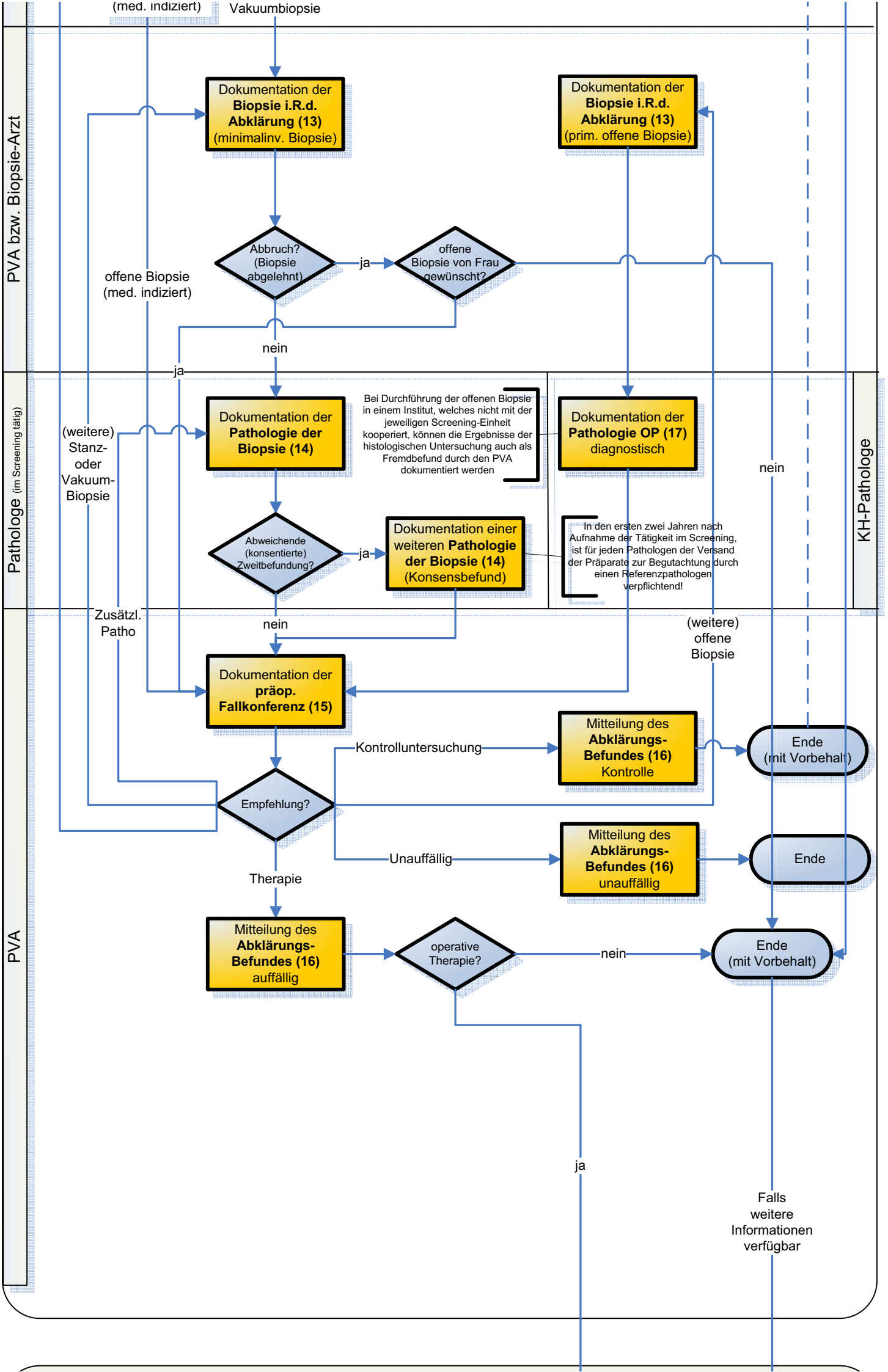
Dokumentationsverlauf in der Screening-Einheit

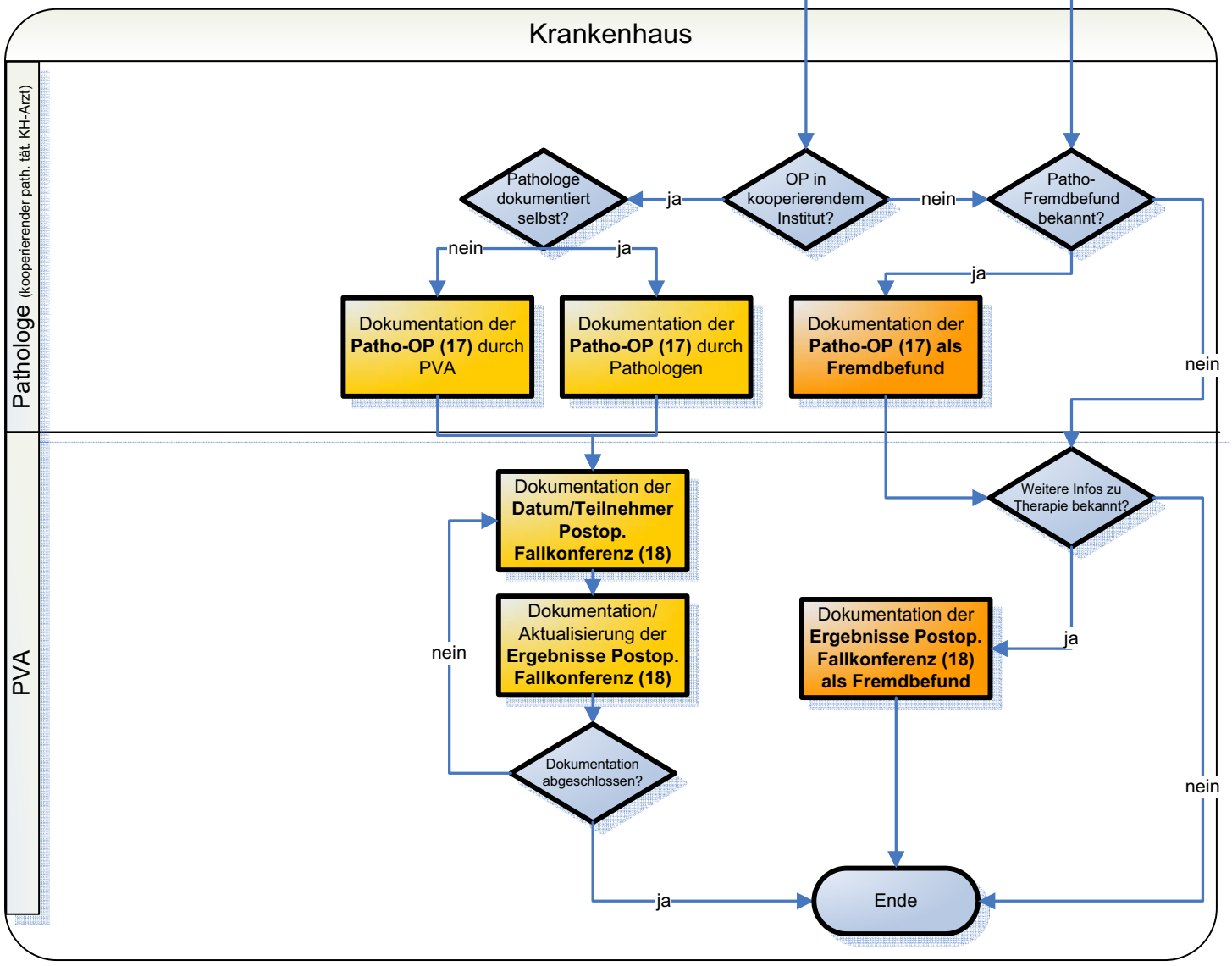
Mittwoch, 16. Mai 2007




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
Befunder unter Supervision?
ja
Supervision liegt vor?
nein
ja
mammogr. od. klin. auffälliger Befund od. Mängel in der diagn. Bildqualität?
nein
nein
ja
Dokumentation der Konsensus-Konferenz (8)
Mitteilung des Screening-Befundes (9) unauffällig
nein
mammogr. od. klin. auffälliger Befund od. Mängel in der diagn. Bildqualität?
ja
Mitteilung des Screening-Befundes (9) auffällig
Ende


Abklärungs-Einheit
PVA
Einladung zur **Abklärung (10)**
Abbruch?
nein
Dokumentation eines **bildg. Abklärungs-termins (11)**
Durchführung einer Kontroll-Untersuchung
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
Kontrolluntersuchung
Dokumentation des **mammogr. Befundes (11)**
Bildgebung abgeschlossen?
ja
ja
Dokumentation der **Gesamtbeurteilung bildg. Abklärung (12)**
Mitteilung des **Abklärungs-Befundes (16)** Kontrolle
Ende (mit Vorbehalt)
Kontrolluntersuchung
Empfehlung?
Kontrolluntersuchung
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) (prim. offene Biopsie)
Abbruch? (Biopsie abgelehnt)
ja
offene Biopsie von Frau gewünscht?
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
nein
(weitere) Stanz- oder Vakuum-Biopsie
Abweichende (konsentierte) Zweitbefundung?
ja
Dokumentation einer weiteren Pathologie der Biopsie (14) (Konsensbefund)
In den ersten zwei Jahren nach Aufnahme der Tätigkeit im Screening, ist für jeden Pathologen der Versand der Präparate zur Begutachtung durch einen Referenzpathologen verpflichtend!
Zusätzl. Patho
nein
(weitere) offene Biopsie
Dokumentation der präop. Fallkonferenz (15)
Kontrolluntersuchung
Mitteilung des Abklärungs-Befundes (16) Kontrolle
Ende (mit Vorbehalt)
Empfehlung?
Unauffällig
Mitteilung des Abklärungs-Befundes (16) unauffällig
Ende
Therapie
Mitteilung des Abklärungs-Befundes (16) auffällig
operative Therapie?
nein
Ende (mit Vorbehalt)
ja
Falls weitere Informationen verfügbar



Zeichenblatt 1

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.