



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

- Version 2.1 -

Stand: 01.03.2011

Veröffentlicht von der

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

Leiterin der Geschäftsstelle
Dr. Tatjana Heinen-Kammerer

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

© Kooperationsgemeinschaft Mammographie, Berlin, März 2011

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

Einführung

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

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

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

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

Anlage 1) Eine tabellarische Spezifikation der zu erfassenden Datenfelder

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

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

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

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

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

Bei der Umsetzung dieser Spezifikationen sind folgende Prinzipien zu beachten:

Minimalanforderung:

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

Umsetzungsfreiheit:

Die Spezifikation erhebt keinen Anspruch auf eine exakte Umsetzung auf Datenbankebene, da dies einen gravierenden Eingriff in die bereits bestehenden Datenbankstrukturen und Datenverarbeitungsprozesse der Softwaresysteme darstellen und mit einem nicht unerhebli-

chen und ungerechtfertigten Zeit- und Kostenaufwand verbunden wäre, der insbesondere zu einer weiteren Verzögerung der Anpassung der Dokumentation führen würde.

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

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

Anlage 2) Ein Prozessablaufdiagramm (Screening-Workflow)

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

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

Anlage 3) Eine Übersicht zur Plausibilisierung der Tumordokumentation

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

Liste der verwendeten Abkürzungen

Abkl.: Abklärung
AE: Abklärungseinheit
AR: Abrechnung
BA: Biopsie-Arzt (Arzt, welcher im Rahmen der Abklärung Biopsien auf Veranlassung des PVA durchführen darf)
Bef.: Befunder
BMV: Bundesmantelvertrag Ärzte / Ärzte Ersatzkassen (Anlage 9.2)
Dok: Dokumentar
ESc: Erst-Screening (erste Screening-Untersuchung der Frau)
FK: Fallkonferenz
FSc: Folge-Screening (weitere Screening-Untersuchung der Frau)
gBA: gemeinsamer Bundesausschuss
Int.-Ca.: Intervallkarzinom
KFE-RL: Krebsfrüherkennungs-Richtlinie
KH: Krankenhaus
KHA: Krankenhausarzt
KK: Konsensuskonferenz
KN: Kontrollnummer(n)
KR: Krebsregister
KRA: Krebsregisterabgleich (nach § 23 KFE-RL)
KVK: Krankenversichertenkarte
md: multidisziplinär
MDL: Meldedatenlieferung
ME: Mammographie-Einheit
MR: Melderegister
Path.: Pathologe
PLZ: Postleitzahl
PVA: Programmverantwortlicher Arzt
rad. FK: radiologische Fachkraft
Rez.: Rezeption/Anmeldung in ME
RP: Referenzpathologe
Rückm.: Rückmeldung der Frau, der Screening-Einheit oder des betreuenden Arztes
RZ: Referenzzentrum
SE: Screening-Einheit
SV: Supervision
SW: Software
Teiln.: Teilnahme
TermV: Terminvergabe
Versch.: Verschiebung
ZS: Zentrale Stelle



Anlage 1

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

Stand: 23.02.2011

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)											
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*		
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantw.	Erfasst	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht							Art	Feldname (Vorschlag)
1	1	Melddaten	Vornamen	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] VORNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Vorname der Frau Bei mehreren Vornamen sind diese durch ein Leerzeichen zu trennen	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen - Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID) - Bildung der Kontrollnummern (KN4-KN6, KN16) der Krebsregister
1	2	Melddaten	Familienname	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] NAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Familienname der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen - Bildung der Kontrollnummern (KN1-KN3, KN15) der Krebsregister
1	3	Melddaten	Titel		Erforderlich für Krebsregister-Abgleich	Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] TITEL	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise und Interpunktionszeichen)	Freitext	Titel der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen - Bildung der Kontrollnummern (KN19, KN20) der Krebsregister
1	4	Melddaten	frühere Familiennamen	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] FRUEH_NAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	anderer früherer Name der Frau, wenn verschieden vom Familiennamen und vom Geburtsnamen (z.B. Ehename einer früheren Ehe) Bei mehreren früheren Namen sind diese durch ein Leerzeichen zur trennen	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Kontrollnummern (KN10-KN12, KN18) der Krebsregister
1	5	Melddaten	Geburtsname	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] GEBURTSNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsname der Frau, wenn verschieden von Familienname	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID) - Bildung der Kontrollnummern (KN7-KN9, KN17) der Krebsregister
1	6	Melddaten	Geburtsdatum	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] GEBURTSDATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsdatum der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	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	Melddaten	Geburtsort	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] GEBURTSORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsort der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Bildung der Screening-Identifikationsnummer (Scr.ID)
1	8	Melddaten	Straße	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] STRASSE	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Name der Strasse des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen
1	9	Melddaten	Hausnummer	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] HAUSNR	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Hausnummer des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen
1	10	Melddaten	PLZ	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] PLZ	gültige 5-stellig PLZ des Bundesgebietes	Freitext	PLZ des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht (PLZ erforderlich für KR-Abgleich)	- Versand der Einladungen
1	11	Melddaten	Ort	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] ORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Ortsname des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht (Ort erforderlich für KR-Abgleich)	- Versand der Einladungen
1	12	Melddaten	Zusatz zu Anschrift	§13 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	bed.	sofern vorhanden	ja	A	[FRAU] ZUSATZ_ANSCHRIFT		Freitext	Adresszusatz des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: Import aus Lieferung der Melddaten	wird nach Terminvergabe und Bildung von Scr.-ID und KN gelöscht	- Versand der Einladungen

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)								Technische Ebene (operative Umsetzung)													
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung			Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*		
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfasst	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich				Datentyp	Beschreibung
2	1	Identifikation	Screening-ID	§13 Abs. 3 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] SCR-ID		Freitext	aus den Meldedaten generiertes Pseudonym (nicht reidentifizierbar) zur lebenslangen eindeutigen Identifizierung der Frau im Mammographie-Screening (noch Bundesinheitlich festzulegen)	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME, GEBURTSNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSORT bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	- Abgleich der Meldedatensätze - Übermittlung an Screening-Einheit im Rahmen der Einladungen
2	2	Identifikation	Kontrollnummer(n) der Krebsregister (KN)	§13 Abs. 3 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1) Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (IV.2)		Frau	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] KN1		Freitext	Kontrollnummer - Nachname, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN2		Freitext	Kontrollnummer - Nachname, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN3		Freitext	Kontrollnummer - Nachname, 3. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN4		Freitext	Kontrollnummer - Vorname, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN5		Freitext	Kontrollnummer - Vorname, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN6		Freitext	Kontrollnummer - Vorname, 3. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN7		Freitext	Kontrollnummer - Geburtsname, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN8		Freitext	Kontrollnummer - Geburtsname, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN9		Freitext	Kontrollnummer - Geburtsname, 3. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN10		Freitext	Kontrollnummer - früherer Name, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN11		Freitext	Kontrollnummer - früherer Name, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN12		Freitext	Kontrollnummer - früherer Name, 3. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN13		Freitext	Kontrollnummer - Geburtstag	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN14		Freitext	Kontrollnummer - DDR Namenscode	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME, NAME, GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN15		Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter Nachname	E.: Generierung aus [FRAU] NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN16		Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter Vorname	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN17		Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter Geburtsname	E.: Generierung aus [FRAU] GEBURTSNAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN18		Freitext	Kontrollnummer - phonetischer standardisierter früherer Name	E.: Generierung aus [FRAU] FRUEH_NAME bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN19		Freitext	Kontrollnummer - Titel, 1. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] TITEL bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN20		Freitext	Kontrollnummer - Titel, 2. Teil	E.: Generierung aus [FRAU] TITEL bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN21		Freitext	Kontrollnummer - Baden-Württembergischer Schlüssel, 1	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME, GEBURTSNAME, GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
										SW	ja		ja	A	[FRAU] KN22		Freitext	Kontrollnummer - Baden-Württembergischer Schlüssel, 2	E.: Generierung aus [FRAU] VORNAME, NAME, GEBURTSDATUM bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR - Abgleich Rückmeldung von KR
2	3	Identifikation	Kommunikationsnummer	§ 23 Abs. 5 KFE-RL		Frau	KRA	ZS	ZS	SW	ja		ja	A	[FRAU] KOMMNR		Freitext	Kommunikationsnummer zur Identifizierung und Zusammenführung von Teilnehmerbezogenen Datensätzen in den epidemiologischen Krebsregistern	E.: wird von der Screening-Einheit zusammen mit der Screening-ID geliefert und für die Dauer des Krebsregisterabgleichs gespeichert	temporär (Zeit des KR-abgleichs)	Krebsregisterabgleich: - Abgleich mit gespeichertem Screening-Ids zur Identifizierung der Kontrollnummer der Teilnehmerinnen - Übermittlung an KR

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit	Begründung	Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung				Speicherung			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung			
						<p>Frau</p> <p>Pro Frau können mehrere Einladungen dokumentiert werden:</p> <p>Jede anspruchsberechtigte Frau wird regelmäßig alle 2 Jahre zum Screening eingeladen, sofern kein dauerhafter Ausschluss z.B. aufgrund einer Ablehnung des Programms besteht. Die erste Einladung kann automatisch nach erstmaliger Lieferung der Daten vom Meldeamt oder auf Eigeninitiative der Frau erfolgen. In jedem Fall ist der vergebene Termin durch die Zentrale Stelle zu erfassen. Die regelmäßige Folgeeinladung erfolgt i.d.R. automatisch zwischen dem 22. und 26. Monat nach der letzten Teilnahme, bzw. (bei Nicht-Teilnahme) nach der letzten Einladung (Erster Termin, nicht Erinnerung). Frauen, für die ein befristeter Ausschluss erfasst wurde (normalerweise wegen einer früheren Mammographie vor weniger als 12 Monaten) werden unmittelbar nach Ablauf der Ausschlussfrist wieder schriftlich eingeladen. Frauen mit unbefristetem Ausschluss (normalerweise weil sie die Teilnahme am Programm abgelehnt haben) werden nicht wieder eingeladen. Die Mitarbeiter der Zentralen Stelle erhalten nur Zugriff auf die Angaben der jeweils letzten Einladung pro Frau. Der Zugriff auf Angaben aus früheren Einladungen (Einladungs-Historie) wird gesperrt. In begründeten Einzelfällen (z.B. bei dem Vorwurf einer nicht fristgerecht ergangenen Folgeeinladung) kann die Sperrung nach Genehmigung durch die Leitung der Zentralen Stelle vorübergehend aufgehoben werden. Zur Sicherstellung der Evaluation sowie der organisatorischen Anforderungen an das Terminmanagement (z.B. Ermittlung der relativen Teilnahmewahrscheinlichkeit) sollten neben den Angaben zur letzten Einladung bestimmte weiterführende Informationen zur letzten Einladung verfügbar sein, z.B. ob es sich dabei um eine Erst- oder Folgeeinladung nach Teilnahme oder Nicht-Teilnahme handelte (Näheres siehe Parameter 3.9 ff)</p>															
3	1	Einladungs- und Teilnahme-daten	Einladung / erster Termin	§13 Abs. 1 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)	erforderlich für die Auswertung und fristgerechte Wiedereinladung	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW/ ZS	ja		ja	E	[EINLADUNG] ERSTER_TERMIN	i. d. R. 22-26 Monate nach Teilnahme bzw. letzter Einladung (erster Termin) bei Nicht-Teilnahme)	Datum (TT.MM.JJJJ)	In der Einladung / bei Selbsteinladung angebotener erster Termin. Verschiebungen, verspätete Teilnahmen oder Erinnerungen gelten nicht als neue Einladungen, sondern werden unter LETZTER_TERMIN gespeichert. Nur bei Verschiebung über 22 oder mehr Monate bzw. bei Wiedereinladung nach einem befristeten Ausschluss ist von einer neuen Einladung mit neuem ersten Termin auszugehen.	E.: Generierung bei Terminvergabe per Einladung automatisch, bei Selbsteinladung manuell	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- 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 Auspräg.)	Art des vergebenen ersten Termins der indiv. Screening-Runde	E.: Generierung bei Terminvergabe (autom. Einladung, Selbsteinladung)	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	
3	3	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ort der Untersuchung	§13 Abs. 1 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)		Einladung	TermV / Versch.	ZS	ZS	SW / ZS	ja		ja	A	[EINLADUNG] ME		Freitext	in der Einladung / Selbsteinladung angegebene ME (bei Nicht-Teilnahme) bzw. ME der Untersuchung	E.: Generierung bei Terminvergabe (Einladung, Selbsteinladung) oder Import der Teilnehmerlisten von den Screening-Einheiten	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Generierung der Einladungslisten
3	4	Einladungs- und Teilnahme-daten	Alter		erforderlich für Altersgruppenbestimmung bei Auswertung von Einladungs- und Teilnahmeverhalten	Einladung	1. MDL / TermV	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] ALTER	{r. 48; s 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	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	
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 Auspräg.)	Einmalige Generierung einer Erinnerung während der Screening-Runde nach Nichtteilnahme	E.: Generierung bei Terminvergabe (Erinnerung) V.: "nein"	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Generierung der Erinnerungen - Auswertung des Teilnahmeverhaltens nach Erinnerung
3	6	Einladungs- und Teilnahme-daten	Verschiebung		erforderlich für Auswertung der Teilnahme nach Verschiebung	Einladung	Versch.	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] VERSCHIEBUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	ein- oder mehrmalige Verschiebung des vergebenen Termins durch die Frau	E.: Generierung bei Terminvergabe (Verschiebung) V.: "nein"	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Auswertung des Teilnahmeverhaltens nach Verschiebung
3	7	Einladungs- und Teilnahme-daten	Teilnahme	§13 Abs. 6 KFE-RL §13 Abs. 5 KFE-RL		Einladung	Teiln.	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] TEILNAHME	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Kennzeichnung der Teilnahme der Frau	E.: Aktualisierung bei Import der Teilnehmerlisten V.: "nein"	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Ermittlung der Teilnahmewahrscheinlichkeit i.R.d. Terminvergabe
3	8	Einladungs- und Teilnahme-daten	letzter Termin / Teilnahmedatum	§13 Abs. 7 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV 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 vergebenen 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	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die Einladung (nächste Runde) bei Teilnahme ([EINLADUNG] TEILNAHME = "ja")
3	9	Einladungs- und Teilnahme-daten	Angaben zur vorherigen Einladung und Teilnahme	§13 Abs. 7 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (I.1)	erforderlich für die Bestimmung der Teilnahmewahrscheinlichkeit aufgrund bleibenden Teilnahmeverhaltens	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[EINLADUNG] VOHER_EINLADUNG	"keine" "Ersteinladung" "Folgeeinladung"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob für die Frau bereits eine frühere Einladung generiert wurde, ("keine", wenn es sich bei der aktuellen Einladung um eine "Ersteinladung" handelt) bzw. ob es sich, bei der letzten Einladung um eine Erst- oder Folgeeinladung handelte	B.: automatische Änderung bei Generierung einer neuen Einladung: 1) "keine", wenn für die Frau bisher keine Einladung vorliegt; 2) "Ersteinladung", wenn für die Angaben der letzten Einladung gilt: [EINLADUNG] VORHER_EINLADUNG = "keine"; 3) "Folgeeinladung", wenn [EINLADUNG] VORHER_EINLADUNG = ("Ersteinladung" oder "Folgeeinladung")	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	- Ermittlung der Teilnahmewahrscheinlichkeit i.R.d. Terminvergabe

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																																
DS Nr.	P- Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*																
					Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfasser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp																				
3	10			erforderlich für die Bestimmung der Teilnahmewahrscheinlichkeit aufgrund bisherigen Teilnahmeverhaltens	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	bed.	falls [EINLADUNG] VORHER_EINLADUNG = "Ersteinladung" oder "Folgeeinladung"	ja	E	[EINLADUNG] TEILNAHME_VORHER_EINLADUNG	"nein, bisher keine Teilnahme" "nein, aber Teilnahme zu einem früheren Zeitpunkt" "ja"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob die Frau nach Erhalt der früheren Einladung (in der letzten Einladungsrunde) teilgenommen hat.	B.: automatische Änderung bei Generierung einer neuen Einladung: 1) "ja", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: [EINLADUNG] TEILNAHME = "ja" 2) "nein, bisher keine Teilnahme", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und [EINLADUNG] VORHER_EINLADUNG = "kein") oder ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und [EINLADUNG] TEILNAHME_VORHER_EINLADUNG = "nein, bisher keine Teilnahme") 3) "nein, aber Teilnahme zu einem früheren Zeitpunkt", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und [EINLADUNG] TEILNAHME_VORHER_EINLADUNG = "nein" oder [EINLADUNG] TEILNAHME_VORHER_EINLADUNG = "nein, aber Teilnahme zu einem früheren Zeitpunkt")	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	Ermittlung der Teilnahmewahrscheinlichkeit i.R.d. Terminvergabe																
3	11			erforderlich für den Nachweis, ob die letzte Einladung fristgerecht innerhalb von 22-26 Monaten erfolgt ist	Einladung	TermV	ZS	ZS	SW	bed.	falls [EINLADUNG] VORHER_EINLADUNG = "Folgeeinladung" oder "Ersteinladung"	ja	E	[EINL_FRISTGERECHT]	"ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob die zuletzt vergebene Einladung fristgerecht zwischen 22 - 26 Monate nach A) vorheriger Teilnahme oder B) vorheriger Einladung bei Nichtteilnahme erfolgt ist	B: automatische Änderung bei Generierung einer neuen Einladung: 1) "ja", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und [EINLADUNG] ERSTER_TERMIN = (zwischen (aktuelles Datum - 22 Monate) und (aktuelles Datum - 26 Monate)) oder ([EINLADUNG] TEILNAHME = "ja" und [EINLADUNG] LETZTER_TERMIN = (zwischen (aktuelles Datum - 22 Monate) und (aktuelles Datum - 26 Monate)) 2) "nein", wenn für die Angaben aus der letzten Einladung gilt: ([EINLADUNG] TEILNAHME = "nein" und ([EINLADUNG] ERSTER_TERMIN > (aktuelles Datum - 22 Monate) oder < (aktuelles Datum - 26 Monate)) oder ([EINLADUNG] LETZTER_TERMIN > (aktuelles Datum - 22 Monate) oder < (aktuelles Datum - 26 Monate)))	temporär (bis zur Generierung einer weiteren Einladung)	Ermittlung der Teilnahmewahrscheinlichkeit i.R.d. Terminvergabe																
3	12	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ausschlussfrist (Beginn)	§13 Abs. 7 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.2)	<p>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.</p>																Ausschluss	Rückm.	ZS	ZS	ZS	ja		ja	E	[AUSSCHLUSS] DATUM_VON		Datum (TT.MM.JJJJ)	Beginn einer vorübergehenden oder dauerhaften Ausschlussfrist aufgrund von Rückmeldung der Frau oder des behandelnden Arztes (z.B.: Krebserkrankung, ext. Mammographie vor <12 Monaten, erklärte Ablehnung des Programms)	E.: manuelle Erfassung durch Personal Zentrale Stelle bei entsprechender Rückmeldung V.: aktuelles Datum	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die Einladung
3	13	Einladungs- und Teilnahme-daten	Ausschlussfrist (Ende bei befristetem Ausschluss)	§13 Abs. 7 KFE-RL Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh 9 (I.2)	Ausschluss	Rückm.	ZS	ZS	ZS	bed.	sofern vorhanden	ja	E	[AUSSCHLUSS] DATUM_BIS	> [AUSSCHLUSS] DATUM_VON	Datum (TT.MM.JJJJ)	Ende der Ausschlussfrist Bei unbegrenztem Ausschluss, enthält das Feld keinen Wert	E.: manuelle Erfassung durch Personal Zentrale Stelle bei entsprechender Rückmeldung	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen - Ermittlung des plan. Termin für die Einladung																

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																		
DS Nr.	P- Nr	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit	Begründung	Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung						
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantw.	Erfas ser t	Pflich Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflic Art	Feldname (Vorschlag)				Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung			
3	14	Einladungs- und Teilnahme-daten	Aktive Meldedaten (Beginn)		erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen je Screening-Einheit sowie fristgerechte Einladung	Frau	Aktivität MD	MDL	ZS	ZS	SW	ja		ja	E	[MELDEDATEN] GUELTIG_VON	s [EINLADUNG] ERSTER_TERMIN (1. Einladung)	Datum (TT.MM.JJJJ)	Beginn des Zeitraums in dem die Daten der anspruchsberechtigten Frauen regelmäßig geliefert werden (Zeitpunkt der ersten Meldedatenlieferung) Bei längerer Unterbrechung (z.B. durch mehrjährigen Auslandsaufenthalt) können mit zeitl. Abstand auch mehrere Gültigkeitszeiträume pro Frau dokumentiert werden.	E.: Generierung bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	
3	15	Einladungs- und Teilnahme-daten	Aktive Meldedaten (Ende)		erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen je Screening-Einheit	Frau	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	
3	16	Einladungs- und Teilnahme-daten	Zugehörigkeit zu Screening-Einheit (Beginn)	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (1.7)	erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen und Teilnehmerinnen je Screening-Einheit	Frau	Zuegeh. SE	Rückm. / MDL	ZS	ZS	SW / ZS	ja		ja	E	[FRAU-SE] GUELTIG_VON	s [MELDEDATEN] GUELTIG_VON	Datum (TT.MM.JJJJ)	Beginn des Zeitraums, in dem die Frau einer bestimmten Screening-Einheit entweder aufgrund ihres Wohnsitzes oder auf ausdrücklichen Wunsch hin zugeordnet ist. (Bei Wechsel der Screening-Einheit, - z.B. durch Umzug - ist ein neuer Zeitraum mit neuer Zuordnung anzugeben)	E.: manuelle Erfassung bei Rückmeldung der Frau ansonsten Generierung bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen
3	17	Einladungs- und Teilnahme-daten	Zugehörigkeit zu Screening-Einheit (Ende)	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (1.7)	erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen und Teilnehmerinnen je Screening-Einheit	Frau	Zuegeh. 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 Neuordnung angegeben)	E.: manuelle Erfassung bei Rückmeldung der Frau ansonsten Generierung bei Meldedatenlieferung	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen
3	18	Einladungs- und Teilnahme-daten	Zugehörigkeit zu Screening-Einheit	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (1.7)	erforderlich für die Bestimmung der Anzahl der anspruchsberechtigten Frauen und Teilnehmerinnen je Screening-Einheit	Frau	Zuegeh. SE	Rückm. / MDL	ZS	ZS	SW / ZS	ja		ja	A	[FRAU-SE] SE	gültige Kennung einer Screening-Einheit gemäß Registrierung des KoopG (Zertifizierungs- und Rezerifizierungsprotokolle)	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 Screening-Einheit ermittelt)	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen
4	1	Mammographie-Einheit	Adresse ME	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (1.3)		ME	Meldung SE	ZS	ZS	ZS	ja		ja	B		Erfassung erforderlich, Form beliebig	Adresse der ME (ggf. inkl. Anreisebeschreibungen, etc.)	E.: manuelle Erfassung oder Import durch Personal Zentrale Stelle	dauerhaft	- Generierung der Einladungen - Generierung der Erinnerungen - Terminverschiebungen		
4	2	Mammographie-Einheit	Termine	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 9 (1.3)		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)																
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.			Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*					
							Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)				Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung		
<p>Frau</p> <p>Vor jeder Screening-Untersuchung müssen die Anamnesedaten der Klientin erhoben werden. Kann aufgrund der Angaben in der Anamnese, welche einen vorübergehenden Ausschluss zur Folge haben (z.B. aufgrund einer Mammographie vor weniger als 12 Monaten), eine Frau momentan nicht am Screening teilnehmen, so ist die Anamnese dennoch zu dokumentieren, auch wenn unmittelbar keine Untersuchung folgt. Die Angaben zum Ausschluss werden in diesem Fall an die Zentrale Stelle zurückgemeldet, welche einen entsprechenden vorübergehenden Ausschluss dokumentiert und die betreffende Frau nach Ende der Ausschlussfrist erneut einlädt. Bei einer neuen Anamneserhebung können die Daten mit Angaben aus der früheren Anamnese vorausgefüllt werden.</p>																					
5	1	Anamnese-daten	Anamnese (Datum und Screening-ID)	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein	ja	E	[ANAMNESE] DATUM	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Erhebung der Anamnesedaten	E.: manuelle Erfassung/Korrektur V.: Vorbelegung mit aktuellem Datum.	dauerhaft		
												nein	ja	E	[ANAMNESE] SCR-ID	Freitext	Screening-ID der Frau	E.: autom. Erfassung/Einlesen (z.B. aus Einladungsliste oder über Barcode-Scanner); ggf. manuelle Erfassung	dauerhaft	-autom. Zuordnung zum Datensatz der Frau	
5	2	Anamnese-daten	Vorname	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] VORNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Vorname der Frau Bei mehreren Vornamen sind diese durch ein Leerzeichen zu trennen	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	-ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	3	Anamnese-daten	Familiename	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] NAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Familiename der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	-ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	4	Anamnese-daten	Geburtsname	KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] GEBURTSNAME	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsname der Frau, wenn verschieden von Familiename	E.: manuell	dauerhaft	
5	5	Anamnese-daten	Geburtsdatum	KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] GEBURTSDATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Geburtsdatum der Frau	E.: Erfassung von der KK-Karte ggf. manuell	dauerhaft	-ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
5	6	Anamnese-daten	Geburtsort	KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] GEBURTSORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Geburtsort der Frau	E.: manuell	dauerhaft	
5	7	Anamnese-daten	Strasse	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] STRASSE	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Name der Strasse des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	-ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	8	Anamnese-daten	Hausnummer	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] HAUSNR	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Hausnummer des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	-ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	9	Anamnese-daten	PLZ	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] PLZ	gültige 5-stellig PLZ des Bundesgebietes	Freitext	PLZ des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	-ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	10	Anamnese-daten	Ort	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] ORT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise)	Freitext	Ortsname des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	-ggf. Generierung der Abrechnungsdaten - Mitteilung an Frau
5	11	Anamnese-daten	Zusatz zu Anschrift	§13 Abs. 3 KFE-RL KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] ZUSATZ_ ANSCHRIFT	keine Sonderzeichen (Ausnahme: Bindestrichschreibweise und Interpunktionszeichen)	Freitext	Adresszusatz des aktuellen Hauptwohnsitz der Frau	E.: manuelle Erfassung oder Erfassung der KK-Karte V.: durch Lieferung der Zentralen Stelle (Einladungslisten)	dauerhaft	-Mitteilung an Frau
5	12	Anamnese-daten	Krankenkasse	KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] KRANKENKASSE	keine Sonderzeichen	Freitext	Name der Krankenkasse der Versicherten (für die Leistungsabrechnung sind noch weitere Daten wie z.B. Versichertennummer und -status sowie IK-Nr. zu erfassen)	E.: Erfassung von der KK-Karte ggf. manuell	dauerhaft	-ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
5	13	Anamnese-daten	Hausarzt, Benachrichtigung	KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] HAUSARZT_ NAME	Form beliebig		Name und Titel des Hausarztes TEXTLICHER HINWEIS IM EINGABEFORMULAR OBERHALB DIESES EINGABEFELDES: "Für eine Befundmitteilung an den Hausarzt geben Sie bitte den Namen und die Adresse des Hausarztes an"	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	-Mitteilung an Hausarzt
												nein	ja	B	[ANAMNESE] HAUSARZT_ ADRESSE	Form beliebig		Praxisanschrift des Hausarztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	-Mitteilung an Hausarzt
5	14	Anamnese-daten	Frauenarzt, Benachrichtigung	KFE-RL Anl. V			Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	B	[ANAMNESE] FRAUENARZT_ NAME	Form beliebig		Name und Titel des Frauenarztes TEXTLICHER HINWEIS IM EINGABEFORMULAR OBERHALB DIESES EINGABEFELDES: "Für eine Befundmitteilung an den Frauenarzt geben Sie bitte den Namen und die Adresse des Frauenarztes an"	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	-Mitteilung an Frauenarzt
												nein	ja	B	[ANAMNESE] FRAUENARZT_ ADRESSE	Form beliebig		Praxisanschrift des Frauenarztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	-Mitteilung an Frauenarzt

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)														
DS Nr.	P- Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*		
					Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfasst	Pflicht Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht Art	Feldname (Vorschlag)						Ausprägung / zul. Wertebereich	
5	15	Anamnese-daten/ frühere Mammographie	KFE-RL Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	E	[ANAMNESE] FRUEH_MX	"nein" "ja"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob bei der Frau bereits früher eine Mammographie durchgeführt wurde	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- Mitteilung eines Ausschlusskriteriums an die Zentrale Stelle
									nein	ja	E	[ANAMNESE] FRUEH_MX_DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Anfertigung der letzten Mammographie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Mitteilung eines Ausschlusskriteriums an die Zentrale Stelle	
									nein	ja	B	[ANAMNESE] FRUEH_MX_ARZT	Form beliebig		Name und Titel des mammogr. Arztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft		
									nein	ja	B	[ANAMNESE] FRUEH_MX_ARZTADRESSE	Form beliebig		Praxisanschrift des mammogr. Arztes	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft		
5	16	Anamnese-daten/ Diagnose Brustkrebs	KFE-RL Anl. V §10 Abs. 3 KFE-RL		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	E	[ANAMNESE] BRUSTKREBS	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorliegen einer bereits diagnostizierten Brustkreberkrankung inkl. Seitenlokalisation (Während der ersten 5 Jahre nach einer Brustkreberkrankung 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 Brustkreberkrankung	E.: manuelle Erfassung (V.: evtl. mit Daten aus früherer Anamnese)	dauerhaft	- ggf. Mitteilung eines Ausschlusskriteriums an die Zentrale Stelle	
5	17	Anamnese-daten/ Brustoperation	KFE-RL Anl. V		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	E	[ANAMNESE] OP	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation(en) an einer oder beiden Brüsten	E.: manuelle Erfassung V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft	
									nein	ja	E	[ANAMNESE] OP-ENTFERNUNG	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation zur Entfernung einer oder beider Brüste	E.: manuelle Erfassung V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] OP-ENTFERNUNG-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der (ggf. letzten) Operation zur Entfernung der Brust	E.: manuelle Erfassung V.: Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] OP-IMPLANTAT	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation zum Einsetzen von Brustimplantanten	E.: manuelle Erfassung V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] OP-IMPLANTAT-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der (ggf. letzten) Operation zum Einsetzen der Brustimplantate	E.: manuelle Erfassung V.: Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] OP-REDUKTION	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Bei der Frau durchgeführte Operation zur Verkleinerung einer oder beider Brüste	E.: manuelle Erfassung V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] OP-REDUKTION-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der (ggf. letzten) Operation zur Verkleinerung der Brust	E.: manuelle Erfassung V.: Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] OP-ANDERE	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Weitere bei der Frau durchgeführte Operation(en) an einer oder beiden Brüsten (keiner der vorgenannten Klassifikationen)	E.: manuelle Erfassung V.: "nein" bzw. Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft		
nein	ja	B	[ANAMNESE] OP-ANDERE-SPEZ		Freitext	Beschreibung des weiteren operativen Eingriffs	E.: manuelle Erfassung V.: Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft											
nein	ja	E	[ANAMNESE] OP-ANDERE-JAHR	Jahreszahl (JJJJ)	Ganzzahl	Kalenderjahr der (ggf. letzten) sonstigen Operation	E.: manuelle Erfassung V.: Daten aus früherer Anamnese	dauerhaft											
5	18	Anamnese-daten/ Gegenwärtige Brustbeschwerden	KFE-RL Anl. V §10 Abs. 3 KFE-RL		Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorhandensein von Brustkrebsbeschwerden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- ggf. Anzeige bzw. Kenntlichmachung von dokumentierten Brustbeschwerden
									nein	ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-KNOTEN	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "tastbaren Knoten"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-DELLE	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "Dellen oder Verhärtungen der Haut"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-FORM	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "außerlich sichtbare Verformungen"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-HAUTV	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "Hautveränderungen oder Einziehung der Brustwarze"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-SEKRET	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von "Blutungen oder andere flüssige Absonderungen aus der Brustwarze"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
									nein	ja	E	[ANAMNESE] SYMPTOM-ANDERE	"nein" "ja - rechts" "ja - links" "ja - beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein von anderen Brustbeschwerden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
									nein	ja	B	[ANAMNESE] SYMPTOM-ANDERE-SPEZ		Freitext	Beschreibung anderer Brustbeschwerden und zusätzliche Angaben (z.B. seit wann, bereits abgeklärt, Änderungen, etc.)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
5	19	Anamnese-daten/ Abbruch durch Frau		erforderlich für Abschluss der Untersuchung	Scr.-Runde	vor Scr.-Unters.	ME	PVA	Rez.	nein	ja	E	[ANAMNESE] ABBRUCH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Abbruch der Klientin (trotz Anspruchsberechtigung) vor Beginn der Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung
									nein	ja	B	[ANAMNESE] ABBRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abschluss der Untersuchung	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*					
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfas-ser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht				Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung
<p>Frau</p> <p>Pro Frau können im Verlauf ihres Lebens mehrere Screening-Untersuchungen erfasst werden</p> <p>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 Falkkonferenz), eine Kontrolluntersuchung empfohlen wurde (in der Gesamteinschätzung der Bildgebung oder in der präoperativen Falkkonferenz) bzw. ein Abbruch oder eine postoperative Falkkonferenz dokumentiert wurde.</p>																					
6	1	Erstellung Mammographie	Untersuchung (Screening-ID & Datum der Erstellung)	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] DATUM	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Erstellung der Screening-Mammographie-Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung/Korrektur V.: aktuelles Datum	dauerhaft	- Auswertungen der Untersuchungsergebnisse (Eingrenzung des Betrachtungszeitraums) - Bildung der Untersuchungs-ID	
										SW / rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] SCR-ID	Freitext	Screening-ID der untersuchten Frau	E.: manuelle Erfassung V.: autom. Import/Einlesen (z.B. aus Einladungsliste oder über Barcode-Scanner)	dauerhaft	- autom. Zuordnung der Untersuchung zur jeweiligen Frau (Identifikation der Frau im Verlauf der Untersuchung) - Bildung der Untersuchungs-ID	
6	2	Erstellung Mammographie	Person	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / rad. FK	ja		ja	A	[ERSTELLUNG] NAME, VORNAME, (GEBURTSdatum, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE)	Freitexte	Vorname, Nachname (ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, falls Abrechnung über die Dokumentationssoftware)	E.: manuell bzw. durch Einlesen der Krankenkassendaten V.: Übernahme aus Anamnese wenn bereits elektronisch erfasst	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten	
6	3	Erstellung Mammographie	Untersuchungs-ID		erforderlich für Bezug der einzelnen Teil-Untersuchungen zueinander	Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	SW	SW	ja		ja	A	[ERSTELLUNG] UNTERSUCHUNGID	Freitext	Eindeutige Kennung der Screening-Untersuchung (Bezugswert für weitergehende Untersuchungen)	E.: autom. Generierung auf Basis von Datum und Screening-ID	dauerhaft	- Untersuchungsbezogene Auswertungen (Identifikation der Untersuchung innerhalb der einzelnen Untersuchungsschritte)	
6	4	Erstellung Mammographie	Arztnummer (PVA)	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / rad. FK	ja		ja	B	[ERSTELLUNG] ARZTID	Freitext	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	E.: manuelle Erfassung V.: festgelegt durch systemimmanente Relation zwischen Dokumentator (rad. FK) und verantwortl. PVA	dauerhaft		
6	5	Erstellung Mammographie	Kennung der radiologischen Fachkraft	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW / rad. FK	ja		ja	B	[ERSTELLUNG] RAD_FACHKRAFT-ID	Freitext	eindeutige systemweite Kennung der radiologischen Fachkraft, welche die Scr.-Untersuchung vornimmt	E.: manuelle Korrektur V.: automatisch erfasst durch Kennung des angemeldeten Benutzers (rad. FK)	dauerhaft		
6	6	Erstellung Mammographie	Voraufnahmen	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] VORAUFNAHMEN	"Hinzugezogen" "Nicht hinzugezogen"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hinzuziehung von Voraufnahmen aus einer früheren Screening-Untersuchung. Das System muss das Vorhandensein von Screening-Voraufnahmen kenntlich machen!	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
										bed.	falls Voraufnahmen aus früherer Untersuchung nicht hinzugezogen	ja	B	[ERSTELLUNG] GRUND_KEINE_VORAUFN	Freitext	Begründung, wenn die Voraufnahmen nicht hinzugezogen wurden (Angabe nur Pflicht, wenn bereits eine frühere Screening-Untersuchung stattgefunden hat)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft			
<p>Scr.-Unters. Es können mehrerer klinische Auffälligkeiten pro Screening-Untersuchung erfasst werden</p>																					
6	7	Erstellung Mammographie	Klinische Auffälligkeiten	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Auffälligk.	Scr.-Unters.	ME	PVA	SW	ja		ja	E	[AUFFAELLIGKEIT] UNTERSUCHUNGID	Freitext	Kennung der Untersuchung, bei der die Auffälligkeit entdeckt wurde	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- autom. Zuordnung zu der Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)	
										rad. FK	ja		ja	E	[AUFFAELLIGKEIT] ART	"Narbe(n)" "Muttermale/Warze(n)" "Zustand nach Mastektomie" "sonstige Auffälligkeiten"	Fixtext (4 Auspräg.)	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 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der klinischen Auffälligkeit	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
										rad. FK	nein		ja	E	[AUFFAELLIGKEIT] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	falls möglich Lokalisation der klinischen Auffälligkeit im Uhrzeigerschema	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
										rad. FK	bed.	falls es sich um eine "sonstige Auffälligkeit" handelt	ja	B	[AUFFAELLIGKEIT] SPEZIFIKATION	Freitext	genauere Spezifikation der klinischen Auffälligkeit und zusätzliche Angaben	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
6	8	Erstellung Mammographie	Zusatzaufnahmen: anatomische Gründe	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] ZUSATZAUFNAHME	"Zusatzaufnahmen nicht notwendig" "Zusatzaufnahmen aus anatomischen Gründen angezeigt" "Zusatzaufnahmen aus anatomischen Gründen angezeigt und durchgeführt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Grund der Notwendigkeit zur Erstellung weiterer Aufnahmen zusätzlich zu den Screening-Aufnahmen aus anatomischen Gründen	E.: manuell V.: "Zusatzaufnahmen nicht notwendig"	dauerhaft	- ggf. Plausibilitätsprüfung bei Dokumentation der erstellten Aufnahmen

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfassung	Bedingung für Pflicht	Pflicht	Art						Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	
Pro Screening-Untersuchung sind standardmäßig vier Screening-Aufnahmen, sowie ggf. Wiederholungs- und Zusatzaufnahmen zu erfassen																					
6	9	Erstellung Mammographie	erstellte Aufnahmen	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	ME	PVA	SW	ja		ja	E	[AUFNAHME] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis der Untersuchung, bei der die Aufnahme erstellt wurde	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	-autom. Zuordnung zu der Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)	
									SW	nein		ja	E	[AUFNAHME] ACCESSION_NR		Freitext	eindeutiger Identifikator der Aufnahme, der von digitalen Geräten automatisch generiert wird und zur Lokalisation im PACS verwendet wird. Eine digitale Schnittstelle zur Speicherung von Aufnahmeparametern sollte die Speicherung der Accession-Nr unterstützen.	E.: sofern unterstützt, autom. Übernahme aus der digitalen Modalität	dauerhaft	-Archivierung und Referenzierung im PACS	
										ja		ja	E	[AUFNAHME] NUMMER	>0	Ganzzahl	fortlaufende Nr. der Aufnahmen, die während einer Screening-Untersuchung erstellt wurden (Bei jeder Untersuchung beginnend mit 1)	E.: autom. Generierung einer fortlaufenden Nr.	dauerhaft		
6	10	Erstellung Mammographie	erstellte Aufnahmen - Unterscheidung Screening-Aufnahmen & Zusatzaufnahmen		erforderlich für die korrekte Berechnung des Anteils der wiederholten Screening-Aufnahmen aufgrund technischer Einschränkungen in der Bildqualität	Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		E	[AUFNAHME] ART	"Screening-Aufnahme cc" "Screening-Aufnahme ml" "Zusatzaufnahme aus anatomischen Gründen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Art der erstellten Aufnahme (Wiederholungsaufnahmen sind als Screening-Aufnahmen zu dokumentieren (Liegen zwei Screening-Aufnahmen derselben Seite und Ebene vor, wird eine als Wiederholungsaufnahme gerechnet)	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. automatische Erfassung bei digitalem Gerät	dauerhaft	-Plausibilitätsprüfung bei Dokumentation der erstellten Aufnahmen	
										bed.	falls es sich um Zusatzaufnahme aus anatomischen Gründen handelt	ja	B	[AUFNAHME] SPEZIFIKATION		Freitext	genauere Spezifikation zu Technik und Grund der erstellten Zusatzaufnahme (z.B. Spez. der anatomischen Einschränkung)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
										ja		ja	E	[AUFNAHME] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der Aufnahme	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. automatische Erfassung bei digitalem Gerät	dauerhaft		
6	11	Erstellung Mammographie	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 3 9. Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 4 1.		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		E	[AUFNAHME] MAENDEL	"keine Einschränkungen" "Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität festgestellt, Bildwiederholung angezeigt" "Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität festgestellt, Bildwiederholung angezeigt & durchgeführt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Feststellung von Einschränkungen bzw. Mängeln in der diagnostischen Bildqualität und ggf. Information über eine Wiederholung der Aufnahme	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Einschränkungen"	dauerhaft	-Plausibilitätsprüfung bei Dokumentation der erstellten Aufnahmen	
					erforderlich für die korrekte Berechnung der Bildwiederholungsrate wegen technischer Mängel und die Selbstüberprüfung der diagnostischen Bildqualität					bed.	falls Einschränkungen in der Diagnostischen Bildqualität festgestellt wurden	ja	E	[AUFNAHME] MAENDEL_URSACHE	"technische Qualitätsmängel" "anatomische Einschränkungen" "mangelnde Kooperation der Frau"	Fixtext (3 Auspräg.)	Ursachen für Einschränkungen in der diagn. Bildqualität (liegen mehrere Ursachen für Mängel vor, so sind die gravierendsten Ursachen zu dokumentieren, wobei technische Ursachen Vorrang haben vor anatomischen und diese vor mangelnder Kooperation)	E.: manuelle Erfassung V.: "technische Qualitätsmängel"	dauerhaft	-Zusatzangabe bei Selbstüberprüfung der diagnostischen Bildqualität	
										nein		ja	B	[AUFNAHME] MAENDEL_SPEZ		Freitext	genauere Spezifikation der Einschränkungen der diagnostischen Bildqualität	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
6	12	Erstellung Mammographie	Röhrenspannung	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		E	[AUFNAHME] ROEHDRENSPANNUNG	>0; <100	Ganzzahl	gemessene Röhrenspannung in kV bei Erstellung (Intervall [22, 45])	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft		
6	13	Erstellung Mammographie	Parenchymdosis	KFE-RL Anl. VI (1.1) Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 6 (1.8)		Aufnahme	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	bed.	falls mittlere Parenchymdosis direkt vom Gerät angegeben wird	ja	E	[AUFNAHME] PARENCHYMDOSIS	≥ 0	Fließkommazahl	mittlere Parenchymdosis in mGy bei Erstellung (wenn hier keine Eingabe erfolgt, sind die entsprechenden der nebenstehenden Berechnung notwendigen Parameter einzugeben)	E./B.: manuelle Erfassung oder Berechnung aus (Einfalldosis & Kompressionsschichtdicke & Anoden-Filtermaterial) oder aus (Kompressionsschichtdicke & Röhrenstrom-Zeit-Produkt & Anoden-Filtermaterial) (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	
										bed.	falls Parenchymdosis und Röhrenstrom-Zeit-Produkt nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] EINFALLDOSIS	>0	Ganzzahl	Einfalldosis in mGy bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	-Berechnung der mittleren Parenchymdosis	
										bed.	falls Parenchymdosis nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] KOMPR_SCHICHTDICKE	0 - 200	Ganzzahl	Kompressionsschichtdicke in mm bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	-Berechnung der mittleren Parenchymdosis	
										bed.	falls Parenchymdosis nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] ANODENMATERIAL	"Molybdän" "Rhodium" "Wolfram" "Aluminium"	Fixtext (4 Auspräg.)	verwendetes Anodenmaterial bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	-Berechnung der mittleren Parenchymdosis	
										bed.	falls Parenchymdosis nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] FILTERMATERIAL	"Molybdän" "Rhodium" "Wolfram" "Aluminium"	Fixtext (4 Auspräg.)	verwendetes Filtermaterial bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	-Berechnung der mittleren Parenchymdosis	
										bed.	falls Parenchymdosis und Einfalldosis nicht angegeben	ja	E	[AUFNAHME] RS-ZEITPRODUKT	≥ 0	Fließkommazahl	Röhrenstrom-Zeit-Produkt in mAs bei Erstellung	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät)	dauerhaft	-Berechnung der mittleren Parenchymdosis	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung		Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)							
6	14	Erstellung Mammographie	Gerät		erforderlich für die gerätebezogene Auswertung der Strahlendosis (siehe auch Abschlussbericht der Modellprojekte)	Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	A	[ERSTELLUNG] GERAETID	Kenntnis aller im System registrierten Geräte	Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis des Gerätes, an welchem die Aufnahmen erstellt werden.	E.: manuelle Erfassung (ggf. Import von Mammographie-Gerät oder Voreinstellung bei jeweiliger Mammographie-Einheit)	dauerhaft	
6	15	Erstellung Mammographie	Bemerkungen		erforderlich für Informationsweitergabe	Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	nein		ja	B	[ERSTELLUNG] BEMERKUNG		Freitext	weitere Erläuterungen zur Erstellung der Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
6	16	Erstellung Mammographie	Abbruch durch Frau	KFE-RL Anl. VI (1.1)		Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	ja		ja	E	[ERSTELLUNG] ABRUCH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Abbruch der Klientin während der Erstellung der Screening-Mammographie-Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	-Abschluss der Untersuchung
											nein		ja	B	[ERSTELLUNG] ABRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung Eingabe Pflicht bei Abbruch	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	-Abschluss der Untersuchung
6	17	Erstellung Mammographie	Ersteller-Standort		Auswertung der regionalen Zuordnung	Scr.-Unters.	Scr.-Unters.	ME	PVA	rad. FK	nein		ja	B	[ERSTELLUNG] ME		Freitext	Kenntnis/Name der Mammographie-Einheit, in der die Aufnahmen erstellt wurden	E.: Auswahl aus Liste verfügbarer Mammographie-Einheiten der SE (gepflegt vom PVA) V.: Mammographie-Einheit aus der zuletzt vom jeweiligen Benutzer eingegebenen Erstellung von Aufnahmen	dauerhaft	
7	1	Befundung	Befundung	KFE-RL Anl. VI (1.2)		<p>Pro Screening-Untersuchung sind zwei reguläre unabhängige Befundungen sowie im Fall der Supervision zusätzlich ein Supervisionsbefund durch den PVA zu erfassen.</p> <p>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.</p> <p>Für die ersten 3000 Befunde eines Befunders ist unabhängig vom Ergebnis der Doppelbefundung zwingend ein (primär unabhängiger) Supervisionsbefund durch den PVA einzugeben. Auch wenn keiner der an der Doppelbefundung beteiligten Ärzte mehr unter Supervision steht, sollte es dem PVA bis zum Versand der Mitteilung des Screening-Ergebnisses jederzeit möglich sein, einen zusätzlichen Drittbefund zu dokumentieren auch wenn dies eine Änderung des Ergebnisses der Screening-Untersuchung zur Folge hat. Bei der Eingabe eines Supervisions- / Drittbefundes muss der PVA die Befundung primär unabhängig durchführen können, d.h. ohne Kenntnis der bereits dokumentierten Befunde. Eine automatische Anzeige der anderen Befunde darf daher nicht erfolgen, aber es muss die Möglichkeit bestehen, diese anzeigen zu lassen.</p>															
						Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	SW / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis der Screening-Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Bezug zur Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
											ja		ja	E	[BEFUNDUNG] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der durchgeführten Befundung	E.: manuelle Erfassung/Korrektur V.: aktuelles Datum	dauerhaft	- Abgrenzung von Untersuchungszeitraum
											ja		ja	B	[BEFUNDUNG] ARZTID	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (Befunder)	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des dokumentierenden Befunders / PVA	E.: automatisch über angemeldeten Benutzer	dauerhaft	
7	2	Befundung	Person	KFE-RL Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	SW	SW	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, und Screening-ID (werden auf der Befundmaske angezeigt) sowie ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse (sind Abrechnungsrelevant)	E.: keine gesonderte Erfassung (bereits im Rahmen der Erstellung erfasst)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
7	3	Befundung	Voraufnahmen	KFE-RL Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] VORAUFAHMEN	"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_VORAUFAHN		Freitext	Begründung, wenn die Voraufnahmen nicht hinzugezogen wurden Eingabe nur Pflicht, wenn bereits eine frühere Screening-Untersuchung dokumentiert wurde und keine Voraufnahmen hinzugezogen wurden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	4	Befundung	Supervision	Anl.9.2 BMV-A/EKV §10 (5) Anl.9.2 BMV-A/EKV §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 gg 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 Supervisionsbefundes bei von der Doppelbefundung unabhängiger Eingabe)
7	5	Befundung	Gewebedichte in ACR Klassifikation		Erfassung sinnvoll für weitergehende Untersuchungen zur Sensitivität bestimmter Bildgebender Verfahren	Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	nein		ja	E	[BEFUNDUNG] GEWEBEDICHTE	"Typ ACR 1" "Typ ACR 2" "Typ ACR 3" "Typ ACR 4"	Fixtext (4 Auspräg.)	Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	6	Befundung	Klinisch auffällig	KFE-RL Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] RECALL_KLIN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 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 klinische Auffälligkeiten vorliegen)	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Auswahl der Fälle für die Konsensuskonferenz

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung			Erfassung		Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfassung	Pflicht	Art							Feldname (Vorschlag)		
Befund Pro Befundung kann für jede der erstellten Aufnahmen die Einschränkung bzw. die Empfehlung zur Bildwiederholung dokumentiert werden																					
7	7	Befundung	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	KFE-RL Anl. VI (1.2)		Aufnahme	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[AUFNAHME_BEF] NUMMER	50	Ganzzahl	fortlaufende Nummer der während der Screening-Untersuchung erstellten Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung (Auswahl aus der Liste der erstellten Screening-Aufnahmen)	dauerhaft	- Bezug zur Screening-Aufnahme
									Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[AUFNAHME_BEF] WIEDERHOLUNG	"Keine Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität" "Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität festgestellt - Bildwiederholung nicht notwendig" "Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität festgestellt und Bildwiederholung empfohlen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Feststellung der Einschränkungen der diagnostischen Bildqualität und ggf. Empfehlung zur Wiederholung der Aufnahme	E.: manuelle Erfassung V.: "Keine Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität"	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Auswahl der Fälle für die Konsensuskonferenz
7	8	Befundung	Befund	KFE-RL Anl. VI (1.2)		Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEFUNDUNG] ERGEBNIS	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf-Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 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)	KFE-RL Anl. VI (1.2)		Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEF_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der mammographisch auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Herstellung des Bezugs zu einer auffälligen Läsion
											ja		ja	E	[BEF_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär" "nur mlo erkennbar - oben" "nur mlo erkennbar - unten" "nur cc erkennbar - innen" "nur cc erkennbar - außen"	Fixtext (17 Auspräg.)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion Angabe im Urzeitschema oder in der Ebene, falls nur in einer Ebene sichtbar	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Herstellung des Bezugs zu einer auffälligen Läsion
7	10	Befundung	Beurteilung der Läsion	KFE-RL Anl. VI (1.2)		Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	ja		ja	E	[BEF_LAESION] ERGEBNIS	("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	KFE-RL Anl. VI (1.2)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!	Laesion	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	bed.	Falls [BEF_LAESION] ERGEBNIS = ("Läsion unklar, eher benigne" oder "Läsion unklar, eher maligne" oder "Läsion sicher maligne") ist mindestens eines der Felder mit "ja" zu kennzeichnen.	ja	E	[BEF_LAESION] HERD	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um einen Herd handelt Nur zulässig, wenn eine Lokalisation im Uhrzeitschema angegeben wurde	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		ja	E	[BEF_LAESION] VERDICHUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine Verdichtung handelt Nur zulässig, wenn eine Lokalisation in nur einer Ebene angegeben wurde	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		ja	E	[BEF_LAESION] MIKROKALK	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob Mikrokalk vorhanden ist	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] ASYMMETRIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine Asymmetrie handelt	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
7	12	Befundung	Erläuterungen			Befund	Bef. / SV	SE	Bef. / PVA (SV)	Bef. / PVA (SV)	nein		ja	B	[BEF_LAESION] BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zum Befund	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																								
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*											
							Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfas-ser	Pflicht							Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)							
Pro Screening-Untersuchung kann max. eine Konsensuskonferenz erfasst werden. Diese kann nur erfasst werden wenn zuvor mind. zwei Befundungen bzw. zwei Befundungen und ein Supervisionsbefund (falls wenigstens einer der Befunder unter Supervision steht) vorliegen und unter diesen mindestens eine entweder mit auffälligem Befund, Empfehlung zur Bildwiederholung oder klinischer Auffälligkeit.																													
8	1	Konsensus-Konferenz	Konsensus-Konferenz	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Scr.-Unters.	KK	SE	SW	SW	ja	ja	E	[KONSENUSKONF] UNTERSUCHUNGID	Freitext oder Ganzzahl	Kenntung der Screening- Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung V.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Bezug zur Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)									
										PVA	SW / PVA	ja	ja	E	[KONSENUSKONF] DATUM	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der durchgeführten Konsensuskonferenz	V.: aktuelles Datum	dauerhaft	- Abgrenzung von Untersuchungszeitraum									
8	2	Konsensus-Konferenz	Person	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Kons.Konf.	KK	SE	SW	SW	ja	ja	E	[KONSENUSKONF] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID	Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID	E.: keine gesonderte Erfassung (bereits im Rahmen der Erstellung erfasst)	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten									
8	3	Konsensus-Konferenz	Verantwortlich leitender PVA (Teilnehmer)	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	B	[KONSENUSKONF] ARZTID_PVA	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	Arztnummer als Kenntung des PVA, der die Konferenz leitet (weitere Teilnehmer werden separat erfasst)	E.: manuelle Erfassung V.: angemeldeter Benutzer	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Konsensuskonferenz								
8	4	Konsensus-Konferenz	Voraufnahmen	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[KONSENUSKONF] VORAUFNAHMEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Würden 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-Voraufrn. hinzugezogen	ja	E	[KONSENUSKONF] JAHR_VORAUFRN	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-Voraufrn nicht hinzugezogen	ja	B	[KONSENUSKONF] GRUND_KEINE_VORAUFRN	Freitext	Begründung, wenn Screening-Voraufnahmen nicht hinzugezogen wurden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
8	5	Konsensus-Konferenz	Gewebedichte in ACR-Klassifikation			Erfassung sinnvoll für weitergehende Untersuchungen zur Sensitivität bestimmter Bildgebender Verfahren	Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	nein	ja	E	[KONSENUSKONF] GEWEBEDICHTE	"Typ ACR 1" "Typ ACR 2" "Typ ACR 3" "Typ ACR 4"	Fixtext (4 Auspräg.)	Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig)	E.: manuelle Erfassung V.: Vorbelegung mit der Angabe aus der zuletzt erfassten Befundung	dauerhaft									
8	6	Konsensus-Konferenz	Klinisch auffällig	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[KONSENUSKONF] 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 kennzeichnend zu machen, dass klinische	E.: manuelle Erfassung V.: Falls mind. ein [BEFUNDUNG] RECALL_KLIN = "ja", dann "ja", sonst "nein"	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss								
Pro Konsensuskonferenz kann für jede der erstellten Aufnahmen die Einschränkung bzw. die Empfehlung zur Bildwiederholung dokumentiert werden																													
8	7	Konsensus-Konferenz	Einschränkung in der diagnostischen Bildqualität	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Kons.Konf.	Aufnahme	KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[AUFNAHME_KK] NUMMER	>0	Ganzzahl	folaufende Nummer der während der Screening-Untersuchung erstellten Aufnahmen	E.: manuelle Erfassung (Auswahl aus der Liste der erstellten Aufnahmen)	dauerhaft	- Bezug zur Screening-Aufnahme							
																								[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
8	8	Konsensus-Konferenz	Befund	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[KONSENUSKONF] 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								

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																		
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung				Speicherung	autom. Verarbeitung		
							Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfassungspflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung					
<p>Kons.Konf. Pro Konsensuskonferenz können mehrere auffällige Läsionen dokumentiert werden, es muss mind. eine Läsion dokumentiert werden, falls [KONSENSUSKONF] BEFUND="Auffällig und Abklärungsbedarf"</p> <p>Bei der Dokumentation der Läsionen können neue Läsionen (mit entsprechender Lokalisation) angelegt werden, bzw. es kann durch Auswahl aus einer Liste der in der Befundung dokumentierten Läsionen Bezug auf eine bereits bekannte Läsion genommen werden. Wird eine Läsion aus der Befundung ausgewählt kann das Lokalisationsschema mit den Angaben aus der jeweiligen Befundung vorbelegt werden.</p> <p>In der Konsensuskonferenz dokumentierte Läsionen sollte zur Nachverfolgung in der weiteren Abklärung referenzierbar sein, d.h. bei der Dokumentation weiterer Abklärungsuntersuchungen aus eine Liste ausgewählt werden können, wobei die Lokalisationsangaben übernommen (vorbelegt aber änderbar) werden.</p>																						
8	9	Konsensus-Konferenz	Läsion (Lokalisation)	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[KK_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der mammographisch auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Bereitstellung der Möglichkeit, die Angaben (Seite, Lokalisation, Ergebnis, Art der Läsion) aus einer in einer Befundung angegebenen Läsion zu übernehmen (und zu aktualisieren)	dauerhaft		
												ja	ja	E	[KK_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär" "nur mto erkennbar - oben" "nur mto erkennbar - unten" "nur cc erkennbar - innen" "nur cc erkennbar - außen"	Fixtext (17 Auspräg.)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, kann aber zusätzlich vorgesehen werden)	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft		
8	10	Konsensus-Konferenz	Beurteilung der Läsion	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[KK_LAESION] ERGEBNIS	("Gutartige Läsion") "Läsion unklar, eher benigne" "Läsion unklar, eher maligne" "Läsion sicher maligne"	Fixtext (4 Auspräg.)	mammographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion (Eine Dokumentationsverpflichtung für gutartige Läsionen existiert nicht, kann aber zusätzlich vorgesehen werden)	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft		
8	11	Konsensus-Konferenz	Ausdehnung der Läsion	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	bed.	ja	E	[KK_LAESION] AUSDEHNUNG	"> 0"	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung der zu dokumentierenden Läsion in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
8	12	Konsensus-Konferenz	Art der Läsion	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Laesion	KK	SE	PVA	PVA	bed.	ja	E	[KK_LAESION] HERD	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um einen Herd handelt Nur zulässig, wenn eine Lokalisation im Uhrzeitschema angegeben wurde	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft		
												bed.	ja	E	[KK_LAESION] VERDICHTUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine Verdichtung handelt Nur zulässig, wenn eine Lokalisation in nur einer Ebene angegeben wurde	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft		
												bed.	ja	E	[KK_LAESION] MIKROKALK	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob Mikrokalk vorhanden ist	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft		
												bed.	ja	E	[KK_LAESION] ARCHITEKTUR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine Architekturströmung handelt	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft		
												bed.	ja	E	[KK_LAESION] ASYMMETRIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine Asymmetrie handelt	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [KK_LAESION] SEITE	dauerhaft		
8	15	Konsensus-Konferenz	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können		Laesion	KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	B	[KK_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	E.: autom. Generierung einer fortlaufenden Nr. bei Anlegen einer Läsion	dauerhaft	Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung	
<p>Kons.Konf. Pro Konsensuskonferenz werden neben dem verantwortl. PVA, i. d. R. die Ärzte, die an der Beurteilung der Screening-Aufnahmen beteiligt waren, als Teilnehmer dokumentiert. Die Dokumentation erfolgt je Fall. Die Liste der Teilnehmer kann mit der Angabe aus dem am selben Tag zuletzt dokumentierten Fall vorbelegt werden.</p>																						
8	13	Konsensus-Konferenz	Teilnehmer (außer PVA)	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Teiln.	KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	B	[KK_TEILNEHMER] ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer des teilnehmenden Arztes	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Vorbelegung mit der Teilnehmerliste des zuletzt am selben Tag vom selben Benutzer dokumentierten Falls	dauerhaft	Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Konsensuskonferenz	
8	14	Konsensus-Konferenz	Erläuterungen	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh 1 (1.)			Kons.Konf.	KK	SE	PVA	PVA	nein	ja	B	[KONSENSUSKONF] BEMERKUNG		Freitext	weitere Erläuterungen im Rahmen der Konsensuskonferenz, die für eine spätere Behandlung dokumentiert werden sollen (auch abweichende Befunde)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
9	1	Befund-Mitteilung Scr.-Mammographie	Befundmitteilung	§16 Abs. 2 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV §10 (4)			Scr.-Unters.	nach 2. Bef. / SV od. KK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[INFO-SCR] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Mitteilung des Ergebnisses der Screening-Untersuchung an die Frau	E.: autom. Erfassung bei Generierung der Mitteilungen od. manuelle Erfassung	dauerhaft		
10	1	Abklärung (allg.)	(erster) angebotener Termin	§17 Abs. 1 KFE-RL Anl.9.2 BMV-A/EKV §11 (5)			Scr.-Unters.	nach KK/AE	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[ABKLAERUNG] ERSTER_TERMIN		Datum (TT.MM.JJJJ)	erster der Klientin nach der Mitteilung des Screening-Ergebnisses angebotener Termin zu Abklärungsuntersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. automatisch vom System auf nächsten Abklärungstermin vorbelegt	dauerhaft	Erstellung von Einladung / bzw. PVA-Work-Liste	
10	2	Abklärung (allg.)	Abbruch durch Frau		erforderlich für Untersuchungsabschluss		Scr.-Unters.	Rückm.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[ABKLAERUNG] ABBRUCH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Abbruch der Klientin noch vor der ersten Abklärungsuntersuchung bzw. Nichterscheinen trotz wiederholter Einladung	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	Abschluss der Untersuchung	
												nein	ja	B	[ABKLAERUNG] ABBRUCH_GRUND		Freitext	Begründung für den Abbruch der Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	Abschluss der Untersuchung	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)															
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit	Begründung	Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung				Speicherung	autom. Verarbeitung*	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfas-ser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung			Erfassung / Berechnung / Vorbelegung
11	1	Abklärung (Termin)	Abklärungs-untersuchung (Sitzungstermin mit Frau)	KFE-RL Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)		Scr.-Unters.	Pro					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)
11	2	Abklärung (Termin)	weitere Anamnese	Anl.9.2 BMV-A/EKV §12 (3) b)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	nein	B	[TERMIN_ABKL] ANAMNESE		Freitext	wichtige weitere Informationen zur Anamnese	E.: manuelle Erfassung V.: aktuelles Datum	dauerhaft	
11	3	Abklärung (Termin)	Person	KFE-RL Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA/SW	PVA/SW	ja		A	[TERMIN_ABKL] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (Bei jedem Abklärungstermin sollten die Daten aufgrund der Relevanz für die Abrechnung aktualisiert werden.).	E.: Übernahme der Daten aus Erstellung der Mammographie oder letztem Abklärungstermin oder Einlesen der KK-Karte	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
11	4	Abklärung (Termin)	Arztkennung	KFE-RL Anl.VI (2.1, 2.2, 2.3, 2.4)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		B	[TERMIN_ABKL] ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	E.: manuelle Erfassung V.: automatisch über angemeldeten Benutzer	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
11	5	Abklärung (klin. Unters.)	Notwendigkeit einer klin. Untersuchung	KFE-RL Anl.VI (2.1)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		E	[TERMIN_ABKL] KLIN_UNTERSUCHUNG		Fixtext (3 Auspräg.)	"Untersuchung durchgeführt" "Untersuchung vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt" "Untersuchung nicht notwendig"	E.: manuelle Erfassung V.: "Untersuchung durchgeführt"	dauerhaft	
11	6	Abklärung (klin. Unters.)	Tastbefund	KFE-RL Anl.VI (2.1)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		E	[TASTBEFUND] SEITE		Fixtext (2 Auspräg.)	"rechts" "links"	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		E	[TASTBEFUND] LOKALISATION		Fixtext (13 Auspräg.)	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	E.: manuelle Erfassung V.: bei Bezug zu einer bereits dokumentierten Läsion (über die Läsions-ID) Vorbelegung mit dem jeweils zuletzt dokumentierten Wert (angegeben im Rahmen der Konsensuskonferenz oder der klinischen, mammographischen, sonographischen oder MRT-Untersuchung der Läsion)	dauerhaft	
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		E	[TASTBEFUND] ERGEBNIS		Fixtext (3 Auspräg.)	"mammographischer Befund - tastbar" "mammographischer Befund - nicht tastbar" "Tastbefund - keine Korrelation zu einem mammogr. Befund"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	31	Abklärung (klin. Unters.)	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können	Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA	PVA	ja		B	[TASTBEFUND] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	E.: Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfassung	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art						Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	
11	7	Abklärung (klin. Unters.)	Auffälligkeiten	KFE-RL Anl.VI (2.1)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_PEAU-D-ORANGE	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Peau d'orange	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] MAMILLENRETRAKTION	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Mamilienretraktion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] RETRAKTION	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Retraktion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] PAGET	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Paget	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] SONSTIGE	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Sonstige	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_SEKRETION	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Sekretion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_VERFAERBUNG	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Vorhandensein klinischer Auffälligkeit: Verfärbung	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
11	8	Abklärung (klin. Unters.)	Lymphknoten	KFE-RL Anl.VI (2.1)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_LYMPHKNOTEN	"nein" "rechts" "links" "beidseitig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Auffälligkeit regionaler Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
11	9	Abklärung (klin. Unters.)	Bemerkungen		medizinisch indiziert	Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	nein	ja	B	[TERMIN_ABKL] KLIN_AUFF_BEMERKUNGEN		Freitext	Zusätzliche Angaben zur klinischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	10	Abklärung (mammogr. Unters.)	Notwendigkeit zu zusätzl. Röntgen-Untersuchungen	KFE-RL Anl.VI (2.2)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] MX_ZUSATZ-UNTERSUCHUNG	"Zusatzaufnahmen erstellt" "Zusatzaufnahmen vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt" "Zusatzaufnahmen nicht notwendig"	Fixtext (3 Auspräg.)	Indikationsstellung und ggf. Erstellung mammographischer Zusatzaufnahmen	E.: manuelle Erfassung V.: "Zusatzaufnahmen nicht notwendig"	dauerhaft		
11	11	Abklärung (mammogr. Unters.)	weitere mammographische Aufnahmen	KFE-RL Anl.VI (2.2)		Abkl.-Termin	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 (beginnt mit Anzahl Aufnahmen aus Erstellung +1)	E.: manuelle Erfassung B.: autom. Generierung der fortlaufenden Nr.	dauerhaft	
11	12	Abklärung (mammogr. Unters.)	Mammographische Zusatzprojektion bzw. Wiederholung von Screening-Mammographie	KFE-RL Anl.VI (2.2)		Aufnahme	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[AUFNAHME_ABKL] ART	"Screening-Aufnahme cc" "Screening-Aufnahme mlo" "Mammographische Zusatzprojektion"	Fixtext (3 Auspräg.)	Art der erstellten Aufnahme	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
						bed.					ja	ja	E	[AUFNAHME_ABKL] ZUSATZAUFNAHME	"m" "erweitert cc" "Zusatzaufnahme in Kompressionstechnik" "Vergrößerungsaufnahme" "andere"	Fixtext (5 Auspräg.)	genauere Spezifikation der mammogr. Zusatzprojektion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
						bed.					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.)	Seitenlokalisierung der Aufnahme	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft			
11	13	Abklärung (mammogr. Unters.)	Befund	KFE-RL Anl.VI (2.2)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] MX_BEFUND	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Auspräg.)	Ergebnis der mammographischen Beurteilung der mammographischen Aufnahmen Bei "Auffällig..." ist in jedem Fall mind. eine auffällige Läsion zu dokumentieren (Bei der Angabe "Unauffällig... Gutartig" besteht keine Verpflichtung zur Dokumentation der Läsion)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	-Plausibilitätsprüfung bei der Dokumentation der mammographischen Beurteilung einer Läsion	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																		
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung				Speicherung		autom. Verarbeitung		
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantw.	Erfassungspflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung			
Falls Mammographie-Befund auffällig muss mind. eine Läsion dokumentiert werden. Gutartige Läsionen können dokumentiert werden. (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen zur Dokumentation auffälliger Befunden bei der klinischen Untersuchung / oberhalb Punkt 11.6)																						
11	14	Abklärung (mammogr. Unters.)	Läsion (Lokalisation)	KFE-RL Anl.VI (2.2)		Abkl.-Termin	Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der mammographisch auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
												ja		ja	E	[MX_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillar" "nur mlo erkennbar - oben" "nur mlo erkennbar - unten" "nur cc erkennbar - innen" "nur cc erkennbar - außen"	Fixtext (17Auspräg.)	Lokalisation der mammographisch auffälligen Läsion Angabe im Urzeitschema oder in der Ebene, falls nur in einer Ebene sichtbar	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
11	15	Abklärung (mammogr. Unters.)	Abstand von der Mamille		Erfassung sinnvoll zur Ergänzung der Lokalisation		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	≥ 0	Ganzzahl	Abstand der mammographisch auffälligen Läsion von der Mamille in mm	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
11	16	Abklärung (mammogr. Unters.)	Beurteilung der Läsion	KFE-RL Anl.VI (2.2)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] ERGEBNIS	"1 - Normalbefund/ kein Korrelat" "2 - Gutartige Läsion" "3 - wahrscheinlich benigne" "4a - Läsion unklar, eher benigne" "4b - Läsion unklar, eher maligne" "5 - Läsion sicher maligne"	Fixtext (6 Auspräg.)	mammographische Beurteilung der Läsion in Anlehnung an die BIRADS-Kategorien (Hinweise zur Migration: Mit Version 2.1 der Protokolle werden die Kategorien "1.." und "3.." zusätzlich eingeführt. Die bis zur Version 2.0 erfassten Klassifikationen werden wie folgt in die neuen Kategorien überführt: "Gutartige Läsion" wird überführt in Kategorie "2.."; "Läsion unklar, eher benigne" wird überführt in Kategorie "4a.."; "Läsion unklar, eher maligne" wird überführt in Kategorie "4b.."; "Läsion sicher maligne" wird überführt in Kategorie "5.."	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	17	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Herd/Verdichtung)	KFE-RL Anl.VI (2.2)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] HERD	"kein Herd" "Herd ist gut abgegrenzt" "Herd ist schlecht abgegrenzt" "Herd ist strahlig"	Fixtext (4 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Herd (falls Lokalisation im Uhrzeit-Schema möglich)	E.: manuelle Erfassung V.: "kein Herd"	dauerhaft	
												bed.	falls Herd-vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] HERD_AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												ja		ja	E	[MX_LAESION] VERDICHUNG	"keine Verdichtung" "Verdichtung"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Verdichtung (falls Lokalisation nur in einer Ebene sichtbar)	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Verdichtung"	dauerhaft	
												bed.	falls Verdichtung vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] VERDICHUNG_AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	18	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Mikrokalk)	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] MIKROKALK	"kein Mikrokalk" "Feingranulär, überwiegend rund" "Grobgranulär, überwiegend pleomorph" "Überwiegend linear verzweigt"	Fixtext (4 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Mikrokalk	E.: manuelle Erfassung V.: "kein Mikrokalk"	dauerhaft	
												bed.	falls Mikrokalk vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] MIKROKALK_AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
												bed.	falls Mikrokalk vorliegt	ja	E	[MX_LAESION] MIKROKALK_DRUSENGAENGE	"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)	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] ARCHITEKTUR	"Keine Architekturstörung" "Architekturstörung"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Architekturstörung	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Architekturstörung"	dauerhaft	
11	19a	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Asymmetrie)	KFE-RL Anl.VI (2.2)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MX_LAESION] ASYMMETRIE	"keine Asymmetrie" "Asymmetrie"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Asymmetrie	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Asymmetrie"	dauerhaft	
11	20	Abklärung (mammogr. Unters.)	Art der Läsion (Anderes)	KFE-RL Anl.VI (2.2)			Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	muss ausgefüllt werden, falls weder Herd, Mikrokalk, noch Arch.Störung	ja	B	[MX_LAESION] ANDERE		Freitext	Spezifikation anderer Läsionen (falls vorhanden) ggf. zusätzliche Angaben zu der Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	-Plausibilitätsprüfung, ob eine Art der Läsion angegeben wurde
11	32	Abklärung (mammogr. Unters.)	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können		Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[MX_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	E.: Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	-Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion -Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)															
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung			Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art						
11	21	Abklärung (mammogr. Unters.)	Bemerkungen		medizinisch indiziert	Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	B	[TERMIN_ABKL] MX_BEMERKUNG	Freitext	Zusätzliche Angaben zur mammographischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	22	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Notwendigkeit zusätzl. sonographischer Untersuchungen	KFE-RL Anl.VI (2.3)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] SONO_UNTERSUCHUNG	Fixtext (3 Auspräg.)	"Untersuchung nicht notwendig" "Untersuchung durchgeführt" "Untersuchung vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	23	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Befund	KFE-RL Anl.VI (2.3)		Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[TERMIN_ABKL] SONO_BEFUND	Fixtext (3 Auspräg.)	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Plausibilitätsprüfung bei der Dokumentation der sonographischen Beurteilung einer Läsion	
Pro Abklärungstermin mit sonogr. Untersuchung können mehrere sonogr. auffällige Läsionen dokumentiert werden (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen zur Dokumentation auffälliger Befunden bei der klinischen Untersuchung / oberhalb Punkt 11.6)																				
11	24	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Läsion (Lokalisation)	KFE-RL Anl.VI (2.3)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] SEITE	Fixtext (2 Auspräg.)	"rechts" "links"	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft		
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] LOKALISATION	Fixtext (13 Auspräg.)	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft		
11	25	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Abstand von der Mamille		Erfassung sinnvoll zur Ergänzung der Lokalisation	Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	Ganzzahl	≥ 0	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft		
11	27	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Ausdehnung	KFE-RL Anl.VI (2.3)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] AUSDEHNUNG	Ganzzahl	> 0	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
11	28	Abklärung (Ultraschall-Unters.)	Beurteilung der Läsion	KFE-RL Anl.VI (2.3)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!	Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	ja	E	[SONO_LAESION] ERGEBNIS	Fixtext (6 Auspräg.)	"1 - Normalbefund/ kein Korrelat" "2 - gutartige Läsion - Zyste" "2 - gutartige Läsion - Solide" "3 - wahrscheinlich benigne" "4 - malignitätsverdächtig" "5 - sicher maligne"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
																(Hinweise zur Migration: Mit Version 2.1 der Protokolle werden die Kategorien "1.." und "3.." zusätzlich eingeführt. Die bis zur Version 2.0 erfassten Klassifikationen werden wie folgt in die neuen Kategorien überführt: "Zyste (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" wird überführt in Kategorie "2 - Gutartige Läsion - Zyste". "Solide (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" wird überführt in Kategorie "2 - Gutartige Läsion - Solide". "Auffälligkeit von unklarer Dignität" und "Malignitätsverdächtiger Befund" werden überführt in Kategorie "4 - malignitätsverdächtig". "Maligner Befund" wird überführt in Kategorie "5 - sicher maligne"				
11	33	Abklärung (klin. Unters.)	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können	Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA	PVA	ja	ja	B	[SONO_LAESION] LAESION_ID	Ganzzahl	>0	E.: Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)															
DS Nr.	P- Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung					Erfassung			Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung	
					Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortung	Erfasst	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)						Ausprägung / zul. Wertebereich
11	29	Abklärung (Ultraschall-Unters.)		medizinisch indiziert	Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja	nein	ja	B	[TERMIN_ABKL] SONO_BEMERKUNG		Freitext	Zusätzliche Angaben zur sonographischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
11	30	MRT	MRT-Untersuchung	Vollständigkeit der medizinischen Dokumentation	Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] MRT_UNTERSUCHUNG	"Untersuchung nicht notwendig" "Untersuchung durchgeführt" "Untersuchung vom Arzt empfohlen aber von Teilnehmerin abgelehnt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Indikationsstellung und ggf. Durchführung einer Magnetresonanztomographie	E.: manuelle Erfassung V.: "Untersuchung nicht notwendig"	dauerhaft	
					Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] MRT_ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis des Arztes, der die MRT-Untersuchung durchgeführt hat (Leistungserbringer)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
					Abkl.-Termin	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[TERMIN_ABKL] MRT_BEFUND	"Unauffällig, kein Abklärungsbedarf-Normalbefund" "Unauffällig, kein Abklärungsbedarf- gutartige Läsion" "Auffällig und Abklärungsbedarf"	Fixtext (3 Auspräg.)	Ergebnis der MRT-Untersuchung. Bei "Auffällig und Abklärungsbedarf" ist in jedem Fall mind. eine auffällige Läsion zu dokumentieren. (Bei "Unauffällig, ... gutartige Läsion" kann eine Läsion dokumentiert werden.)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
Abkl.-Termin Pro Abklärungstermin mit MRT-Untersuchung können mehrere auffällige Läsionen dokumentiert werden (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen zur Dokumentation auffälliger Befunde bei der klinischen Untersuchung / oberhalb Punkt 11.6)																				
					Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[MRT_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	E.: Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung
					Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
					Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
					Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	≥ 0	Ganzzahl	Abstand der auffälligen Läsion von der Mamille in mm	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
					Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] AUSDEHNUNG	> 0	Ganzzahl	sichtbare Ausdehnung der Läsion in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
					Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] ERGEBNIS	"1 - Normalbefund/ kein Korrelat" "2 - gutartige Läsion" "3 - wahrscheinlich benigne" "4 - malignitätsverdächtig" "5 - sicher maligne"	Fixtext (5 Auspräg.)	Kernspintomographische Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion in Anlehnung an die BIRADS-Kategorien	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
					Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[MRT_LAESION] BESCHREIBUNG	"kein Korrelat" "keine Anreicherung" "diffuse Anreicherung" "fokale Anreicherung eher gutartig" "fokale Anreicherung verdächtig" "fokale Anreicherung hochsuspekt" "sonstiges"	Fixtext (7 Auspräg.)	Beschreibung des kernspintomographisch sichtbaren Ergebnisses der Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V./B.: automatisch mit "kein Korrelat" belegen, wenn [MRT_LAESION] ERGEBNIS = "1 - Normalbefund/ kein Korrelat"	dauerhaft	
Scr.-Unters. Pro Screening-Untersuchung kann nach Abschluss der Bildgebung eine Gesamtbeurteilung der durchgeführten bildgebenden & klinischen Maßnahmen dokumentiert werden Wird es nach dem eigentlichen Abschluss der bildgebenden Abklärung und Dokumentation der Gesamtbeurteilung in Ausnahmefällen erforderlich, weitere bildgebenden Maßnahmen zu dokumentieren, z.B. im Rahmen einer Kontrolluntersuchung, so ist nach Abschluss der Untersuchungen eine weitere Gesamtbeurteilung zu dokumentieren.																				
12	1	Abklärung (Gesamt-Beurteilung nach Bildgebung)	Datum	gesonderte Erfassung erforderlich falls weitere bildgebende Maßnahmen außerhalb der regulären Abklärung durchgeführt werden	Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Dokumentation der Gesamtbeurteilung	E.: manuelle Erfassung V.: aktuelles Datum	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P- Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung			Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*			
					Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für	Pflicht	Art						Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	
12	1a	Abklärung (Gesamt- Beurteilung nach Bildgebung)	abschließende Beurteilung je Läsion	KFE-RL Anl.VI (2.4)	Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!	Gesamtbeurt.													Pro Läsion kann ein abschließender Befund dokumentiert werden, welcher die Ergebnisse der einzelnen nicht-invasiven Untersuchungsmaßnahmen korreliert und eine abschließende Empfehlung zur weiteren Behandlung der Läsion ausspricht. Die Dokumentation des Gesamtbeurteilung je Patientin (abschließendes Ergebnis der nicht-invasiven Abklärung) ist erst möglich, wenn für mindestens eine Läsion eine abschließende Beurteilung dokumentiert wurde (siehe 12.2)		
						Laesion	Abkl.-Unters.	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[GESAMT_ABKL_LAESION] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	Eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	E.: Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der auffälligen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	≥ 0	Ganzzahl	Abstand der auffälligen Läsion von der Mamille in mm	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	dauerhaft	
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] ERGEBNIS	"1 - Normalbefund/ kein Korrelat" "2 - gutartige Läsion" "3 - wahrscheinlich benignes" "4 - malignitätsverdächtig" "5 - sicher maligne"	Fixtext (5 Auspräg.)	abschließende Beurteilung der zu dokumentierenden Läsion nach BIRADS-Klassifikation Eine Beurteilung als "3 - wahrscheinlich benignes" zieht die Empfehlung einer Kontrolluntersuchung nach sich. In diesem Fall ist die Frist bis zur Kontrolle anzugeben. Eine Beurteilung als "4 - malignitätsverdächtig" oder "5 - sicher maligne" zieht eine Indikation zu Biopsie nach sich. In diesem Fall ist die Art der empfohlenen Biopsie anzugeben.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
12	3	Abklärung (Gesamt- Beurteilung nach Bildgebung)	Empfehlung Kontrolle je Läsion	KFE-RL Anl.VI (2.4)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls ERGEBNIS = "3 - wahrscheinlich benignes"	ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] KONTROLLE_NACH	> 0	Ganzzahl	Anzahl Monate (3<= Monate<=12) bis zur empfohlenen Kontrolluntersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
				Anl.9.2 BMV-A/EKV § 12 (4)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls ERGEBNIS = "3 - wahrscheinlich benignes"	ja	B	[GESAMT_ABKL_LAESION] KONTROLLE_BEGREUENDUNG		Freitext	Begründung für die Notwendigkeit einer erneuten Kontrolluntersuchung in verkürztem Screening-Intervall	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
12	4	Abklärung (Gesamt- Beurteilung nach Bildgebung)	Empfehlung Biopsie je Läsion	KFE-RL Anl.VI (2.4)		Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls ERGEBNIS = "4 - malignitätsverdächtig" oder "5 - sicher maligne"	ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] BIOPSIE		Fixtext (5 Auspräg.)	Art der empfohlenen Biopsie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls ERGEBNIS = ("3 - wahrscheinlich benignes" oder "4 - malignitätsverdächtig" oder "5 - sicher maligne")	ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] GROESSE-GESAMT	> 0	Ganzzahl	Gesamtgröße der Läsion in mm	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des größten Wertes für die Ausdehnung aus den vorher dokumentierten Untersuchungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik	dauerhaft	
						Laesion	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	bed.	falls abweichend von Gesamtläsion und ERGEBNIS = ("3 - wahrscheinlich benignes" oder "4 - malignitätsverdächtig" oder "5 - sicher maligne")	ja	E	[GESAMT_ABKL_LAESION] GROESSE-HAUPT	≥ 0 (≤ GROESSE-GESAMT)	Ganzzahl	Größe des Hauptherdes in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
12	2	Abklärung (Gesamt- Beurteilung nach Bildgebung)	Beurteilung	KFE-RL Anl.VI (2.4) Anl.9.2 BMV-A/EKV §12 (4)		Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[GESAMT_ABKL] ERGEBNIS		Fixtext (3 Auspräg.)	Beurteilung und Empfehlung nach bisherigen bildgebenden Untersuchungen (kann nur dokumentiert werden, wenn die abschließende Beurteilung zu mind. einer zuvor auffälligen Läsion dokumentiert wurde -> Siehe 12.1a) Bei Unauffällig oder Kontrolle gilt die Untersuchung als abgeschlossen. Das Dokumentationssystem sollte eine Erinnerungsfunktion/Liste unterstützen, mit der der PVA an die Fälligkeit von Kontrolluntersuchungen erinnert wird. Die Kontrolluntersuchung wird dann als weitere klin. & bildgebende Abklärung dokumentiert.	E.: manuelle Erfassung V./B.: automatische Vorbelegung abhängig von den gravierendsten Einzelbefunden, die unter 12.1a dokumentiert werden: 1.) Wenn eine Läsion mit "4 - ..." oder "5 - ..." beurteilt, dann "Auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie" - Sonst: 2.) Wenn eine Läsion mit "3 - ..." beurteilt, dann "Kontrolluntersuchung nach einer bestimmten Frist ..." - Sonst: 3.) "Unauffällig - Normalbefund oder benignes Läsion - Verbleib im Screening"	dauerhaft	
12	6	Abklärung (Gesamt- Beurteilung nach Bildgebung)	Erläuterungen		Erfassung aus ärztlicher Sicht sinnvoll für zusätzliche med. Dokumentation	Gesamtbeurt.	Abkl.-Unters.	AE	PVA	PVA	nein		ja	B	[GESAMT_ABKL] BEMERKUNG		Freitext	Erläuterungen oder Empfehlungen zum weiteren Vorgehen im Rahmen der Abklärung bzw. Kontrolluntersuchung (z.B. bzgl. der Empfehlung Biopsie, sonstige Auffälligkeiten, ...)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfas-ser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp			
<p>Pro Screening-Untersuchung können mehrere Biopsietermine erfasst werden. Biopsien dürfen erst nach der Gesamtbeurteilung der Bildgebung erfasst werden, eine offene Biopsie sogar erst nach einer Präoperativen Falkonferenz.</p>																				
13	1	Abklärung (Biopsie)	Biopsietermin	KFE-RL Anl.VI (2.5, 2.6)		Scr.-Unters.	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja		ja	B	[TERMIN_BIOPSIE] UNTERSUCHUNGID	Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis der Screening-Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
13	2	Abklärung (Biopsie)	Person	KFE-RL Anl.VI (2.5, 2.6, 2.7)		Biopsie-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja		ja	A	[TERMIN_BIOPSIE] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID	Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (Bei jedem Biopsietermin sollten die Daten aufgrund der Relevanz für die Abrechnung aktualisiert werden. Den Pathologen welche Beurteilungen der Biopsiepräparate vornehmen, werden die Daten vom PVA oder Biopsie-Arzt zur Verfügung gestellt).	E.: Übernahme der Daten aus Erstellung der Mammographie oder letztem Abklärungstermin oder Einlesen der KK-Karte	dauerhaft	ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
13	3	Abklärung (Biopsie)	Arztkennung	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Biopsie-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja		ja	B	[TERMIN_BIOPSIE] ARZTID	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	E.: manuelle Erfassung (ggf. automatisch über angemeldeten Benutzer)	dauerhaft	Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Falkonferenzen
13	4	Abklärung (Biopsie)	Ablehnung durch Frau	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Biopsie-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja		ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] BIOPSIE_ABGELEHNT	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Ablehnung der vom PVA empfohlenen Durchführung einer Biopsie durch die Teilnehmerin (falls mit "ja" markiert erfolgt keine weitere Dokumentation der Biopsie)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	5	Abklärung (Biopsie)	Medikation	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Biopsie-Termin	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja		ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] BLUTVERDÜNNUNG	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Einnahme blutverdünnender Medikamente durch die Teilnehmerin	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja		ja	E	[TERMIN_BIOPSIE] ALLERGIEN	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	
<p>Pro Biopsietermin können mehrere Biopsien dokumentiert werden. Eine Biopsie ist die biopsische Abklärung einer auffälligen Läsion, d.h. je Biopsietermin können mehrere Biopsien (mehrere Läsionen) dokumentiert werden. Ebenso kann dieselbe Läsion im Rahmen mehrerer Termine mehrfach (unterschiedliche Biopsien) untersucht werden. (zur Vorbelegung bzw. Nachverfolgbarkeit von Läsionen siehe Erläuterungen in Punkt 11.6) Ggf. erforderliche Nachuntersuchungen können teilweise erst mit Abstand von einigen Tagen nach dem Termin zur Biopsie durchgeführt und dokumentiert werden. Aus diesem Grund muss es möglich sein, die Dokumentation einer Biopsie zwischenspeichern und zu einem späteren Zeitpunkt abzuschließen.</p>																				
13	6	Abklärung (Biopsie)	Läsion (Lokalisation)	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] SEITE	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisierung der biopsisch abzuklärenden Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND]	dauerhaft	LOKALISATION
											ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] LOKALISATION	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der biopsisch abzuklärenden Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND]	dauerhaft	LOKALISATION
											nein		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_MAMILLE	Ganzzahl	Abstand der biopsisch abzuklärenden Läsion von der Mamille in mm	E.: manuelle Erfassung V.: siehe Vorbelegung [TASTBEFUND]	dauerhaft	LOKALISATION
13	7	Abklärung (Biopsie)	Abbruch		erforderlich für Untersuchungs-Abschluss	Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ABRUCH	Fixtext (2 Auspräg.)	Abbruch der biopsischen Untersuchung (Bei Abbruch müssen keine weiteren Angaben zur Läsion gemacht werden)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
						Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	bed.	falls ein Abbruch der Biopsie dokumentiert wurde	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] ABRUCH_GRUND	Fixtext (4 Auspräg.)	"Komplikationen" "durch Patientin" "Biopsie methodisch nicht durchführbar" "Befund nicht reproduzierbar"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	7a	Abklärung (Biopsie)	Komplikationen		Anpassung an die medizinische Praxis erforderlich!	Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	bed.	falls ABRUCH_GRUND = "Komplikationen" und BIOPSIE_ART != "Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" oder "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" oder "Vakumbiopsie" (ansonsten freiwillig)	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] KOMPLIKATION	Fixtext (6 Auspräg.)	"Brustwandverletzung" "Blutung" "kardiale Komplikation" "akute allergische Reaktion" "Krampfanfall" "Sonstige"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls KOMPLIKATION "Sonstige"	ja	E	[BIOPSIE_LAESION] KOMPLIKATION_SONST	Freitext	Beschreibung der sonstigen Komplikation	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
13	8	Abklärung (Biopsie)	Art der Biopsie	KFE-RL Anl.VI (2.5)		Laesion	Biopsie	AE	PVA/BA	PVA/BA	ja		ja	E	[BIOPSIE_LAESION] BIOPSIE_ART	Fixtext (5 Auspräg.)	"Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" "Vakumbiopsie" "Offene Biopsie" "Sonstige Biopsie"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	B	[BIOPSIE_LAESION] BIOPSIE_SONST	Freitext	Beschreibung der Biopsie, wenn in der Empfehlung "sonstige Biopsie" angegeben wurde	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

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

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P- Nr	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung			Erfassung			Implement.			Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*				
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortung	Erfassung	Pflicht	Bedingung für	Pflicht	Art				Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung
<p>Laesion</p> <p>Pro Stanz- oder Vakumbiopsie muss mindestens eine histologische Beurteilung eingegeben werden.</p> <p>Zu Beginn seiner Tätigkeit muss zudem jeder Pathologe die ersten 50 von ihm beurteilten Fälle zusammen mit seiner Beurteilung an einen weiteren Pathologen senden, welcher über eine Genehmigung nach § 16 Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV verfügt und mindestens 500 histopathologische Beurteilungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms durchgeführt hat. Dieser Pathologe führt ebenfalls eine Beurteilung der Präparate durch. Auch im Folgenden soll die Möglichkeit bestehen bleiben, weitere histologische Beurteilungen einzugeben, z.B. wenn eine weitere histopathologische Beurteilung im Rahmen der präoperativen Falkonferenz empfohlen wird. Histologische Beurteilungen können vom Pathologen selbst, bzw. vom PVA dokumentiert werden, an den die Ergebnisse gemäß § 20 BMV-Ä/EKV weitergeleitet werden.</p>																					
14	1	Abklärung (Pathologie)	histologische Beurteilung im Rahmen der Abklärungsdiagn.	KFE-RL Anl.VI (2.6)		Patho	pathol. Beur.	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DATUM	Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der histologischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											ja		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] ARZTID	Kennung eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Pathologen	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des Arztes, der die histolog. Beurteilung vornimmt (ggf. Bereitstellung eines Buttons "Eigenbefund", dann Übernahme aus DOKUMENTATOR)	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. über "Button Eigenbefund"	dauerhaft	- Abrechnung
14	2	Abklärung (Pathologie)	Referenzpathologie	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV § 20 (2)		Patho	pathol. Beur.	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] REF	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um den Zweitbefund eines Referenzpathologen handelt. Falls ja, sind alle folgenden Angaben mit den Werten des Erstbefundes (änderbar) vorzublegen.	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	- falls "ja", automatische Vorbelegung der nachfolgenden Werte aus der letzten vorliegenden pathologischen Untersuchung
14	3	Abklärung (Pathologie)	Dokumentator	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV § 20 (1) i.V.m (3)	Erfassung eines Fremdbefundes	Patho	pathol. Beur.	KH/AE	SW	SW	ja		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] DOKUMENTATOR	Kennung eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers	Freitext oder Ganzzahl	Kennung des Benutzers, der die histologische Beurteilung eingibt	E.: autom. Erfassung der Kennung des jeweiligen Benutzers bei der Eingabe des Befundes	dauerhaft	
14	4	Abklärung (Pathologie)	Anzahl Schnittpräparate	KFE-RL Anl.VI (2.6)		Patho	pathol. Beur.	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANZAHL_BLOCK	> 0	Ganzzahl	Anzahl Blöcke	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANZAHL_ZYLINDER	> 0	Ganzzahl	Anzahl Stanzzylinder	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Abrechnung ggf. Plausibilitätsprüfung; Anzahl in Biopsies Anzahl in Pathologie
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANZAHL_SCHNITTSTUFE	> 0	Ganzzahl	Anzahl Schnittstufen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	5	Abklärung (Pathologie)	Präparateradiographie	KFE-RL Anl.VI (2.6)		Patho	pathol. Beur.	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PRAEPARATERAD	"Präparateradiographie nicht gesehen" "Präparateradiographie gesehen" "Präparateradiographie selbst erstellt"	Fixtext (3 Auspräg.)	Vorliegen einer Präparateradiographie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Präparateradiographie gesehen oder selbst erstellt	ja	E	[BIOPSIE_PATHO] NACHWEIS_VERKALKUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Nachweis von Verkalkung in der Präparateradiographie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	6	Abklärung (Pathologie)	Histologische Verkalkung	KFE-RL Anl.VI (2.6)		Patho	pathol. Beur.	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] VERKALKUNG	"keine Verkalkung vorhanden" "vorliegende Verkalkung radiologisch nicht relevant (<100µm)" "vorliegende Verkalkung relevant in benignen Veränderungen" "vorliegende Verkalkung relevant in malignen Veränderungen" "vorliegende Verkalkung relevant in benignen und malignen Veränderungen"	Fixtext (5 Auspräg.)	Beschreibung der histologischen Verkalkung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
14	7	Abklärung (Pathologie)	Beurteilung nach B-Kategorie	KFE-RL Anl.VI (2.6)		Patho	pathol. Beur.	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	ja		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ERGEBNIS	"B1 - nicht verwertbar oder nur Normalgewebe" "B2 - benigne" "B3 - benigne, aber unsicheres Malignitätspotential" "B4 - malignitätsverdächtig" "B5(a) - maligne - DCIS" "B5(b) - maligne - invasiv" "B5(c) - maligne - unklar ob DCIS oder invasiv" "B5(d) - andere maligne Neoplasien"	Fixtext (8 Auspräg.)	Beurteilung nach B-Klassifikation	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] EMPFEHLUNG_BIOPSIE		Freitext	Empfehlung zur biotischen Abklärung (falls Ergebnis = B3)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																											
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Implement.																						
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortung	Erfassungspflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflichtart	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*													
14	8	Abklärung (Pathologie)	Histologische Diagnose	KFE-RL Anl.VI (2.6)	erforderlich für die Bewertbarkeit der path. Diagnose (z.B. unzureichende Biopsie)	Patho	pathol. Beur.	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	bed.	falls B1-Beurteilung	ja	E	[BIOPSIE_PATHO] B1_KLASSE	"Gewebe nicht verwertbar" "Normalgewebe ohne Drüsen" "Normalgewebe mit Drüsen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob es sich bei einem B1-Befund um nicht verwertbares oder Normalgewebe (mit oder ohne Drüsen) handelt.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] MASTOPATHIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibrös(-zystische) Mastopathie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ADENOSE_KOLUMNARZELLEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Adenose mit Kolumnarzelmetaplasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] MAKROZYSTEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	(Makro-) Zystenwandanteile	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] FIBROADENOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibroadenom	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] SKLEROS_ADENOSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sklerosierende Adenose	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PASH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	pseudoangiomatöse Stromahyperplasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] HAMARTOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hamartom	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] FETTGEWEBSEKROSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fettgewebsektrose	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] MASTITIS_DUKTEKTASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Periduktale / obliterierende Mastitis / Duktektasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] SONSTIGE_BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	sonstige benigne Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											Kategorie B3/B4	nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] NARBE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
												nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PAPILLÄRE_LAESION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Papilläre Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
												nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PHYLLOIDES	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Diagnose-Option: Phylloides-Tumor (PT)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
												nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] FLACHE_EPITHEL_ATYPIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	flache epitheliale Atypie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
												nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] PROLIFERATION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	atypische Proliferation duktal	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
												nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] LOB_NEOPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)		E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
												nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] SONSTIGE_B3_LAESION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	sonstige Läsion der Kategorie "B3"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
												Kategorie B5	nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	duktales Carcinoma in situ (DCIS)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft										
											nein			ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS-KERNMALIGNITAET	"nicht abschätzbar" "niedrig" "intermediär" "hoch"	Fixtext (4 Auspräg.)	DCIS-Grading - Kernmalignitätsgrad	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
											nein			ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS-KOMEDONEKROSEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	DCIS-Grading - Vorhandensein von Komedonekrosen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
											nein			ja	E	[BIOPSIE_PATHO] DCIS-WHO-GRADING	"low grade" "intermediate grade" "high grade" "nicht beurteilbar"	Fixtext (4 Auspräg.)	DCIS- Grading nach WHO (ggf. Ermittlung aus Kernmalignitätsgrad und Komedonekrosen)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
											nein			ja	E	[BIOPSIE_PATHO] LOB_NEOPLASIE_NEKRO	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Lobuläre Neoplasie mit Nekrose / pleomorphe oder siegelringzellige lobuläre Neoplasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
											nein			ja	E	[BIOPSIE_PATHO] UNKLAR_DCIS_INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	unklar ob DCIS oder invasiv	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
											nein			ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
											nein			ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-TYP	"duktales Typ" "lobulärer Typ" "tubulärer Typ" "medullärer Typ" "mucinöser Typ" "anderer spezieller Typ (inkl. Mischtypen)"	Fixtext (6 Auspräg.)	Spezifikation des invasiven Typs	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft											
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING	"1" "2" "3" "nicht beurteilbar"	Fixtext (4 Auspräg.)	Invasives Karzinom - Grading (Grad 1, wenn Summe (Tubulus-Score + Kempolymorphie-Score + Mitose-Score) 3 ≤ 5 Grad 2, wenn Summe 6 ≤ 7 Grad 3, wenn Summe 8 ≤ 9)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											nein		ja	E	[BIOPSIE_PATHO] ANDERE_MALIGNNE_BEMERKUNG	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	andere maligne Neoplasie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
											14	9	Patho (Abklärung)	Anmerkungen / Besonderheiten	KFE-RL Anl.VI (2.6)		Patho	pathol. Beur.	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	nein		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] BEMERKUNG		Freitext	Erläuterung und ergänzende Angaben zur histologischen Diagnose.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											14	10	Patho (Abklärung)	Markierung für Fortbildung in der Pathologie	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 12 Abs. 8	erforderlich für die Auswahl von Fällen für die Fortbildungsveranstaltung für Pathologen im RZ	Patho	pathol. Beur.	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	nein		ja	B	[BIOPSIE_PATHO] MARKIERUNG_FOBI	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Möglichkeit des dokumentierenden Arztes, den Fall für das RZ als Vorschlag für die Auswahl von Fällen im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung für Pathologen (nach Anhang 12 Anlage 9.2 BMV-A / EKV) zu markieren	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																			
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung				Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantw.	Erfas-ser	Pflicht	Bedingung für t	Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung			
<p>Pro Screening-Untersuchung können mehrere Präop. Falkonferenzen dokumentiert werden. Jeweils vor und nach einer diagn. offenen Biopsie ist eine präop. FK durchzuführen</p>																							
15	1	Präoperative Falkonferenz	Präoperative Falkonferenz	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	SW / PVA	SW / PVA	ja		ja	E	[PRAEOP_FK] UNTERSUCHUNGID		Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis der Screening-Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	- Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)	
												ja		ja	E	[PRAEOP_FK] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der Falkonferenz	E.: manuelle Erfassung V.: aktuelles Datum	dauerhaft		
15	2	Präoperative Falkonferenz	Person	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	A	[PRAEOP_FK] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID		Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (da vor der präoperativen Falkonferenz kein Kontakt mit der Teilnehmerin mehr erfolgt, müssen die Personendaten aus der Abklärungsuntersuchung übernommen werden)	E.: keine geänderte Erfassung Übernahme der Daten aus dem letzten Abklärungsdatum	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten		
15	3	Präoperative Falkonferenz	Teilnehmer (verantwortlich leitender PVA)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[PRAEOP_FK] ARZTID_PVA		Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kenntnis des PVA, der die Konferenz leitet (weitere Teilnehmer werden separat erfasst)	E.: manuelle Erfassung (ggf. automatisch über angemeldeten Benutzer)	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Falkonferenzen	
<p>Pro Falkonferenz werden neben dem verantwortlichen PVA die teilnehmenden Ärzte, in der Regel mind. die beteiligten Pathologen dokumentiert Die Dokumentation erfolgt je Fall. Die Liste der Teilnehmer kann mit der Angabe aus dem am selben Tag zuletzt dokumentierten Fall vorbelegt werden.</p>																							
15	4	Präoperative Falkonferenz	Teilnehmer (außer PVA)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Teiln.	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[PRAEOP_FK] ARZTID		ArztID	Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis (z.B. Name oder Arztnummer) der teilnehmenden Ärzte	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Teilnehmer des zuletzt dokumentierten Falls	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Falkonferenzen - Generierung der Abrechnungsdaten	
<p>Pro Falkonferenz können für mehrere auffällige Befunde (Läsionen) die bisher erfolgte oder geplante minimal-invasive Abklärung dokumentiert werden Bei der Beurteilung in der präoperativen Falkonferenz muss auf die zuvor in der Abklärung, insbesondere auf die durch Stanz- oder Vakuumbiopsie untersuchten Läsionen eingegangen werden. Hierzu ist eine entsprechende Liste der in der bisherigen Abklärung als auffällig eingestuft Läsionen bereitzustellen. Bei Auswahl einer Läsion aus dieser Liste können die Lokalisationsangaben in der präoperativen Falkonferenz mit den Angaben aus der Dokumentation der Biopsie bzw. der letzten bildgebenden Untersuchung vorbelegt werden.</p>																							
15	5	Präoperative Falkonferenz	Läsion (Lokalisation)	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Laesion	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[PRAEOP_FK] LAE] SEITE		"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Seitenlokalisation der zu beurteilenden Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Übernahme aus Liste bereits dokumentierter Läsionen	dauerhaft		
											ja		ja	E	[PRAEOP_FK] LAE] LOKALISATION		"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Lokalisation der zu beurteilenden Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Übernahme aus Liste bereits dokumentierter Läsionen	dauerhaft		
15	6	Präoperative Falkonferenz	Histopathologische Untersuchung	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Laesion	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[PRAEOP_FK] LAE] HIST_DIAGNOSE		"Diagnose erstellt" "Diagnose nicht erstellt" "keine biopsische Abklärung"	Fixtext (3 Auspräg.)	Vorliegen einer histologischen Diagnose	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. abhängig von ausgewählter Läsion aus Abklärung ("Diagnose erstellt" bei bereits erfolgter Biopsie mit Patho; sonst "keine biopsische 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 biopsische Abklärung"	ja	E	[PRAEOP_FK] LAE] GRUND_FEHLENDE_BIOPATISCHE_ABKLAERUNG		"medizinische Indikation zur diagnostischen offenen Biopsie nach bildgebender Untersuchung" "Wunsch der Teilnehmerin zur Durchführung einer offenen diagnostischen Biopsie (Empfehlung zur minimalinvasiven biopsischen Abklärung von Teilnehmerin abgelehnt)" "Andere"	Fixtext (3 Auspräg.)	Begründung für fehlende biopsische 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 Falkonferenz	Übereinstimmung mit Bildgebung	Anl.9.2 BMV-Ä/EKV Anh. 1 (2.1)		Laesion	Präop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls "Diagnose erstellt"	ja	E	[PRAEOP_FK] LAE] BILDGEBUNG		"ja" "nein" "fraglich, bildgebende Kontrolle erforderlich"	Fixtext (3 Auspräg.)	Übereinstimmung der Ergebnisse der histopathologischen Untersuchung mit den Ergebnissen der Bildgebung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
15	12	Präoperative Falkonferenz	eindeutige Kenntnis der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können	Laesion	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	B	[PRAEOP_FK] LAE] LAESION_ID		>0	Ganzzahl	eindeutige Kenntnis der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	E.: Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	- Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)										
DS Nr.	P- Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*		
					Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfasst	Pflicht Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art							Feldname (Vorschlag)	
15	8	Präoperative Falkonferenz	Ergebnis und weitere Empfehlung	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.1) Anl.9.2 BMV-A/EKV §12 (4) Anl.9.2 BMV-A/EKV §13 (2) c)		Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja	E	[PRAEOP_FK] ERGEBNIS	"Unauffällig, keine weiteren diagn. Maßnahmen im Rahmen des Früherkennungs-Programms" "Vorzellige 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 histologische Beurteilung des bereits entnommenen Materials (Schleife) 6: Abklärung mit Krebsbefund beendet, Überleitung in Therapie, Möglichkeit Patho-OP Postop-Falkonferenz zu dokumentieren	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											bed.		E	[PRAEOP_FK] KONTROLLE_NACH	> 0	Ganzzahl	Anzahl Monate (3=<Monate=<=12) bis zur empfohlenen Kontrolluntersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		B	[PRAEOP_FK] KONTROLLE_BEGRUENDUNG		Freitext	Begründung für die Notwendigkeit einer vorzeitigen Kontrolluntersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		E	[PRAEOP_FK] SONO_UNTERSUCHUNG	ja "ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer Ultraschalluntersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		E	[PRAEOP_FK] MX_UNTERSUCHUNG	ja "ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer mammographischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		E	[PRAEOP_FK] MRT_UNTERSUCHUNG	ja "ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer kernspintomographischen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		E	[PRAEOP_FK] SONST_UNTERSUCHUNG	ja "ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Durchführung einer anderen Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		E	[PRAEOP_FK] BIOPSIE	ja "Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle" "Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle" "Vakuumbiopsie" "diagn. offene Biopsie" "sonstige Biopsie"	Fixtext (5 Auspräg.)	Art der empfohlenen Biopsie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.		E	[PRAEOP_FK] OP_VORGEHEN	ja "keine Operation" "Brusterhaltende Operation" "Mastektomie"	Fixtext (3 Auspräg.)	Empfehlung für das operative Vorgehen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		E	[PRAEOP_FK] LYMPHKNOTEN	ja "keine Untersuchung der Lymphknoten" "Sentinel-Untersuchung" "Axilladissektion"	Fixtext (3 Auspräg.)	Empfehlung für die Untersuchung der Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
nein		E	[PRAEOP_FK] CHEMOTHERAPIE	ja "keine" "neoadjuvant" "alleinige (ohne OP)"	Fixtext (3 Auspräg.)	Empfehlung zur Chemotherapie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
nein		E	[PRAEOP_FK] STRAHLENTHERAPIE	ja "ja" "nein"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Empfehlung zur Strahlentherapie	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
15	9	Präoperative Falkonferenz	Anmerkungen	medizinisch indiziert	Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	nein	B	[PRAEOP_FK] BEMERKUNG	Freitext	Anmerkungen und ggf. erforderliche weitere Spezifikation zu den Empfehlungen der Falkonferenz	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft				
15	10	Präoperative Falkonferenz	T-Klassifikation	Erfassung hier (anstelle bei Bildgebung) sinnvoll, wenn bereits histologische Tumorsicherung vorliegt (insb. bei neoadjuvanter Therapie hier beste Größenerfassung)	Präop. FK	Präop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	E	[PRAEOP_FK] T-PRAEFIX	"c" "p"	Fixtext (2 Auspräg.)	Vorsilbe der T-Klassifikation, nur bei histologisch gesichertem Karzinom erlaubt. (Bei erfolgter Excision im Rahmen einer offener Biopsie ist p anzugeben, sonst c)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft			
										bed.	E	[PRAEOP_FK] T-STATUS	"is" "1mic" "1a" "1b" "1c" "2" "3" "4a" "4b" "4c" "4d" "x"	Fixtext (12 Auspräg.)	T-Klassifikation, nur bei histologisch gesichertem Karzinom erlaubt.	E.: manuelle Erfassung B./V.: Die T-Klassifikation kann aus den Angaben zur invasiven Größe des Tumors (GROSSE-TUMOR) berechnet und vorbelegt werden. (Siehe Schema in Anhang 3) Bei abweichenden Angaben zwischen eingegebener und berechneter T-Klassifikation ist eine Warnmeldung auszugeben!	dauerhaft	Plausibilisierung zwischen (invasiver) Tumorgroße und T-Klassifikation)		

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)											
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Pflicht		Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfasst	Bedingung für Dok.-Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)								
15	11	Präoperative Falikonferenz	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	20 ≤ GROESSE-GESAMT	Ganzzahl	max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm (Angabe nur sinnvoll, wenn bereits eine histologische Diagnose mit malignem Befund erstellt wurde)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Plausibilisierung zwischen (invasiver) Tumorgöße und T-Klassifikation)
											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 histologische Diagnose mit malignem Befund erstellt wurde)	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Übernahme des Wertes [OP_PATHO] INV-GROESSE-TUMOR bei vorliegender Dokumentation einer offenen Biopsie; ggf. Übernahme des Wertes [GESAMT_ABKL] GROESSE-GESAMT bei vorliegender Dokumentation einer minimal-invasiven Biopsie mit nachgewiesener Malignität	dauerhaft	
16	1	Befund-Mitteilung nach Abklärung			erforderlich für Auswertungen der Fristen gemäß Anhang 10 BMV	Scr.-Unters.	nach Präop. FK	AE	PVA	PVA	ja		ja	E	[INFO-ABKL] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum, zu dem der PVA der Frau das Ergebnis der Prä-OP Falikonferenz bzw. Abschl. Urteil der Bildgebung mitteilt.	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. autom. Erfassung bei Generierung der Mitteilungen	dauerhaft	
16	2	Befund-Mitteilung nach Abklärung	Abbruch durch die Frau bzw. Untersuchungsabschluss		erforderlich für Untersuchungsabschluss	Scr.-Unters.	nach Präop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[INFO-ABKL] ABBRUCH	"nein" "ja - Abbruch durch die Patientin" "ja - Untersuchungsabschluss ohne Operation"	Fixtext (3 Auspräg.)	Abbruch der Klientin oder kein operatives Vorgehen im Rahmen der Therapie. (Hier kann die Screening-Kette beendet werden, falls keine konkreten Informationen über den Verbleib der Frau nach der Empfehlung in der präoperativen Falikonferenz mehr verfügbar sind, oder z.B. die Behandlung einer Brustkrebskrankung ohne operativen Eingriff erfolgt. Die Möglichkeit zur nachträglich Dokumentation einer Patho-OP und Post-op Falikonferenz 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. manuellen Abschluss des Falles durch den PVA	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)															
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung			Erfassung			Implement.			Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfassung	Pflicht	Bedingung für zül. Pflicht	Pflicht	Art				Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp
<p>Pro Screening-Untersuchung können mehrere histolog. Beurteilungen von OP-Präparaten aus diagn. offenen Biopsien und therapeut. Operationen dokumentiert werden. Die Daten der OP-Pathologie können auch im Falle, dass die OP an keinem kooperierenden Institut durchgeführt wird und eine postoperative Fallkonferenz nicht durchgeführt werden kann, vom PVA als Fremdbefund/Ergebnisdokumentation ausgefüllt werden. In diesem Fall ist Art der Ergebnisdoku mit "Ergebnisdokumentation eines Fremdbefundes" anzugeben und die ansonsten als Pflichtfelder bzw. bedingten Pflichtfelder gekennzeichneten Felder freiwillig auszufüllen.</p>																				
17	1	Patho-OP	histologische Beurteilung eines OP-Präparates (Pathologie)	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.1)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] UNTERSUCHUNGID	Freitext oder Ganzzahl	Kenntung der Screening- Untersuchung	E.: autom. Verknüpfung zur Untersuchung	dauerhaft	Zuordnung zur Screening-Untersuchung (Anzeige: Screening-ID, Datum Erstellung der Aufnahmen)
17	2	Patho-OP	Dokumentator		Erfassung eines Fremdbefundes	Patho	Patho	KH	Path. PVA	SW	ja		ja	B	[OP_PATHO] DOKUMENTATOR	Freitext oder Ganzzahl	Kenntung des Benutzers, der die histologische Beurteilung eingibt	E.: autom. Erfassung der Kenntung des jeweiligen Benutzers bei der Eingabe des Befundes	dauerhaft	
17	3	Patho-OP	Pathologe	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	bed.	falls von Kenntung des Arztes abweichend	ja	B	[OP_PATHO] ARZTID	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Pathologen oder Name eines externen Pathologen/Instituts	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- ggf. Generierung der Abrechnungsdaten
17	4	Patho-OP	Art der Ergebnisdokumentation		Identifikation, ob es sich um eine vollständige Pathologie im Rahmen des Screenings handelt	Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] DURCHFUEHRUNG	Fixtext (2 Auspräg.)	"Pathologie im Rahmen des Screenings, bzw. durch kooperierendes Institut" "Ergebnisdokumentation eines Fremdbefundes"	E.: manuelle Erfassung V.: "Pathologie im Rahmen des Screenings, bzw. durch kooperierendes Institut"	dauerhaft	- Plausibilisierung der Maske (keine Pflichtfelder, wenn "Ergebnisdokumentation eines Fremdbefundes" angegeben wurde)
17	5	Patho-OP	Person	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	SW	ja		ja	A	[OP_PATHO] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID	Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (da vor der präoperativen Fallkonferenz kein Kontakt mit der Teilnehmerin mehr erfolgt, müssen die Personendaten aus der Abklärungsuntersuchung übernommen werden)	E.: Übernahme der Daten aus dem letzten Abklärungstermin	dauerhaft	
17	6	Patho-OP	Lokalisation	KFE-RL Anl.VI (2.7)	erforderlich zur Identifikation der Läsion	Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	nein		ja	E	[OP_PATHO] SEITE	Fixtext (2 Auspräg.)	"rechts" "links"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] DRUESENKOERPER	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	"ja" "nein"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	Läsion im zentralen Drüsenkörper?
											nein		ja	E	[OP_PATHO] LOKALISATION_UNSPZ	Fixtext (2 Auspräg.)	"unifokal" "multifokal"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	Angabe, ob es sich um eine unifokale oder multifokale Läsion handelt.
17	7	Patho-OP	Präparateradiographie	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] PRAEPARATERAD	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	"Paparateradiographie nicht gesehen" "Paparateradiographie gesehen"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	Vorliegen einer Präparateradiographie
17	8	Patho-OP	Histologische Verkalkung	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] VERKALKUNG	Fixtext (5 Auspräg.)	"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"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	Beschreibung der histologischen Verkalkung
17	12	Patho-OP	Art der OP	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ART_OP	Fixtext (3 Auspräg.)	"diagnostische offene Biopsie" "therapeutische Excision / Segmentresektion" "Mastektomie"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	Art der Operation, aus der die untersuchte Probe stammt
17	13	Patho-OP	Gewicht der Probe	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	bed.	falls das Präparat aus einer diagn. offenen Biopsie stammt	ja	E	[OP_PATHO] GEWICHT	Ganzzahl	> 0	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	Gewicht der Probe in g

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)										Technische Ebene (operative Umsetzung)											
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*		
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Veranw.	Erfas ser	Pflicht Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflic ht	Art							Feldname (Vorschlag)	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung
17	16	Patho-OP	Beschreibung der benignen Läsion /	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path./ Dok.	ja	E	[OP_PATHO] BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen einer benignen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft			
											nein	ja	E	[OP_PATHO] MASTOPATHIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibros(-zystische) Mastopathie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] ADENOSE KOLUMNARZELLEN	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Adenose mit Kolumnarzellmetaplasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] FIBROADENOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fibroadenom	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] ADENOSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Adenose	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] SKLEROS_ADENOSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sklerosierende Adenose / Apokrine Adenose	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] PASH	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	pseudoangiomatöse Stromahyperplasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] HAMARTOM	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hamartom	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] FETTGEWEBESNEKROSE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Fettgewebeskrose	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] PAPILLOM-SOLITAER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Solitäres Papillom / Duktales Adenom / Adenomyoepitheliom	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] PAPILLOM-MULTIPLE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Multiple Papillome	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] NARBE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Radiäre Narbe/komplexe sklerosierende Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] ZYSTE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	solitäre Zyste	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] MASTITIS_DUKTEKTASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Periduktale / obliterierende Mastitis / Duktektasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] ADENOM-MAMILLE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Adenom der Mamille	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] PHYLLOIDES_BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	benigner Phylloides-Tumor	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] SONSTIGE_BENIGNE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	sonstige benignen Läsion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] ATYP_HYPERPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	atypische duktale Hyperplasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] FLACHE_EPITHEL_ATYPIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	flache epitheliale Atypie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
											nein	ja	E	[OP_PATHO] LOB_NEOPLASIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	lobuläre Neoplasie	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
nein	ja	B	[OP_PATHO] SONSTIGE_BENIGNE_SPEZ	"nein" "ja"	Freitext	Spezifikation sonstiger sowie ggf. Ergänzungen zu nicht malignen Läsionen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft													
17	18	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion - nicht invasiv	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path./ Dok.	ja	E	[OP_PATHO] DCIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen eines duktales Carcinoma in situ	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft			
											bed.	falls DCIS = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-GROESSE	"0"	Ganzzahl	DCIS-Größe (nur duktal) in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls DCIS = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-KERNMALIGNITAET	"niedrig" "intermediär" "hoch" "nicht abschätzbar"	Fixtext (4 Auspräg.)	DCIS-Grading - Kernmalignitätsgrad	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls DCIS = "ja"	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 = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] DCIS-GRADING	"1 (low grade)" "2 (intermediate grade)" "3 (high grade)" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (4 Auspräg.)	DCIS- Grading (nach WHO)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls DCIS = "ja"	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	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path./ Dok.	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. PVA	Path./ Dok.	nein	B	[OP_PATHO] DCIS_SPEZ	Freitext	sonstige Spezifikationen und Ergänzungen zu nicht invasiven malignen Läsionen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft				

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)						Technische Ebene (operative Umsetzung)															
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwort.	Erfas-ser	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Feldname (Vorschlag)						Ausprägung / zul. Wertebereich		
17	21	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Invasives Karzinom	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] INVASIV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Vorliegen eines invasiven Karzinoms	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls INVASIV = "ja", ist mind. ein Typ anzugeben	ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-DUKTAL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom - duktaler/kein spezifischer Typ (NOS)	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-LOBULAEER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom - lobulärer Typ	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-TUBULAEER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	invasives Karzinom - tubulärer Typ	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.		ja	E	[OP_PATHO] INV-TYP-MEDULLAEER	"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 - muzinöser Typ	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	
											bed.	falls INVASIV = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] INV-GRADING	"1" "2" "3" "nicht beurteilbar"	Fixtext (4 Auspräg.)	invasives Karzinom - Grading (Grad 1, wenn Summe (Tubulus-Score + Kempermorphie-Score + Mitose-Score) ≤ 3 ≤ 5 Grad 2, wenn Summe ≤ 6 ≤ 7 Grad 3, wenn Summe ≤ 8 ≤ 9)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls INVASIV = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] INV-GROESSE-TUMOR	>0	Ganzzahl	max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
bed.	falls INVASIV = "ja"	ja	E	[OP_PATHO] TUMOR_GESAMTGROESSE	>0 ; ≥ INV-GROESSE-TUMOR	Ganzzahl	Tumorgesamtgröße in mm (invasiv + DCIS, wenn DCIS Ausdehnung > 1 mm außerhalb des invasiven Tumors)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
17	22	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: sonstige maligne Neoplasien		erforderlich für ergänzenden Dokumentation	Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	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. PVA	Path. Dok.	nein		ja	B	[OP_PATHO] MALIGNE_SPEZ		Freitext	Beschreibung sonstiger spezieller Typen invasiver Karzinome oder maligner Neoplasien sowie Ergänzungen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	24	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Gefäßinvasion	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] GEFAESSINV	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Peritumorale Gefäßinvasion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
17	25	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Lymphknoten	KFE-RL Anl.VI (2.7)	Unterscheidung zwischen Axilladissektion und Sentineluntersuchung ist erforderlich für die Auswertung nach Anhang 10 BMV	Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls Sentineluntersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Sentineluntersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-ANZ-POSITZ	≤ 0 ≤ LK-SENTINEL-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung mit isolierten Tumorzellen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Sentineluntersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-ANZ-POS	≤ 0 ≤ LK-SENTINEL-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung mit Metastasen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Sentineluntersuchung durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-SENTINEL-METASTASEN	"keine Metastasen" "ausschließlich Mikrometastasen" "Makrometastasen"	Fixtext (3 Auspräg.)	Art der Metastasen aus Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: "keine Metastasen", falls Anzahl SN Lymphknoten mit Metastasen gleich 0	dauerhaft	
											bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-AXILLADIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Axilladissektion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-AXILLADIS-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-AXILLADIS-ANZ-POS	≤ 0 ≤ LK-AXILLADIS-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] LK-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Untersuchung der nicht nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											nein		ja	B	[OP_PATHO] LK-ANDERE_LOKALISATION		Freitext	Lokalisationsangaben der untersuchten nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-ANDERE-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												
bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	ja	E	[OP_PATHO] LK-ANDERE-ANZ-POS	≤ 0 ≤ LK-ANDERE-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft												

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung		Implement.		Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*		
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Veranw.	Erfasser	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art							Feldname (Vorschlag)	
17	26	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Exzisionsränder	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] INFILTRATION-RAND	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Infiltration der Exzisionsränder durch den Tumor	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] ABSTAND-RAND	≥0	Ganzzahl	Abstand des Tumors zum nächstgelegenen Rand in mm (Bei Invasion des Randes ist hier 0 anzugeben)	E.: manuelle Erfassung V.: Vorbelegung auf "0" falls Infiltration "ja"	dauerhaft	
											nein		ja	B	[OP_PATHO] LOKALISATION-RAND		Freitext	Lokalisation des nächstgelegenen Randes (z.B. durch standardisierte Richtungsangaben: ventral, dorsal, cranial, caudal, medial, lateral)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	27	Patho-OP	Beschreibung der malignen Läsion: Hormonrezeptorstatus	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] ER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hormonrezeptorstatus (Östrogen) bestimmt?	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls Hormonrezeptorstatus (Östrogen) bestimmt wurde	ja	E	[OP_PATHO] ER-STATUS	≥0 ≤100	Ganzzahl	Hormonrezeptorstatus (Östrogen): Anteil positiver Tumorzellen in %	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											bed.	falls maligne Läsion (DCIS oder invasive) vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] PGR	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Hormonrezeptorstatus (Progesteron) bestimmt?	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft	
											bed.	falls Hormonrezeptorstatus (Progesteron) bestimmt wurde	ja	E	[OP_PATHO] PGR-STATUS	≥0 ≤100	Ganzzahl	Hormonrezeptorstatus (Progesteron): Anteil positiver Tumorzellen in %	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
											nein		ja	E	[OP_PATHO] HER2-SCORE	"nicht bestimmt" "0" "1+" "2+" "3+"	Fixtext (5 Auspräg.)	Immunhistochemischer Score bei HER-2-Status	E.: manuelle Erfassung V.: "nicht bestimmt"	dauerhaft	
											bed.	falls invasive Läsion vorliegt	ja	E	[OP_PATHO] ISH-ANALYSE	"nicht durchgeführt" "durchgeführt, Ergebnis negativ" "durchgeführt, Ergebnis positiv"	Fixtext (3 Auspräg.)	ISH-Analyse	E.: manuelle Erfassung V.: "nicht durchgeführt"	dauerhaft	
17	28	Patho-OP	Anmerkungen	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	nein		ja	B	[OP_PATHO] BEMERKUNG		Freitext	Ergänzende Bemerkungen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	29	Patho-OP	Diagnose	KFE-RL Anl.VI (2.7)		Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] ERGEBNIS	"normal, keine auffällige Gewebeeränderung feststellbar" "benigne" "maligne"	Fixtext (3 Auspräg.)	Abschließende histologische Diagnose	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
17	30	Patho-OP	eindeutige Kennung der Läsion		erforderlich, um sich bei der Abklärung auf eine Läsion beziehen zu können	Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. Dok.	ja		ja	E	[OP_PATHO] LAESION_ID	>0	Ganzzahl	eindeutige Kennung der Läsion zur Nachverfolgung im Rahmen der Abklärung	E.: Vorbelegung mit der Nummer einer bereits dokumentierten Läsion (bei Auswahl aus Läsionsliste) oder einer neuen Nummer (bei Anlegen einer neuen Läsion)	dauerhaft	Referenzierung einer bereits dokumentierten Läsion - Referenzierbarkeit der Läsion bei der weiteren Abklärung
17	31	Patho-OP	Markierung für Fortbildung in der Pathologie	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 12 Abs. 8	erforderlich für die Auswahl von Fällen für die Fortbildungsveranstaltung für Pathologen im RZ	Patho	Patho	KH	Path. PVA	Path. / Dok.	ja		ja	B	[OP_PATHO] MARKIERUNG_FOBI	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Möglichkeit des dokumentierenden Arztes, den Fall für das RZ als Vorschlag für die Auswahl von Fällen im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung für Pathologen (nach Anhang 12 Anlage 9.2 BMV-A / EKV) zu markieren	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Erforderlichkeit	Begründung	Erfassung				Implement.				Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung	Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortw.	Erfas-ser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht							Art	Feldname (Vorschlag)	
<p>Pro Screening-Untersuchung wird der Ergebnisteil der Postoperative Falkonferenz 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 Falkonferenz nicht durchgeführt werden kann, vom PVA im Rahmen einer freiwilligen Dokumentation eines Fremdbefundes ausgefüllt werden. In diesem Fall, sind die ansonsten als Pflichtfelder bzw. bedingten Pflichtfelder gekennzeichneten Felder freiwillig auszufüllen.</p>																						
18	1	Postoperative Falkonferenz	Fall	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Scr.-Unters.	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 Falkonferenz	Art der Ergebnisdokumentation		erforderlich für die Erfassung von Ergebnissen ohne Durchführung einer Falkonferenz		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] DURCHFUEHRUNG	"Postoperative Falkonferenz" "Ergebnisdokumentation"	Fixtext (2 Auspräg.)	Art und Weise der Erfassung der Ergebnisse: im Rahmen einer regulären Postoperativen Falkonferenz oder anhand eines Fremdbefundes	E.: manuelle Erfassung V.: "Postoperative Falkonferenz"	dauerhaft	Plausibilisierung der Maske (keine Pflichtfelder, wenn "Ergebnisdokumentation" angegeben wurde
18	3	Postoperative Falkonferenz	Person	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	SW / PVA	SW	ja		ja	A	[POSTOP_FK] NAME, VORNAME, GEBURTSDATUM, GEBURTSNAME, GEBURTSORT, STRASSE, HAUSNR, PLZ, ORT, KRANKENKASSE, SCREENINGID	Freitexte	Vorname, Nachname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-ID (da vor der präoperativen Falkonferenz 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 Falkonferenz	Teilnehmer (verantwortlich leitender PVA)	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	SW / PVA	SW	ja		ja	B	[POSTOP_FK] ARZTID_PVA	Arztnummer eines gültigen, im Dokumentationssystem hinterlegten Benutzers (PVA)	Freitext oder Ganzzahl	Arztnummer als Kennung des PVA, der die Konferenz leitet (weitere Teilnehmer werden separat erfasst)	E.: manuelle Erfassung V.: automatisch über angemeldeten Benutzer	dauerhaft	Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Falkonferenzen
18	5	Postoperative Falkonferenz	Übereinstimmung mit Bildgebung	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] KOR_BILDGEBUNG	"OP-Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen der Bildgebung überein" "keine Übereinstimmung, Befund histopathologisch ausgedehnt" "keine Übereinstimmung, Befund histopathologisch weniger ausgedehnt" "keine Übereinstimmung, weitere biopsische Abklärung erforderlich" "Übereinstimmung fraglich, bildgebende Kontrolle erforderlich"	Fixtext (5 Auspräg.)	Übereinstimmung der endgültigen Ergebnisse der histologischen Untersuchung mit den Ergebnissen der Bildgebung	E.: manuelle Erfassung V.: "OP-Ergebnis stimmt mit den Ergebnissen der Bildgebung überein"	dauerhaft	
												nein		ja	B	[POSTOP_FK] KOR_BILDGEBUNG_ABKL	Freitext	Ergänzende Angaben zur Korrelation der Histopathologie mit der Bildgebung (z. B. Grund oder Angabe weiterer Abklärungsmaßnahmen)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
												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 Auspräg.)	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 Auspräg.)	Konnte durch weiteren Abklärung (und ggf. anschließender OP) die Diskrepanz zwischen Ergebnis Bildgebung und Histopathologie OP aufgelöst werden?	E.: manuelle Erfassung V.: "ja"	dauerhaft	
18	6	Postoperative Falkonferenz	Übereinstimmung mit präop. Pathologie	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] KOR_PRAEOP_PATHO	"OP-Ergebnis stimmt mit dem Ergebnis der präoperativen pathologischen Diagnostik überein" "keine Übereinstimmung, entgültiger Befund gravierender" "keine Übereinstimmung, entgültiger Befund weniger gravierend" "keine präoperative pathologische Diagnostik"	Fixtext (4 Auspräg.)	Übereinstimmung der endgültigen Ergebnisse der histologischen Untersuchung mit den Ergebnissen der präoperativen histologischen Diagnostik, sofern vorhanden	E.: manuelle Erfassung V.: "OP-Ergebnis stimmt mit dem Ergebnis der präoperativen pathologischen Diagnostik überein"	dauerhaft	
18	7	Postoperative Falkonferenz	Übereinstimmung mit Empfehlung (präop. Falkonferenz)	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)			Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja		ja	E	[POSTOP_FK] KOR_PRAEOP_FK	"Das Vorgehen entsprach der Absprache in der präoperativen Falkonferenz" "von dem empfohlenen Vorgehen wurde aufgrund neue Befunddaten im Laufe der Therapie abgewichen" "Das Vorgehen entsprach nicht der Absprache in der präoperativen Falkonferenz"	Fixtext (3 Auspräg.)	Übereinstimmung der Durchgeführten Maßnahmen mit der Empfehlung aus der präoperativen Falkonferenz	E.: manuelle Erfassung V.: "Das Vorgehen entsprach der Absprache in der präoperativen Falkonferenz"	dauerhaft	
												nein		ja	B	[POSTOP_FK] KOR_PRAEOP_BEMERKUNG	Freitext	Erläuterung zum operativen Vorgehen in Bezug auf die Empfehlung in der Präoperativen Falkonferenz	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																
DS Nr.	P- Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung					Implement.					Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*			
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortung	Erfasst	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)				Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung
18	8	Postoperative Falikonferenz	Anzahl Operationen	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[POSTOP_FK] ANZAHL_OP	≥0	Ganzzahl	Gesamtanzahl der bisher durchgeführten operativen Eingriffe (ohne diagn. offene Biopsien)	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
18	9	Postoperative Falikonferenz	Operative Behandlung abgeschlossen	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[POSTOP_FK] ABSCHLUSS_OP	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe, ob die operative Behandlung zum Zeitpunkt der Falikonferenz bereits abgeschlossen ist	E.: manuelle Erfassung V.: "ja"	dauerhaft		
18	10	Postoperative Falikonferenz	therap. Vorgehen		erforderlich für die richtige Auswertung der Art der durchgeführten Operationen, sowie Bewertung des abschließenden Befundes	Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[POSTOP_FK] OP_VORGEHEN	"keine Operation" "Segmentresektion / Exzision" "Mastektomie"	Fixtext (3 Auspräg.)	Art des therapeutischen operativen Vorgehens	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] OP_ORT		Freitext	Angaben zum Krankenhaus, in dem die operative Behandlung durchgeführt wurde, bzw. zur Person des Operateurs	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] CHEMOTHERAPIE	"keine" "neoadjuvant" "adjuvant" "alleinige (ohne OP)"	Fixtext (4 Auspräg.)	Chemotherapie durchgeführt bzw. empfohlen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] STRAHLENTHERAPIE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Strahlentherapie durchgeführt bzw. empfohlen	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
18	12	Postoperative Falikonferenz	Lymphknoten	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)	Unterscheidung Axilladissektion & Sentinel-Untersuchung erforderlich für die Bestimmung des Anteils der operierten invasiven Karzinome bei denen mind. 10 Lymphknoten entfernt wurden	Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	ja	E	[POSTOP_FK] LK-SENTINEL	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft		
											bed.	falls Sentinel-untersuchung durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-SENTINEL-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
											bed.	falls Sentinel-untersuchung durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-SENTINEL-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-SENTINEL-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Sentinel-Untersuchung mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
											ja		ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Axilladissektion	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
											bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
											bed.	falls Axilla-diss. durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-AXILLADIS-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-AXILLADIS-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Axilladissektion mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
											ja		ja	E	[POSTOP_FK] LK-ANDERE	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Untersuchung der nicht nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
											nein		ja	B	[POSTOP_FK] LK-ANDERE _LOKALISATION		Freitext	Lokalisationsangaben der untersuchten nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
											bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-ANDERE-ANZ	>0	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
											bed.	falls Untersuchung nicht regionärer LK durchgeführt	ja	E	[POSTOP_FK] LK-ANDERE-ANZ-POS	≥0 ≤ LK-ANDERE-ANZ	Ganzzahl	Anzahl der untersuchten Lymphknoten aus Untersuchung der nicht-regionären Lymphknoten mit positivem Befund	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	
18	13	Postoperative Falikonferenz	Lokalisation des größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumors		erforderlich im Rahmen der medizinischen Dokumentation	Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	nein	ja	E	[POSTOP_FK] SEITE	"rechts" "links"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe der Seite der größten bzw. prognostisch ungünstigsten Läsion	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Angabe der Lokalisation (falls möglich) als Uhrzeit Erstreckt sich die maligne Läsion über mehrere Sektoren, sollte das Zentrum der Läsion lokalisiert und die Läsion als unspezifisch klassifiziert werden.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											nein	ja	E	[POSTOP_FK] LOKALISATION_UNSPEC	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multiple Herde" "diffus"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine unifokale, multifokale oder diffus wachsende Läsion handelt.	E.: manuelle Erfassung V.: "unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" falls eine Uhrzeit dokumentiert wurde	dauerhaft		
											bed.	falls [POSTOP_FK] LOKALISATION_UNSPEC="multiple Herde"	ja	E	[POSTOP_FK] ABSTAND_HERDE	"<4 cm" "≥4 cm"	Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe zum Abstand zwischen den Herden, wenn "multiple Herde" dokumentiert wurden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)					Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P- Datensatz Nr.	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*			
					Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwortl.	Erfas-ser	Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht	Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp				Beschreibung		
18	14	Postoperative Falkonferenz	Größe	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben und abweichend von Gesamtgröße	ja	E	[POSTOP_FK] GROESSE-TUMOR	≤0 ≤ GROESSE-GESAMT	Ganzzahl	max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	-	Plausibilisierung zwischen (invasiver) Tumorgöße und T-Klassifikation)
											bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] GROESSE-GESAMT	>0	Ganzzahl	Gesamtgröße der malignen Läsion in mm	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft		
18	15	Postoperative Falkonferenz	pTNM-Klassifikation	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] T-STATUS_TUMOR	"0" "1s" "1mic" "1a" "1b" "1c" ("1") "2" "3" "4a" "4b" "4c" "4d" ("4") "X"	Fixtext (15 Auspräg.)	T-Klassifikation der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau. Die unspezifischen Klassifikationen ("1", "4") sind nur zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird.	E.: manuelle Erfassung V.: Übernahme des Wertes aus dem gleichnamigen Feld in [OP_PATHO]	dauerhaft	-	Plausibilisierung zwischen (invasiver) Tumorgöße und T-Klassifikation)
											bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] T-PRAEFIX_TUMOR	"p" "yp"	Fixtext (2 Auspräg.)	Vorsilbe der T-Klassifikation des Primärtumors. Bei Bestimmung der T-Kategorie erst nach neoadjuvanter Therapie ist "yp" anzugeben, sonst "p"	E.: manuelle Erfassung V.: "p"	dauerhaft		
											nein		ja	E	[POSTOP_FK] T-STATUS_KONTRALATERAL	"0" "1mic" "1a" "1b" "1c" ("1") "2" "3" "4a" "4b" "4c" "4d" ("4") "X"	Fixtext (15 Auspräg.)	T-Klassifikation der kontralateralen Brust. Die unspezifischen Klassifikationen ("1", "4") sind nur zulässig, wenn ein Fremdbefund dokumentiert wird.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											nein		ja	E	[POSTOP_FK] T-PRAEFIX_KONTRALATERAL	"p" "yp"	Fixtext (2 Auspräg.)	Vorsilbe der T-Klassifikation der kontralateralen Brust. Bei Bestimmung der T-Kategorie erst nach neoadjuvanter Therapie ist "yp" anzugeben, sonst "p"	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] N-STATUS_TUMOR	"0" "1mi" "1a" "1b" "1c" "1" "2a" "2b" "2" "3a" "3b" "3c" "3" "X"	Fixtext (14 Auspräg.)	pN-Klassifikation der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											nein		ja	E	[POSTOP_FK] N-STATUS_KONTRALATERAL	"0" "1mi" "1a" "1b" "1c" "1" "2a" "2b" "2" "3a" "3b" "3c" "3" "X"	Fixtext (14 Auspräg.)	pN-Klassifikation der kontralateralen Brust.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
18	16	Postoperative Falkonferenz	Grading	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] GRADING_TUMOR	"1" "2" "3" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (4 Auspräg.)	Grading der Brust (Seite) mit dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
											nein		ja	E	[POSTOP_FK] GRADING_KONTRALATERAL	"1" "2" "3" "nicht zu beurteilen"	Fixtext (4 Auspräg.)	Grading der kontralateralen Brust	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft		
18	17	Postoperative Falkonferenz	Befall des Resektionsrandes	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] BEFALL_RAND	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Befalls des Resektionsrandes	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		
18	18	Postoperative Falkonferenz	vaskuläre Invasion	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Postop. FK	Postop. FK	SE	PVA	PVA	bed.	falls Diagnose Brustkrebs angegeben	ja	E	[POSTOP_FK] VASK_INVASION	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	vaskuläre Invasion	E.: manuelle Erfassung V.: "nein"	dauerhaft		

Konzeptionelle Ebene (Vorgaben in den Richtlinien)				Technische Ebene (operative Umsetzung)																	
DS Nr.	P-Nr.	Datensatz	Parametername	Referenz	Begründung	Erfassung				Erfassung				Implement.				Erfassung / Berechnung / Vorbelegung	Speicherung	autom. Verarbeitung*	
						Pro	Zeitpunkt	Ort	Verantwort.	Erfas. Pflicht	Bedingung für Dok.-Pflicht	Pflicht Art	Feldname (Vorschlag)	Ausprägung / zul. Wertebereich	Datentyp	Beschreibung					
Neben dem größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor können weitere (insbesondere kontralaterale) Tumoren erfasst werden																					
18	19	Postoperative Falkonferenz	weitere Tumoren	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)	erforderlich für die Bestimmung der korrekten Anzahl der entdeckten Karzinome	Frau	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	nein	ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] SEITE	"rechts" "links"	Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe der Seite in Bezug auf den größten bzw. prognostisch ungünstigsten Tumor der Frau	E.: manuelle Erfassung ggf. Übernahme aus Lokalisationsangaben der Patho-OP	dauerhaft	
							Postop. FK	SE			ja	nein	ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] LOKALISATION	"01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Fixtext (13 Auspräg.)	Angabe der Lokalisation (falls möglich) als Uhrzeit. Erstreckt sich die maligne Läsion über mehrere Sektoren, sollte das Zentrum der Läsion lokalisiert und die Läsion als unspezifisch klassifiziert werden.	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
							Postop. FK	SE			ja	nein	ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] DRUESENKOERPER	"nein" "ja"	binär / Fixtext (2 Auspräg.)	Läsion im zentralen Drüsenkörper?	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
							Postop. FK	SE			ja	nein	ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] LOKALISATION_UNSPEZ	"unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multiple Herde" "diffus"	Fixtext (3 Auspräg.)	Angabe, ob es sich um eine unifokale, multifokale oder diffus wachsende Läsion handelt.	E.: manuelle Erfassung V.: "unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" falls eine Uhrzeit dokumentiert wurde	dauerhaft	
							Postop. FK	SE			ja	bed.	ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] ABSTAND_HERDE	"falls [POSTOP_FK] LOKALISATION_UNSPEZ = "multiple Herde"	Fixtext (2 Auspräg.)	Angabe zum Abstand zwischen den Herden, wenn "multiple Herde" dokumentiert wurden	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
							Postop. FK	SE			ja	nein	ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] GROESSE-GESAMT	>0	Ganzzahl	Gesamtgröße der malignen Läsion in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
							Postop. FK	SE			ja	nein	ja	E	[POSTOP_FK_TUMOR] GROESSE-TUMOR	≤ 5	Ganzzahl	max. Ausdehnung des Tumors in mm	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	20	Postoperative Falkonferenz	Erläuterungen	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Frau	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	nein	ja	B	[POSTOP_FK] BEMERKUNG		Freitext	weitere Erläuterungen zum Fall	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	
18	21	Postoperative Falkonferenz	Abschließende Dignose	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Frau	Postop. FK	SE	PVA	PVA	ja	nein	ja	E	[POSTOP_FK] ERGEBNIS	"nicht maligne" "Diagnose Brustkrebs, weitere kurative Behandlung"	Fixtext (2 Auspräg.)	Abschließende Diagnose	E.: manuelle Erfassung	dauerhaft	- Untersuchungsabschluss - Mitteilung einer Ausschlussfrist von 5 Jahren an die Zentrale Stelle
Bei der Erfassung bzw. Änderung des Ergebnisteils durch eine regulär durchgeführte Falkonferenz ist das Datum der jeweiligen Falkonferenz sowie ggf. die Teilnehmer zu dokumentieren.																					
18	22	Postoperative Falkonferenz	Datum der Konferenz	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Frau	Sitzung	SE	SW / PVA	SW / PVA	ja	nein	ja	E	[POSTOP_FK_TERMIN] DATUM		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Durchführung der Falkonferenz	E.: manuelle Erfassung V.: aktuelles Datum	dauerhaft	
Pro Falkonferenz werden neben dem verantwortl. PVA die teilnehmenden Ärzte, in der Regel mind. die beteiligten Pathologen und chir. tätigen Krankenhausärzte, dokumentiert. Die Dokumentation erfolgt je Fall. Die Liste der Teilnehmer kann mit der Angabe aus dem am selben Tag zuletzt dokumentierten Fall vorbelegt werden.																					
18	23	Postoperative Falkonferenz	Teilnehmer (außer PVA)	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 1 (2.2)		Frau	Teiln.	SE	PVA	PVA	ja	nein	ja	A	[POSTOP_FK_TERMIN] EILN] ARZTID		Freitext oder Ganzzahl	Kenntnis (z.B. Arztnummer) oder Name der an der Falkonferenz teilnehmenden Ärzte	E.: manuelle Erfassung V.: ggf. Teilnehmer des zuletzt dokumentierten Falls	dauerhaft	- Auswertung der Teilnahme im Rahmen der Falkonferenzen - Generierung der Abrechnungsdaten
19	1	Identifikation	Kommunikationsnummer	§ 23 Abs. 5 KFE-RL		Frau	KRA	SE	SE	SW	ja	nein	ja	A	[FRAU] KOMMNR		Freitext	Kommunikationsnummer zur Identifizierung und Zusammenführung von Teilnehmerbezogenen Datensätzen in den epidemiologischen Krebsregistern	E.: automatische Generierung (siehe separates Protokoll zum Krebsregisterabgleich)	temporär (Zeit des KR-abgleichs)	Krebsregisterabgleich: - Übermittlung an KR und ZS - Abgleich Rückmeldung von RZ
Bei jeder Einladung sind bestimmte Informationen von der Zentralen Stelle zusammen mit der Einladungsliste zur dauerhaften Speicherung an die Screening-Einheit zu übermitteln																					
20	1	Informationen aus Einladungsliste	Einladungsart		erforderlich für separate Auswertung von Selbst-einladerninnen	Frau	Einladung	SE	SE	SW	ja	nein	ja	E	[EINLADUNG] EINLADUNG	"Automatisch" "Selbsteinladung"	Fixtext (2 Auspräg.)	Art der Einladung/Terminvergabe	E.: automatische Übernahme aus der Einladungsliste von der ZS, identisch mit dem Parameter [EINLADUNG] EINLADUNG in der ZS	dauerhaft	
20	2	Informationen aus Einladungsliste	Einladungsdatum (erster vergebener Termin)		erforderlich für Zuordnung der Einladungsliste	Frau	Einladung	SE	SE	SW	ja	nein	ja	E	[EINLADUNG] ERSTER_TERMIN		Datum (TT.MM.JJJJ)	Art der Einladung/Terminvergabe	E.: automatische Übernahme aus der Einladungsliste von der ZS, identisch mit dem Parameter [EINLADUNG] ERSTER_TERMIN in der ZS	dauerhaft	
20	3	Informationen aus Einladungsliste	Angaben zu früheren Teilnahmen	Anl.9.2 BMV-A/EKV Anh. 9 (I.4)		Frau	Einladung	SE	SE	SW	bed.	falls bei letzter Einladung eine Teilnahme erfolgt ist	ja	E	[EINLADUNG] SE		Freitext	Ort der Teilnahme (bei letzter Einladung)	E.: automatische Übernahme aus der Einladungsliste von der ZS falls bei letzter Einladung eine Teilnahme erfolgte; wird aus dem Parameter [EINLADUNG] ME in der ZS ermittelt	dauerhaft	- Anforderung von Voraufnahmen
							Einladung	SE	SE	SW	bed.	falls bei letzter Einladung eine Teilnahme erfolgt ist	ja	E	[EINLADUNG] LETZTER_TERMIN		Datum (TT.MM.JJJJ)	Datum der Teilnahme (bei letzter Einladung)	E.: automatische Übernahme aus der Einladungsliste von der ZS falls bei letzter Einladung eine Teilnahme erfolgte; ist identisch mit dem Parameter [EINLADUNG] LETZTER_TERMIN in der ZS	dauerhaft	- Anforderung von Voraufnahmen

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

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

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

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

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

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

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

Art der Änderung	Abschnitt	Inhalt Version 1.02	Inhalt Version 2.00	Begründung
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 2.3 (Kommunikationsnummer in ZS)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: [FRAU] KOMMNR	Festlegung des Verfahrens zum Krebsregisterabgleichs durch Anpassung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (§ 23)erfolgt.
Ergänzung	Anhang 1 – Datensatz 3 allgemeiner Text (Einladung)	Pro Frau können mehrere Einladungen dokumentiert werden: Jede anspruchsberechtigte Frau wird regelmäßig alle 2 Jahre zum Screening eingeladen, sofern kein dauerhafter Ausschluss z.B. aufgrund einer Ablehnung des Programms besteht. Die erste Einladung kann automatisch nach erstmaliger Lieferung der Daten vom Meldeamt oder auf Eigeninitiative der Frau erfolgen. In jedem Fall ist der vergebene Termin durch die Zentrale Stelle zu erfassen. Die regelmäßige Folgeeinladung erfolgt i.d.R. automatisch zwischen dem 22. und 26. Monat nach der letzten Teilnahme, bzw. (bei Nicht-Teilnahme) nach der letzten Einladung (Erster Termin, nicht Erinnerung). Frauen, für die ein befristeter Ausschluss erfasst wurde (normalerweise wegen einer früheren Mammographie vor weniger als 12 Monaten) werden unmittelbar nach Ablauf der Ausschlussfrist wieder schriftlich eingeladen. Frauen mit unbefristetem Ausschluss (normalerweise weil sie die Teilnahme am Programm abgelehnt haben) werden nicht wieder eingeladen.	<i>Folgender Text wird an den bisherigen Inhalt angefügt:</i> Es dürfen jeweils nur die Angaben zur letzten Einladung gespeichert werden, d.h. nach Generierung einer neuen Einladung sind die Daten der vorherigen zu löschen. Die Speicherung einer Einladungs- oder Teilnahmehistorie ist unzulässig, bestimmte Angaben zur vorhergehenden Einladung bzw. Teilnahme können jedoch für die spätere Evaluation gespeichert werden.	§ 13 Absatz 6 Satz 2 KFE-RL: „Mit der Screening-Identifikationsnummer und der Kontrollnummer werden nur die Geltungsdauer des Ausschlusses oder Termin und Ort der letzten Untersuchung gespeichert.“

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Änderung	Anhang 1 – Parameter 13.15 (Nachuntersuchungen Biopsie)	Feldname: [BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_HAEMATOM Erfassung/Berechnung/Vorbelegung E.: manuelle Erfassung Bedingung für Dokumentationspflicht -	Feldname: [BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_HAEMATOM Erfassung/Berechnung/Vorbelegung E.: manuelle Erfassung V.: "nein" Bedingung für Dokumentationspflicht falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden	Zunächst wird generell die Notwendigkeit von Nachuntersuchungen festgestellt. Nur wenn diese festgestellt wurde, sind Angaben zu den einzelnen Untersuchungen zu machen.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 13.15 (Nachuntersuchungen Biopsie)	Feldname: [BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_VERFAERBUNG Erfassung/Berechnung/Vorbelegung E.: manuelle Erfassung Bedingung für Dokumentationspflicht -	Feldname: [BIOPSIE_LAESION] NU_ERGEBNIS_VERFAERBUNG Erfassung/Berechnung/Vorbelegung E.: manuelle Erfassung V.: "nein" Bedingung für Dokumentationspflicht falls Nachuntersuchungen durchgeführt wurden	Zunächst wird generell die Notwendigkeit von Nachuntersuchungen festgestellt. Nur wenn diese festgestellt wurde, sind Angaben zu den einzelnen Untersuchungen zu machen.
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 13.17 (Läsions-ID – Biopsie)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: [BIOPSIE_LAESION] LAESION_ID	Um die Läsionen über die einzelnen Schritte der Abklärung hinweg nachverfolgen zu können, wird eine Kennung der Läsion vergeben, die bei späteren Untersuchungen referenziert werden kann und die Läsion zweifelsfrei identifiziert, auch wenn sich die Angaben zur Lokalisation ändern sollten.
Streichung	Anhang 1 – Parameter 14.8 (Histol. Diagnose - Patho Biopsie)	Feldname: [BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-TS	- gestrichen -	Bei der Angabe des Gradings ist der Wert des Gradings ausreichend. Die Werte für Tubulus-Score, Kernpolymorphie-Score und Mitose-Score (aus denen das Grading berechnet werden kann) sind überflüssig.
Streichung	Anhang 1 – Parameter 14.8 (Histol. Diagnose - Patho Biopsie)	Feldname: [BIOPSIE_PATHO] INV-GRADING-KS	- gestrichen -	Bei der Angabe des Gradings ist der Wert des Gradings ausreichend. Die Werte für Tubulus-Score, Kernpolymorphie-Score und Mitose-Score (aus denen das Grading berechnet werden kann) sind überflüssig.

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

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

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

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

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

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

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

Protokoll der Änderungen von Version 2.0 (Stand: 09.08.2010) zu Version 2.1 (Stand: 01.03.2011)

Art der Änderung	Abschnitt	Inhalt Version 2.0	Inhalt Version 2.1	Begründung
Änderung	<p>Anhang 1 – Datensatz 3 allgemeiner Text (Einladung)</p>	<p>Pro Frau können mehrere Einladungen dokumentiert werden: Jede anspruchsberechtigte Frau wird regelmäßig alle 2 Jahre zum Screening eingeladen, sofern kein dauerhafter Ausschluss z.B. aufgrund einer Ablehnung des Programms besteht. Die erste Einladung kann automatisch nach erstmaliger Lieferung der Daten vom Meldeamt oder auf Eigeninitiative der Frau erfolgen. In jedem Fall ist der vergebene Termin durch die Zentrale Stelle zu erfassen. Die regelmäßige Folgeeinladung erfolgt i.d.R. automatisch zwischen dem 22. und 26. Monat nach der letzten Teilnahme, bzw. (bei Nicht-Teilnahme) nach der letzten Einladung (Erster Termin, nicht Erinnerung). Frauen, für die ein befristeter Ausschluss erfasst wurde (normalerweise wegen einer früheren Mammographie vor weniger als 12 Monaten) werden unmittelbar nach Ablauf der Ausschlussfrist wieder schriftlich eingeladen. Frauen mit unbefristetem Ausschluss (normalerweise weil sie die Teilnahme am Programm abgelehnt haben) werden nicht wieder eingeladen. Es dürfen jeweils nur die Angaben zur letzten Einladung gespeichert werden, d.h. nach Generierung einer neuen Einladung sind die Daten der vorherigen zu löschen. Die Speicherung einer Einladungs- oder Teilnahmehistorie ist unzulässig, bestimmte Angaben zur vorhergehenden Einladung bzw. Teilnahme können jedoch für die spätere Evaluation gespeichert werden.</p>	<p><i>Der letzte Absatz wird gestrichen und durch folgenden Text ersetzt:</i></p> <p>Die Mitarbeiter der Zentralen Stelle erhalten nur Zugriff auf die Angaben der jeweils letzten Einladung pro Frau. Der Zugriff auf Angaben aus früheren Einladungen (Einladungs-Historie) wird gesperrt. In begründeten Einzelfällen (z.B. bei dem Vorwurf einer nicht fristgerecht ergangenen Folgeeinladung) kann die Sperrung nach Genehmigung durch die Leitung der Zentralen Stelle vorübergehend aufgehoben werden. Zur Sicherstellung der Evaluation sowie der organisatorischen Anforderungen an das Terminmanagement (z.B. Ermittlung der relativen Teilnahmewahrscheinlichkeit) sollten neben den Angaben zur letzten Einladung bestimmte weiterführende Informationen zur letzten Einladung verfügbar sein, z.B. ob es sich dabei um eine Erst- oder Folgeeinladung nach Teilnahme oder Nicht-Teilnahme handelte (Näheres siehe Parameter 3.9 ff)</p>	<p>Aus Gründen der Beweispflicht, insbesondere bei dem Vorwurf einer ggf. nicht fristgerecht ergangenen Einladung muss die Zentrale Stelle in begründeten Einzelfällen in der Lage sein, die Einladungs- und Teilnahmehistorie einer Frau zu rekonstruieren.</p>

Änderung	Anhang 1 – Parameter 5.16 (frühere Brustkrebs-erkrankung- Anamnese)	Feldname: [ANAMNESE] BRUSTKREBS Ausprägung / zulässiger Wertebereich: „nein“ „ja“ Beschreibung: Vorliegen einer bereits diagnostizierten Brustkrebserkrankung (Während der ersten 5 Jahre ...	Feldname: [ANAMNESE] BRUSTKREBS Ausprägung / zulässiger Wertebereich: „nein“ „ja - rechts“ „ja - links“ „ja - beidseitig“ Beschreibung: Vorliegen einer bereits diagnostizierten Brustkrebserkrankung inkl. Seitenlokalisierung (Während der ersten 5 Jahre ...	Die Möglichkeit zur Erfassung der Seitenlokalisierung einer früheren Brustkrebserkrankung ist aus medizinischer Sicht für die weitere Diagnostik erforderlich und muss unabhängig von der Seitenlokalisierung ggf. durchgeführter Brustkrebsoperationen erfolgen.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 7.5 (Gewebedichte - Befundung)	Feldname: [BEFUNDUNG] GEWEBEDICHTE Pflicht (Implementierung): „nein“ Beschreibung: Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig) "Typ ACR 1: Die Brust besteht fast vollständig aus lipomatösen Gewebestrukturen" "Typ ACR 2: Es finden sich einzelne fibroglanduläre Verdichtungen." "Typ ACR 3: Das Brustgewebe ist inhomogen dicht. Dadurch kann die Sensitivität der Mammographie verringert sein." "Typ ACR 4: Das Brustgewebe ist extrem dicht. Eine Läsion ist im Mammogramm möglicherweise nicht sichtbar."	Feldname: [BEFUNDUNG] GEWEBEDICHTE Pflicht (Implementierung): „ja“ Beschreibung: Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig) - Rest gestrichen -	Die Beurteilung der Gewebedichte bei der Befundung ist für die weitergehende Untersuchung der Sensitivität bestimmter bildgebender Verfahren erforderlich und muss in der Dokumentationssoftware dokumentiert werden können. Die Beschreibung der einzelnen Ausprägungen ist nicht standardisiert und muss gestrichen werden. Insbesondere die Hinweise auf die Einschränkung der mammographischen Sensitivität bei dichtem Gewebe könnten den Prozess der mammographischen Befundung beeinflussen.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 7.11 (Art der Läsion - Befundung)	Feldname: [BEF_LAESION] HERD Beschreibung: Angabe, ob es sich um einen Herd/ eine Verdichtung handelt	Feldname: [BEF_LAESION] HERD Beschreibung: Angabe, ob es sich um einen Herd handelt. Nur zulässig, wenn eine Lokalisation im Uhrzeitschema angegeben wurde	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt.

Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 7.11 (Art der Läsion - Befundung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: [BEF_LAESION] VERDICHTUNG Ausprägung / zulässiger Wertebereich: „nein“ „ja“ Beschreibung: Angabe, ob es sich um eine Verdichtung handelt. Nur zulässig, wenn eine Lokalisation in nur einer Ebene angegeben wurde	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 7.11 (Art der Läsion - Befundung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: [BEF_LAESION] ASYMMETRIE Ausprägung / zulässiger Wertebereich: „nein“ „ja“ Beschreibung: Angabe, ob es sich um eine Asymmetrie handelt	Eine Asymmetrie ist keine Unterform der Architekturstörung. Die Ausprägung „Asymmetrie“ muss daher zusätzlich aufgenommen und unabhängig von der Ausprägung „Architekturstörung“ dokumentiert werden.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 8.5 (Gewebedichte - Konsensuskonferenz)	Feldname: [KONSENSUSKONF] GEWEBEDICHTE Pflicht (Implementierung): „nein“ Beschreibung: Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig) "Typ ACR 1: Die Brust besteht fast vollständig aus lipomatösen Gewebestrukturen" "Typ ACR 2: Es finden sich einzelne fibroglanduläre Verdichtungen." "Typ ACR 3: Das Brustgewebe ist inhomogen dicht. Dadurch kann die Sensitivität der Mammographie verringert sein." "Typ ACR 4: Das Brustgewebe ist extrem dicht. Eine Läsion ist im Mammogramm möglicherweise nicht sichtbar."	Feldname: [KONSENSUSKONF] GEWEBEDICHTE Pflicht (Implementierung): „ja“ Beschreibung: Gewebedichte nach ACR-Klassifikation (Angabe freiwillig) - Rest gestrichen -	Die Beurteilung der Gewebedichte bei der Befundung ist für die weitergehende Untersuchung der Sensitivität bestimmter bildgebender Verfahren erforderlich und muss in der Dokumentationssoftware dokumentiert werden können. Die Beschreibung der einzelnen Ausprägungen ist nicht standardisiert und muss gestrichen werden. Insbesondere die Hinweise auf die Einschränkung der mammographischen Sensitivität bei dichtem Gewebe könnten den Prozess der mammographischen Befundung beeinflussen.

Änderung	Anhang 1 – Parameter 8.12 (Art der Läsion - Konsensus-konferenz)	Feldname: [KK_LAESION] HERD Beschreibung: Angabe, ob es sich um einen Herd/ eine Verdichtung handelt	Feldname: [KK_LAESION] HERD Beschreibung: Angabe, ob es sich um einen Herd handelt. Nur zulässig, wenn eine Lokalisation im Uhrzeitschema angegeben wurde	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt.
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 8.12 (Art der Läsion - Konsensus-konferenz)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: [KK_LAESION] VERDICHUNG Ausprägung / zulässiger Wertebereich: „nein“ „ja“ Beschreibung: Angabe, ob es sich um eine Verdichtung handelt. Nur zulässig, wenn eine Lokalisation in nur einer Ebene angegeben wurde	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 8.12 (Art der Läsion - Konsensus-konferenz)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: [KK_LAESION] ASYMMETRIE Ausprägung / zulässiger Wertebereich: „nein“ „ja“ Beschreibung: Angabe, ob es sich um eine Asymmetrie handelt	Eine Asymmetrie ist keine Unterform der Architekturstörung. Die Ausprägung „Asymmetrie“ muss daher zusätzlich aufgenommen und unabhängig von der Ausprägung „Architekturstörung“ dokumentiert werden.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 11.14 (Lokalisation - mammographische Untersuchung)	Feldname: [MX_LAESION] LOKALISATION Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär"	Feldname: [MX_LAESION] LOKALISATION Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "01:00 Uhr" "02:00 Uhr" "03:00 Uhr" "04:00 Uhr" "05:00 Uhr" "06:00 Uhr" "07:00 Uhr" "08:00 Uhr" "09:00 Uhr" "10:00 Uhr" "11:00 Uhr" "12:00 Uhr" "retromamillär" "nur mlo erkennbar - oben" "nur mlo erkennbar - unten" "nur cc erkennbar - innen" "nur cc erkennbar - außen"	Mammographische Befunde können auch im Rahmen der Abklärungsuntersuchung nur in einer Ebene darstellbar sein (Verdichtung), daher sind die 1-Ebenen-Lokalisationen auch hier aufzunehmen.

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

Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 11.17 (Art der Läsion: Herd/Verdichtung - mammographische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: [MX_LAESION] VERDICHTUNG Ausprägung / zulässiger Wertebereich: „keine Verdichtung“ „Verdichtung“ Beschreibung: Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Verdichtung (falls Lokalisation nur in einer Ebene sichtbar)	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt.
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 11.17 (Art der Läsion: Herd/Verdichtung - mammographische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: [MX_LAESION] VERDICHTUNG_ AUSDEHNUNG Beschreibung: mammographisch sichtbare Ausdehnung in mm	Die Ausprägung „Verdichtung“ muss unabhängig von „Herd“ angegeben werden. Die Angabe, ob es sich um Herd oder Verdichtung handelt, ist abhängig davon, ob sich der Befund nur in einer oder beiden Ebenen mammographisch abbilden lässt.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 11.19 (Art der Läsion: Architekturstörung - mammographische Untersuchung)	Feldname: [MX_LAESION] ARCHITEKTUR Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "keine Architekturstörung" "Asymmetrie" "Architekturstörung" "Sonstige" Beschreibung Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Architekturstörung oder Asymmetrie	Feldname: [MX_LAESION] ARCHITEKTUR Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "keine Architekturstörung" "Architekturstörung" Beschreibung Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Architekturstörung	Eine Asymmetrie ist keine Unterform der Architekturstörung. Die Ausprägung „Asymmetrie“ muss daher zusätzlich aufgenommen und unabhängig von der Ausprägung „Architekturstörung“ dokumentiert werden.
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 11.19a (Art der Läsion: Asymmetrie - mammographische Untersuchung)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldname: [MX_LAESION] ASYMMETRIE Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "keine Asymmetrie" "Asymmetrie" Beschreibung Klassifikation der zu dokumentierenden Läsion als Asymmetrie	Eine Asymmetrie ist keine Unterform der Architekturstörung. Die Ausprägung „Asymmetrie“ muss daher zusätzlich aufgenommen und unabhängig von der Ausprägung „Architekturstörung“ dokumentiert werden.
Korrektur	Anhang 1 – Parameter 11.25 (Abstand Mamille - sonographische Untersuchung)	Feldname: [SONO_LAESION] ABSTAND_ MAMILLE Ausprägung / zulässiger Wertebereich: >0	Feldname: [SONO_LAESION] ABSTAND_ MAMILLE Ausprägung / zulässiger Wertebereich: ≥0	Ein retromamillärer Befund kann sich auch unmittelbar hinter der Mamille befinden, daher sollte eine Angabe von 0 mm möglich sein.

Änderung	<p>Anhang 1 – Parameter 11.28 (Beurteilung der Läsion - sonographische Untersuchung)</p>	<p>Feldname: [SONO_LAESION] ERGEBNIS Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "Zyste (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" "Solide (Herdbefund mit gutartiger Charakteristika)" "Auffälligkeit von unklarer Dignität" "Malignitätsverdächtiger Befund" "Maligner Befund"</p>	<p>Feldname: [SONO_LAESION] ERGEBNIS Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "1 - Normalbefund/ kein Korrelat" "2 - gutartige Läsion - Zyste" "2 - gutartige Läsion - Solide" "3 - wahrscheinlich benigne" "4 - malignitätsverdächtig" "5 - sicher maligne"</p> <p><i>(Anmerkung: Die Spalte "Beschreibung" enthält Hinweise zur Migration der bisher erfassten Kategorien.)</i></p>	<p>In der bildgebenden Diagnostik erfolgt die Beurteilung standardisiert analog zu den BIRADS-Kategorien. Die Bezeichnung der Kategorien soll daher stärker an die aktuelle Nomenklatur der BIRADS-Kategorien angeglichen werden. (Übernahme der Nummerierung) Durch Aufnahme der Kategorie „1 - Normalbefund /kein Korrelat“ kann zu vorher auffälligen Läsionen angegeben werden, dass diese sich in der jeweiligen Maßnahme (z.B. Sonographie) nicht abbilden lassen. Durch Aufnahme der Kategorie „3 – wahrscheinlich benigne“ ist eine eindeutige Korrelation zur Empfehlung einer Kontrolluntersuchung gegeben.</p>
Änderung/ Ergänzung	<p>Anhang 1 – Parameter 11.30 (MRT- Untersuchung)</p>	<p>Feldname: [TERMIN_ABKL] MRT_UNTERSUCHUNG</p>	<p>Feldnamen: [TERMIN_ABKL] MRT_UNTERSUCHUNG [TERMIN_ABKL] MRT_ARZTID [TERMIN_ABKL] MRT_BEFUND [MRT_LAESION] LAESION_ID [MRT_LAESION] SEITE [MRT_LAESION] LOKALISATION [MRT_LAESION] ABSTAND_MAMILLE [MRT_LAESION] AUSDEHNUNG [MRT_LAESION] ERGEBNIS [MRT_LAESION] BESCHREIBUNG</p>	<p>Ein MRT der Brust ist in gemäß § 12 der Krebsfrüherkennungsrichtlinien Bestandteil der Leistungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik im Screening und muss daher analog zur mammographischen und sonographischen Untersuchung standardisiert dokumentierbar sein.</p>
Änderung	<p>Anhang 1 – Datensatz 12 Allgemeiner Text (Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)</p>	<p>Pro Screening-Untersuchung kann nach Abschluss der Bildgebung einmalig eine Gesamtbeurteilung der durchgeführten bildgebenden & klinischen Maßnahmen dokumentiert werden</p>	<p>Pro Screening-Untersuchung kann nach Abschluss der Bildgebung eine Gesamtbeurteilung der durchgeführten bildgebenden & klinischen Maßnahmen dokumentiert werden Wird es nach dem eigentlichen Abschluss der bildgebenden Abklärung und Dokumentation der Gesamtbeurteilung in Ausnahmefällen erforderlich, weitere bildgebenden Maßnahmen zu dokumentieren, z.B. im Rahmen einer Kontrolluntersu-</p>	<p>Die Gesamtbeurteilung muss z.B. nach Durchführung einer empfohlenen Kontrolluntersuchung (erneuter Termin zur bildgebenden Abklärung) erneut dokumentiert werden können, ohne dass die Ergebnisse der ursprünglichen Gesamtbeurteilung überschrieben werden. Andernfalls gehen wichtige Informationen wie die Indikationsstellung zur Biopsie oder Kontrolluntersuchung verloren.</p>

			<p>chung, so ist nach Abschluss der Untersuchungen eine weitere Gesamtbeurteilung zu dokumentieren.</p>	
Ergänzung	<p>Anhang 1 – Parameter 12.1a (abschließende Beurteilung je Läsion - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)</p>	(Felder noch nicht vorhanden)	<p>Feldname: [GESAMT_ABKL_LAESION] LAESION_ID [GESAMT_ABKL_LAESION] SEITE [GESAMT_ABKL_LAESION] LOKALISATION [GESAMT_ABKL_LAESION] ABSTAND_MAMILLE [GESAMT_ABKL_LAESION] AUSDEHNUNG [GESAMT_ABKL_LAESION] ERGEBNIS</p>	<p>Zur Zusammenführung der Ergebnisse aus den einzelnen nicht-invasiven Maßnahmen muss im Rahmen der Gesamtbeurteilung eine abschließende Beurteilung je Läsion mit entsprechenden Empfehlungen für das weitere Vorgehen möglich sein. Eine Gesamtbeurteilung je Fall ist erst möglich, wenn mindestens eine abschließende Beurteilung je Läsion erfolgt ist.</p>
Änderung	<p>Anhang 1 – Parameter 12.2 (Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)</p>	<p>Feldname: [GESAMT_ABKL] ERGEBNIS Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "Unauffällig und Verbleib im Screening" "Auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie" "Kontrolluntersuchung nach einer bestimmten Frist (nur in Ausnahmefällen)" Beschreibung: Beurteilung und Empfehlung nach bisherigen bildgebenden Untersuchungen. Bei Unauffällig oder Kontrolle gilt die Untersuchung als abgeschlossen. Das Dokumentationssystem sollte eine Erinnerungsfunktion/Liste unterstützen, mit der der PVA an die Fälligkeit von Kontrolluntersuchungen erinnert wird. Die Kontrolluntersuchung wird dann als weitere klin. & bildgebende Abklärung dokumentiert.</p>	<p>Feldname: [GESAMT_ABKL] ERGEBNIS Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "Unauffällig - Normalbefund oder benigne Läsion - Verbleib im Screening" "Auffällig und Notwendigkeit einer Biopsie" "Kontrolluntersuchung nach einer bestimmten Frist (nur in Ausnahmefällen)" Beschreibung: Beurteilung und Empfehlung nach bisherigen bildgebenden Untersuchungen (kann nur dokumentiert werden, wenn die abschließende Beurteilung zu mind. einer zuvor auffälligen Läsion dokumentiert wurde --> Siehe 12.7) Bei Unauffällig oder Kontrolle gilt die Untersuchung als abgeschlossen. Das Dokumentationssystem sollte eine Erinnerungsfunktion/Liste unterstützen, mit der der PVA an die Fälligkeit von Kontrolluntersuchungen erinnert wird. Die Kontrolluntersuchung wird</p>	<p>Zur Zusammenführung der Ergebnisse aus den einzelnen nicht-invasiven Maßnahmen muss im Rahmen der Gesamtbeurteilung eine abschließende Beurteilung je Läsion mit entsprechenden Empfehlungen für das weitere Vorgehen möglich sein. Eine Gesamtbeurteilung je Fall ist erst möglich, wenn mindestens eine abschließende Beurteilung je Läsion erfolgt ist. Bei der Gesamtbeurteilung je Fall muss die Einschätzung „Unauffällig“ auch gutartige Befunde mit einschließen.</p>

			dann als weitere klin. & bildgebende Abklärung dokumentiert.	
Änderung	Anhang 1 – Parameter 12.3 (Frist bis zur Kontrolle <i>je Läsion</i> - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldname: [GESAMT_ABKL] KONTROLLE_NACH Erfassung pro: Gesamtbeurteilung einmal pro Fall	Feldname: [GESAMT_ABKL_LAESION] KONTROLLE_NACH Erfassung pro: abschließende Beurteilung je Läsion	Bei Empfehlung zur Kontrolluntersuchung oder Biopsie ist die Größe sowie Art der empfohlenen Biopsie bzw. Begründung und Frist zur Kontrolluntersuchung <i>bezogen auf die jeweilige Läsion</i> anzugeben.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 12.4 (Art der empfohlenen Biopsie <i>je Läsion</i> - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldname: [GESAMT_ABKL] BIOPSIE Erfassung pro: Gesamtbeurteilung einmal pro Fall	Feldname: [GESAMT_ABKL_LAESION] BIOPSIE Erfassung pro: abschließende Beurteilung je Läsion	Bei Empfehlung zur Kontrolluntersuchung oder Biopsie ist die Größe sowie Art der empfohlenen Biopsie bzw. Begründung und Frist zur Kontrolluntersuchung <i>bezogen auf die jeweilige Läsion</i> anzugeben.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 12.5 (Größe <i>je Läsion</i> - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldnamen: [GESAMT_ABKL] GROESSE-GESAMT Erfassung pro: Gesamtbeurteilung einmal pro Fall	Feldname: [GESAMT_ABKL_LAESION] GROESSE-GESAMT V. (Vorbelegung): Übernahme des größten Wertes für die Ausdehnung aus den vorher dokumentierten Untersuchungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik Erfassung pro: abschließende Beurteilung je Läsion	Bei Empfehlung zur Kontrolluntersuchung oder Biopsie ist die Größe sowie Art der empfohlenen Biopsie bzw. Begründung und Frist zur Kontrolluntersuchung <i>bezogen auf die jeweilige Läsion</i> anzugeben.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 12.5 (Größe <i>je Läsion</i> - Gesamtbeurteilung nach Bildgebung)	Feldnamen: [GESAMT_ABKL] GROESSE-HAUPT Erfassung pro: Gesamtbeurteilung einmal pro Fall	Feldname: [GESAMT_ABKL_LAESION] GROESSE-HAUPT Erfassung pro: abschließende Beurteilung je Läsion	Bei Empfehlung zur Kontrolluntersuchung oder Biopsie ist die Größe sowie Art der empfohlenen Biopsie bzw. Begründung und Frist zur Kontrolluntersuchung <i>bezogen auf die jeweilige Läsion</i> anzugeben.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 13.7 (Abbruch - Biopsie)	Feldnamen: [BIOPSIE_LAESION] ABRUCH_GRUND Datentyp: Freitext	Feldnamen: [BIOPSIE_LAESION] ABRUCH_GRUND Datentyp: Fixtext (4 Ausprägungen) Ausprägung / zulässiger Wertebereich:	Komplikationen bei der Biopsie und ggf. der Grund für einen Abbruch sind aus medicolegalen Gründen standardisiert zu erfassen

			"Komplikationen" "durch Patientin" "Biopsie methodisch nicht durchführbar" "Befund nicht reproduzierbar"	
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 13.7a (Komplikationen - Biopsie)	(Felder noch nicht vorhanden)	Feldnamen: [BIOPSIE_LAESION] KOMPLIKATION [BIOPSIE_LAESION] KOMPLIKATION_SONST	Komplikationen bei der Biopsie und ggf. der Grund für einen Abbruch sind aus medicolegalen Gründen standardisiert zu erfassen
Änderung	Anhang 1 – Parameter 13.15 (Nachuntersuchung - Biopsie)	Feldnamen: [BIOPSIE_LAESION] NU Beschreibung: Angabe, ob Nachuntersuchungen durchgeführt wurden oder noch durchgeführt werden. In diesem Fall sind weitere Angaben erforderlich.	Feldnamen: [BIOPSIE_LAESION] NU Beschreibung: Angabe, ob Nachuntersuchungen durchgeführt wurden oder noch durchgeführt werden. In diesem Fall sind weitere Angaben erforderlich. Sofern die Ergebnisse der Nachuntersuchungen noch nicht vorliegen, muss der Stand der Dokumentation als vorläufig zwischengespeichert und die Dokumentation zu einem späteren Zeitpunkt abgeschlossen werden	Die Nachuntersuchung finden meist erst mehrere Tage nach der Biopsie statt. Daher muss es möglich sein, die Biopsie zeitnah nach Durchführung zu dokumentieren und später die Angaben zur Nachuntersuchung zu ergänzen.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 14.1 (Datum - Patho Biopsie)	Feldnamen: [BIOPSIE_PATHO] DATUM Erfassung / Berechnung / Vorbelegung: E.: manuelle Erfassung V.: ggf. aktuelles Datum	Feldnamen: [BIOPSIE_PATHO] DATUM Erfassung / Berechnung / Vorbelegung: E.: manuelle Erfassung	Da die Ergebnisse der histologischen Beurteilung meist durch den PVA eingegeben werden, erfolgt die Dokumentation in der Regel mehrere Tage nach der Durchführung, eine Vorbelegung mit dem aktuellen Datum macht daher keinen Sinn.
Streichung	Anhang 1 – Parameter 14.8 (histologische Diagnose - Patho Biopsie)	Feldnamen: [BIOPSIE_PATHO] BDA [BIOPSIE_PATHO] MIKROZYSTEN [BIOPSIE_PATHO] DUKT_HYPERPLASIE [BIOPSIE_PATHO] KOLLUMNARZELLEN [BIOPSIE_PATHO] INV_GEAESSINV	- gestrichen -	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst und nach B-Klassifikation gruppiert werden.

Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 14.8 (histologische Diagnose - Patho Biopsie)	(Felder noch nicht vorhanden)	Feldnamen: [BIOPSIE_PATHO] ADENOSE_KOLLUMNARZELLEN [BIOPSIE_PATHO] SONSTIGE_B3_LAESION	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst und nach B-Klassifikation gruppiert werden.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 14.8 (histologische Diagnose - Patho Biopsie)	Feldnamen: [BIOPSIE_PATHO] PHYLLODES Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "kein Anzeichen für Phyllodes-Tumor" "Verdacht auf Phyllodes-Tumor" "Vorliegen eines Phylodes-Tumors"	Feldnamen: [BIOPSIE_PATHO] PHYLLOIDES Ausprägung / zulässiger Wertebereich: „ja“ „nein“	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst und nach B-Klassifikation gruppiert werden.
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 14.8 (Markierung für Fortbildung - Patho Biopsie)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldnamen: [BIOPSIE_PATHO] MARKIERUNG_FOBI	Zur Unterstützung der Auswahl von Fällen für die interaktive Fortbildungsveranstaltung der Pathologen, sollen Pathologen bereits bei der Dokumentation die Möglichkeit erhalten, auf relevante Fälle mit einer entsprechenden Markierung aufmerksam zu machen.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 17.1 (Datum - Patho OP)	Feldnamen: [OP_PATHO] DATUM Erfassung / Berechnung / Vorbelegung: E.: manuelle Erfassung V.: ggf. aktuelles Datum	Feldnamen: [OP_PATHO] DATUM Erfassung / Berechnung / Vorbelegung: E.: manuelle Erfassung	Da die Ergebnisse der histologischen Beurteilung meist durch den PVA eingegeben werden, erfolgt die Dokumentation in der Regel mehrere Tage nach der Durchführung, eine Vorbelegung mit dem aktuellen Datum macht daher keinen Sinn.
Streichung	Anhang 1 – Parameter 17.1 (Lokalisation - Patho OP)	Feldnamen: [OP_PATHO] LOKALISATION [OP_PATHO] LOKALISATION2	- gestrichen -	Die konkrete Lokalisation des Befundes in der Brust kann vom Pathologen nicht eingeschätzt werden.
Änderung	Anhang 1 – Parameter 17.1 (Lokalisation - Patho OP)	Feldnamen: [OP_PATHO] LOKALISATION_UNSPEC Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "unifokal (spezifische Lokalisation nach Uhrzeitschema)" "multifokal" "diffus"	Feldnamen: [OP_PATHO] LOKALISATION_UNSPEC Ausprägung / zulässiger Wertebereich: "unifokal" "multifokal"	Die Ausprägung „diffus“, die eine Läsion ohne klar abgegrenzte Herde umschreibt (z.B. großflächigen Mikrokalk) kann nur unter Hinzuziehung der Bildgebung im Rahmen der postoperativen Fallkonferenz eingeschätzt werden.

Streichung	Anhang 1 – Parameter 17.9 (mammographische Anomalie - Patho OP)	Feldnamen: [OP_PATHO] ANOMALIE	- gestrichen -	Dem Pathologen hat meist keine Kenntnis von den Vorbefunden oder der Durchführung der Operation und kann daher bestimmte Angaben nicht machen.
Streichung	Anhang 1 – Parameter 17.11 (Einschnitt der Probe - Patho OP)	Feldnamen: [OP_PATHO] EINGESCHNITTEN	- gestrichen -	Dem Pathologen hat meist keine Kenntnis von den Vorbefunden oder der Durchführung der Operation und kann daher bestimmte Angaben nicht machen.
Streichung	Anhang 1 – Parameter 17.14 (Größe der Probe - Patho OP)	Feldnamen: [OP_PATHO] GROESSE-L [OP_PATHO] GROESSE-M [OP_PATHO] GROESSE-K	- gestrichen -	Die Angaben zur Größe der Probe (in 3 orthogonalen Ebenen) sowie die Anzahl der Schnittlamellen sind für die weitere Beurteilung des Falles irrelevant und werden im Regelfall auch nicht vom Pathologen dokumentiert
Streichung	Anhang 1 – Parameter 17.14 (Größe der Probe - Patho OP)	Feldnamen: [OP_PATHO] LAMELLEN	- gestrichen -	Die Angaben zur Größe der Probe (in 3 orthogonalen Ebenen) sowie die Anzahl der Schnittlamellen sind für die weitere Beurteilung des Falles irrelevant und werden im Regelfall auch nicht vom Pathologen dokumentiert
Streichung	Anhang 1 – Parameter 17.16 (histologische Diagnose - Patho OP)	Feldnamen: [OP_PATHO] BDA [OP_PATHO] DUKT_HYPERPLASIE [OP_PATHO] KOLLUMNARZELLEN	- gestrichen -	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden.
Ergänzung	Anhang 1 – Parameter 17.16 (histologische Diagnose - Patho OP)	(Feld noch nicht vorhanden)	Feldnamen: [OP_PATHO] ADENOSE_ KOLLUMNARZELLEN	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden.
Streichung	Anhang 1 – Parameter 17.17 (epitheliale Proliferation - Patho OP)	Feldnamen: [OP_PATHO] EPITHEL_ PROLIFERATION (Anmerkung: Auch die Gruppenbezeichnung "Beschreibung der epithelialen Proliferation" wird gestrichen, die entsprechenden Parameter subsumieren sich unter	- gestrichen -	Die standardisierte Dokumentation der histologischen Diagnose muss entsprechend konsentierter Expertenempfehlung angepasst werden.

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

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

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

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

Änderung	Anhang 1 – Spalte „Verantwortlicher“ (Erfassung) Datensätze 14 und 17	Verantwortlicher (Erfassung): Pathologe	Verantwortlicher (Erfassung): Pathologe/PVA	Die Dokumentation der histopathologischen Beurteilungen von Biopsie- und OP-Präparaten erfolgt meist nicht durch den Pathologen selbst, sondern durch den Programmverantwortlichen Arzt
Änderung	Anhang 1 – Spalte „Erfassung/ Berechnung/ Vorbelegung“ Parameter 11.6, 11.14, 11.15, 11.30, 12,1a, 13.6	Feldnamen: [TASTBEFUND] LOKALISATION [TASTBEFUND] SEITE [MX_LAESION] SEITE [MX_LAESION] LOKALISATION [MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE [SONO_LAESION] SEITE [SONO_LAESION] LOKALISATION [SONO_LAESION] ABSTAND_MAMILLE [MRT_LAESION] SEITE [MRT_LAESION] LOKALISATION [MRT_LAESION] ABSTAND_MAMILLE [BIOPSIE_LAESION] SEITE [BIOPSIE_LAESION] LOKALISATION [BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_MAMILLE V. (Vorbelegung): ggf. Übernahme aus Liste bereits dokumentierter Läsionen	Feldnamen: [TASTBEFUND] LOKALISATION V. (Vorbelegung): bei Bezug zu einer bereits dokumentierten Läsion (über die Läsions-ID) Vorbelegung mit dem jeweils zuletzt dokumentierten Wert (angegeben im Rahmen der Konsensuskonferenz oder der klinischen, mammographischen, sonographischen oder MRT-Untersuchung der Läsion) Feldname: [TASTBEFUND] SEITE [MX_LAESION] SEITE [MX_LAESION] LOKALISATION [MX_LAESION] ABSTAND_MAMILLE [SONO_LAESION] SEITE [SONO_LAESION] LOKALISATION [SONO_LAESION] ABSTAND_MAMILLE [MRT_LAESION] SEITE [MRT_LAESION] LOKALISATION [MRT_LAESION] ABSTAND_MAMILLE [BIOPSIE_LAESION] SEITE [BIOPSIE_LAESION] LOKALISATION [BIOPSIE_LAESION] ABSTAND_MAMILLE V. (Vorbelegung): siehe Vorbelegung [TASTBEFUND] LOKALISATION	Angaben zur Lokalisation sollten zur Reduktion des Dokumentationsaufwands mit bereits dokumentierten Angaben vorbelegt werden.



Anlage 2

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

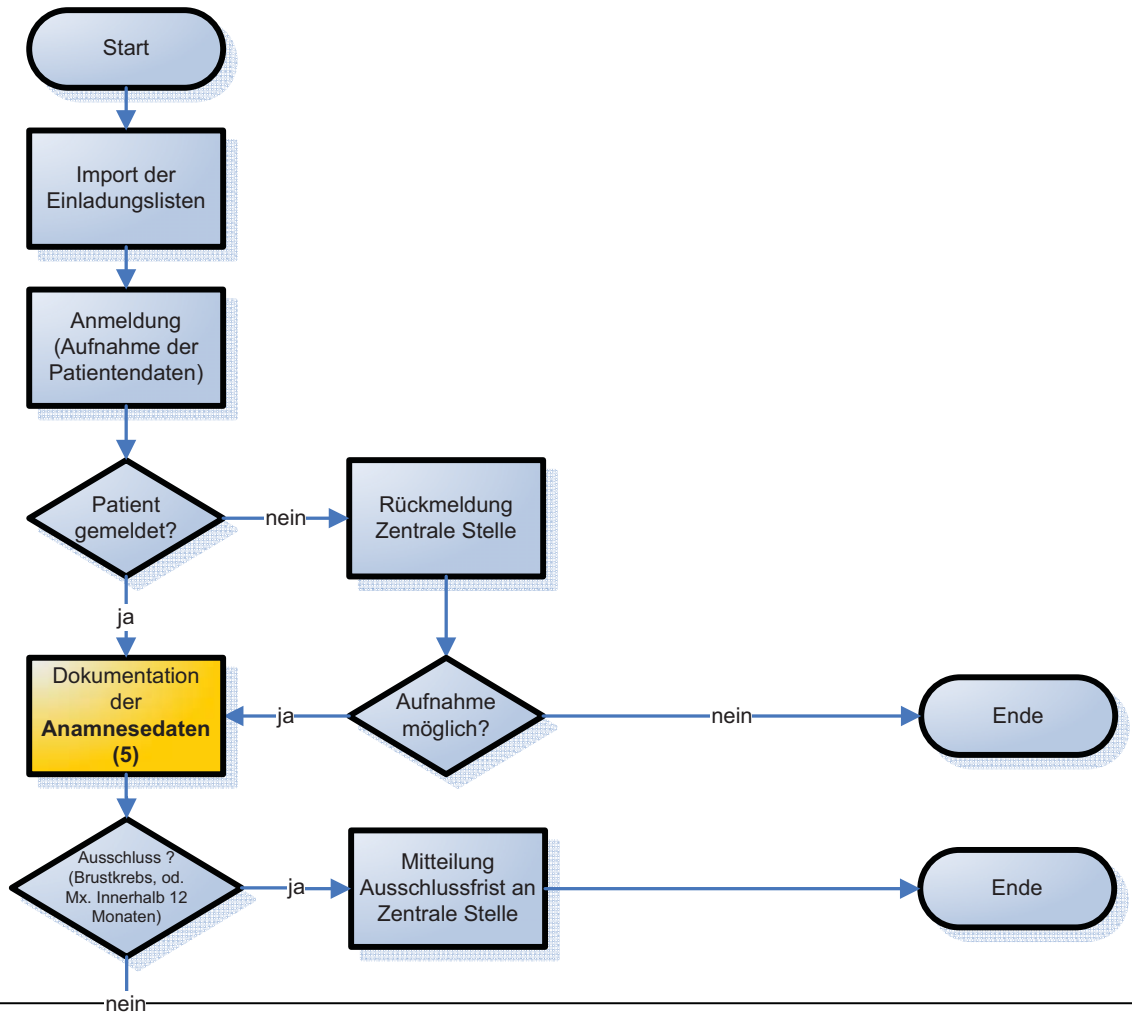
Stand: 16.05.2007

Dokumentationsverlauf in der Screening-Einheit

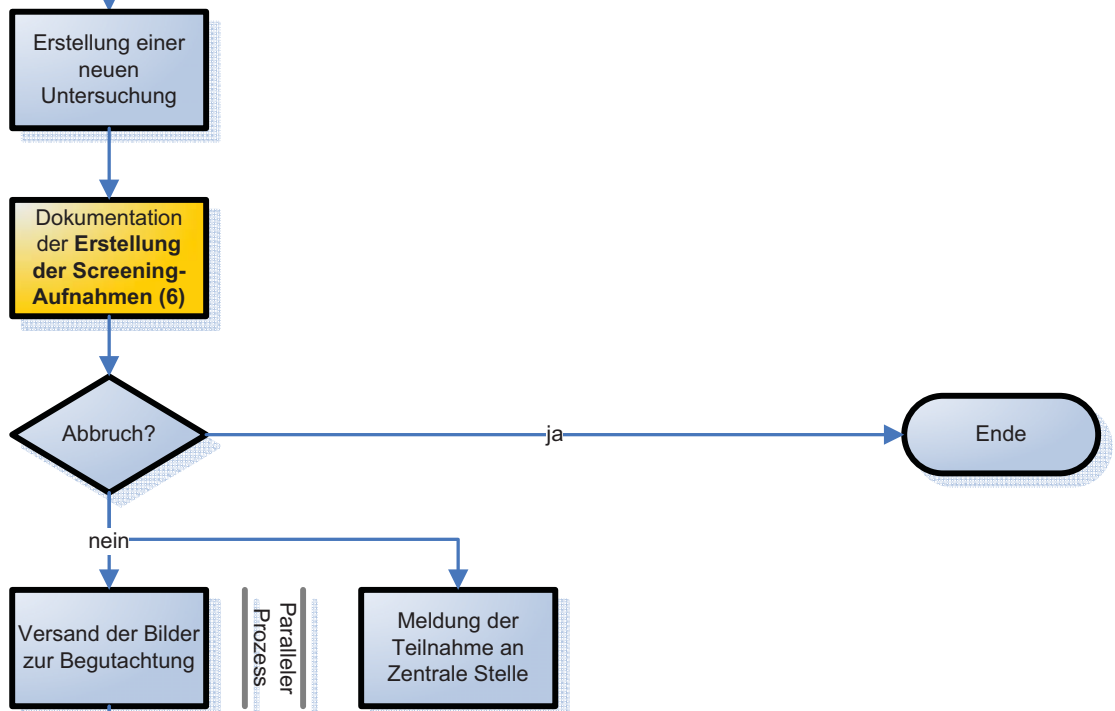
Mittwoch, 16. Mai 2007

Mammographie-Einheit

Empfang

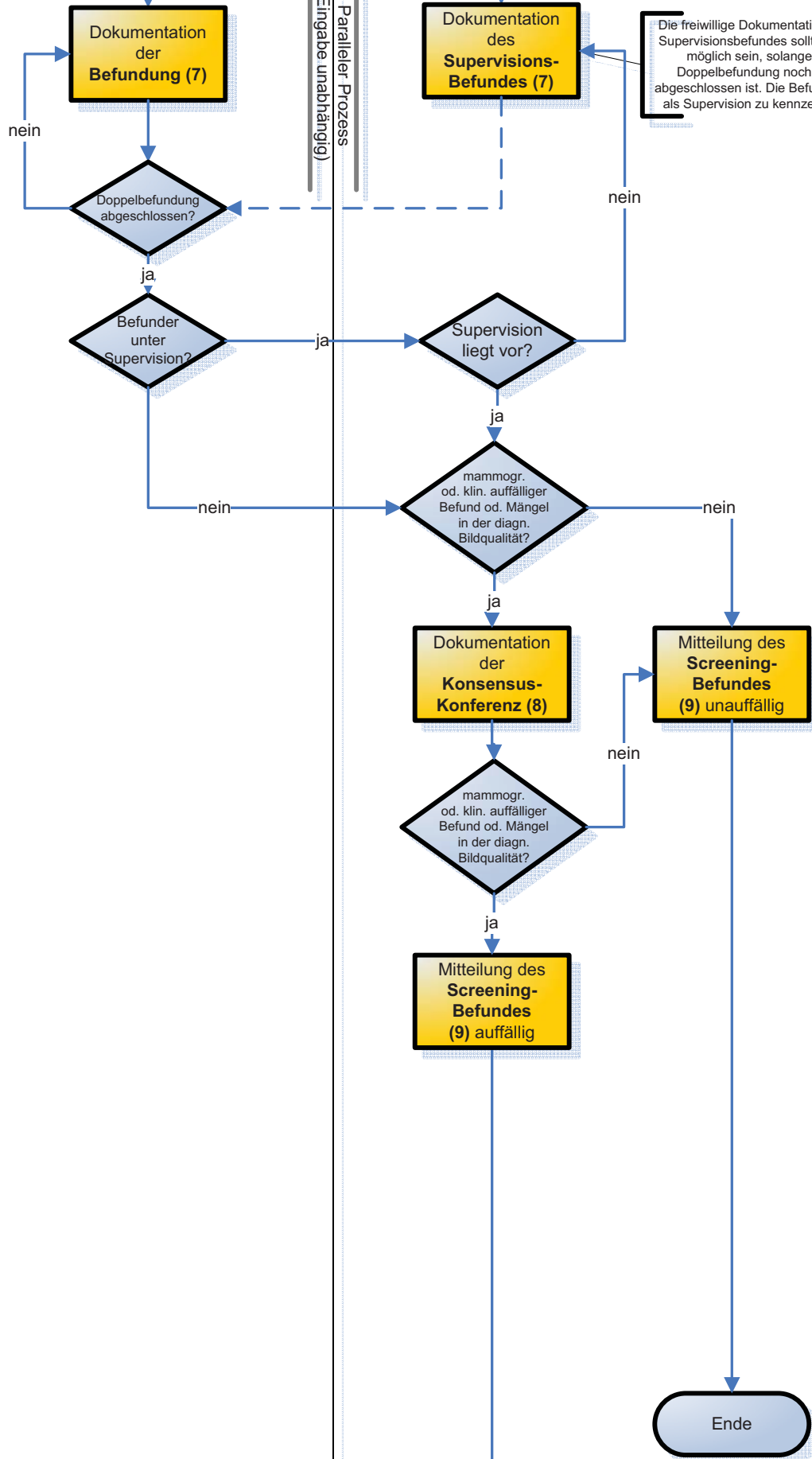


Radiologische Fachkraft



Befundung

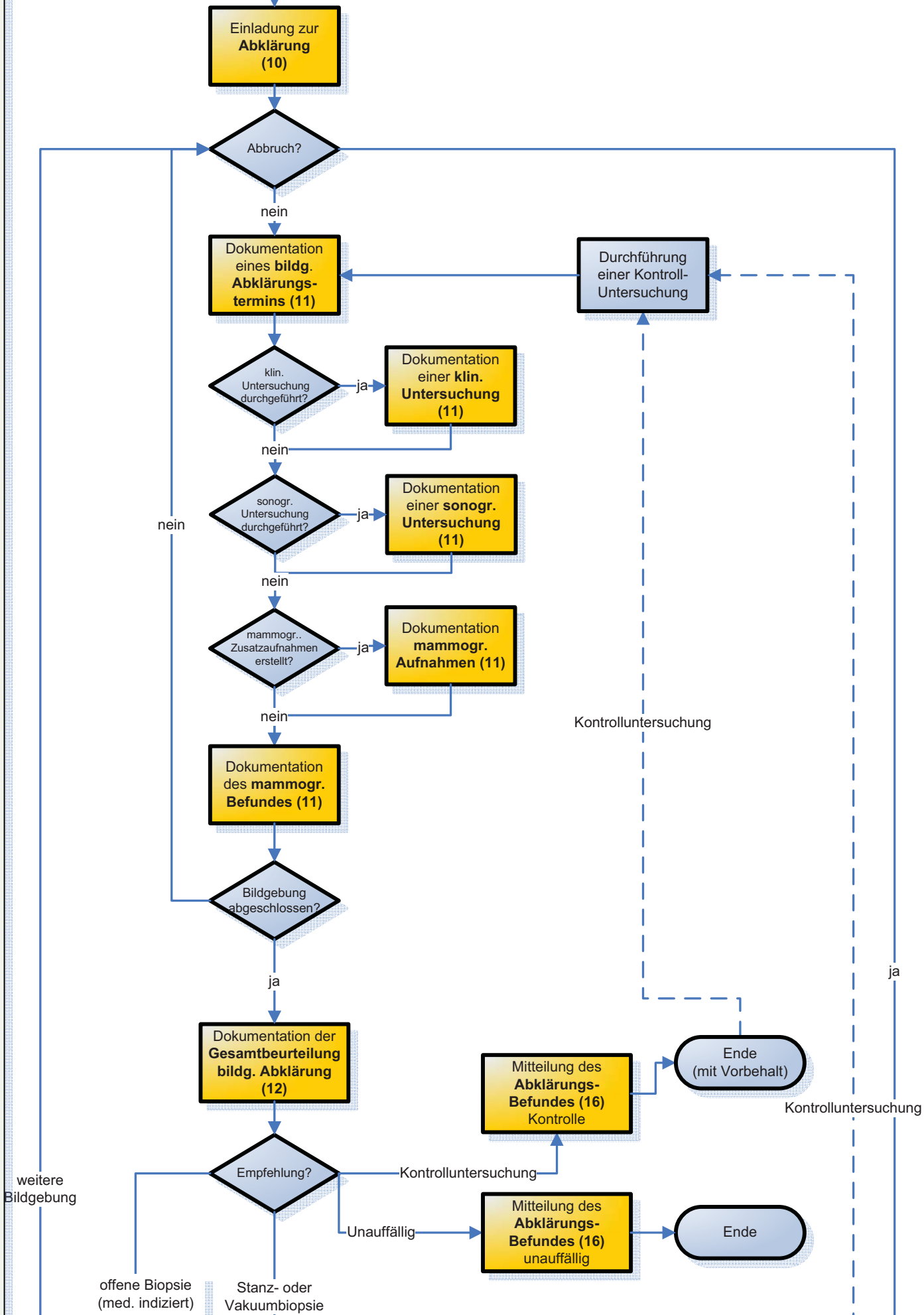
Befunder (Doppelbefundung; auch PVA als Befunder)

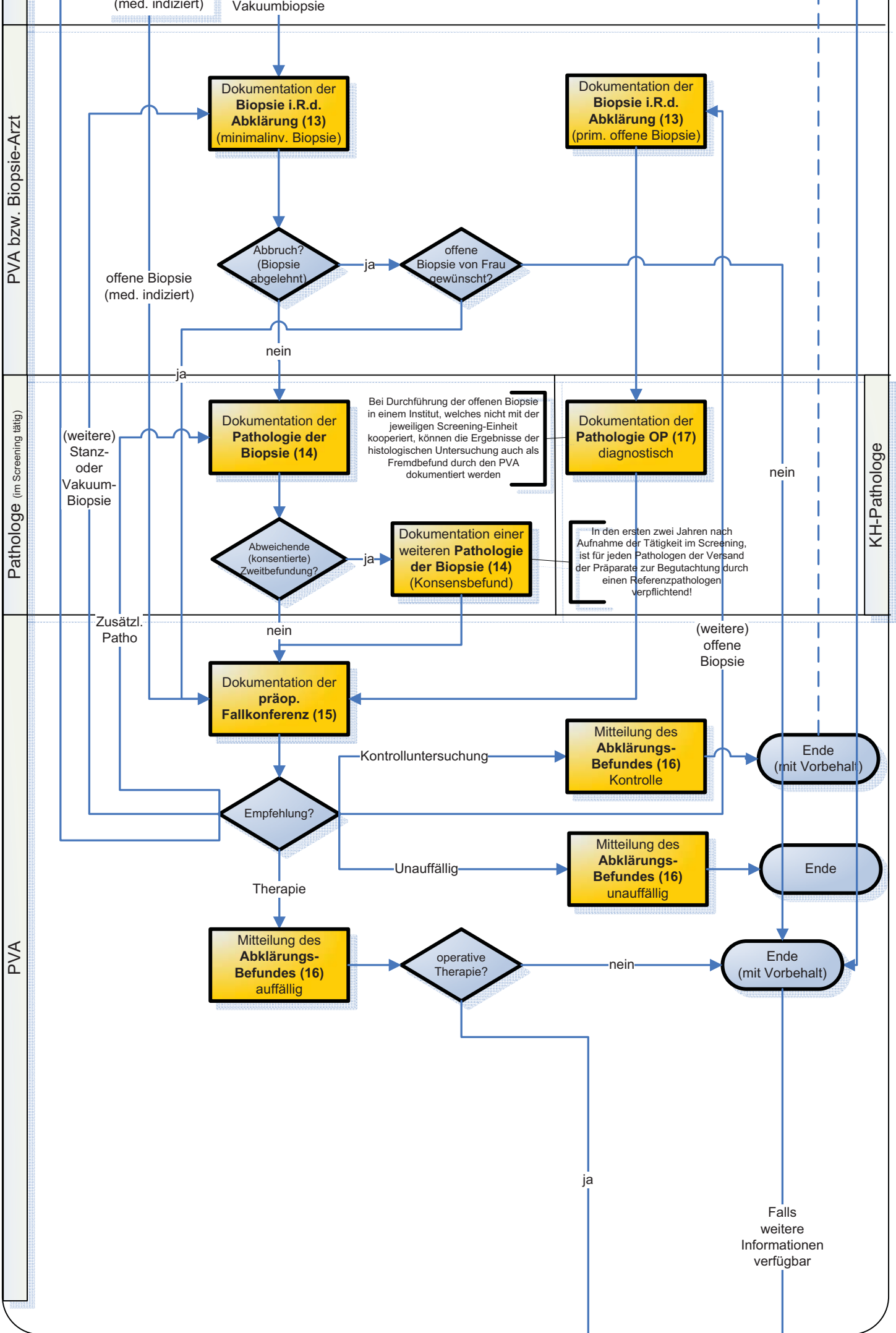


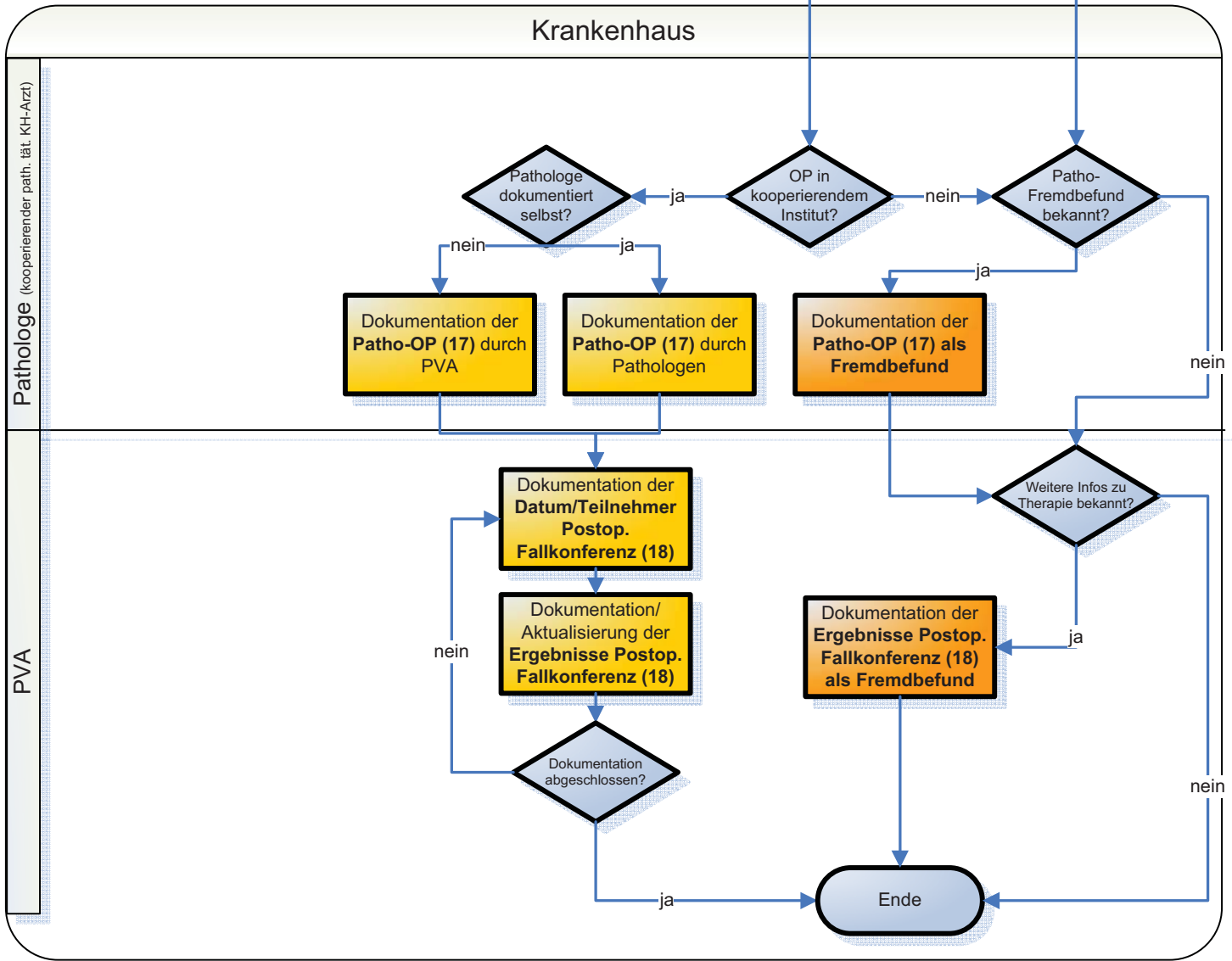
PVA (als Supervisor und Leiter der Konsensuskonferenz)

Abklärungs-Einheit

PVA









Anlage 3

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

Stand: 30.07.2010

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

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

Anlage 3

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

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

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