

**Stammblatt Screening-Einheit**  
**Aufbau und Personen in der Screening-Einheit**  
**Personen**



*Programmverantwortlicher Arzt (zur Korrektur / Aktualisierung)*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Name	Facharztbezeichnung	Institution	Eintrittsdatum	Austrittsdatum
<b>Programmverantwortliche Ärzte</b>					
1					
2					
<b>Stellvertreter des PVA nach BMV §32 Abs. 3</b>					
1					
2					
<b>Befunder</b>					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					



**Stamblatt Screening-Einheit**  
**Aufbau und Personen in der Screening-Einheit**  
**Personen**  
*Programmverantwortlicher Arzt (zur Korrektur / Aktualisierung)*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Name	Facharztbezeichnung	Institution	Eintrittsdatum	Austrittsdatum
Pathologen					
1					
2					
Pathologe für die Zweitbefundung (innerhalb der ersten beiden Jahre)					
1					
Ärzte, welche auf Veranlassung des PVA Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle durchführen					
1					
2					
Zur Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen ermächtigte chirurgisch tätige Krankenhausärzte					
1					
2					
3					
Zur Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen ermächtigte radiologisch tätige Krankenhausärzte					
1					
2					
3					
Zur Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen ermächtigte pathologisch tätige Krankenhausärzte					
1					
2					
3					

**Stammblatt Screening-Einheit**  
**Aufbau und Personen in der Screening-Einheit**  
**Einheiten**

*Programmverantwortlicher Arzt (zur Korrektur / Aktualisierung)*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

**Kontakt:**  
 PVA 1: \_\_\_\_\_ PVA 2 / Stellvertreter: \_\_\_\_\_  
 Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
 Tel: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Nr.	(Kurz-) Bezeichnung	Adresse	Betriebszeitraum	regionale Zuordnung (z.B. PLZ)	Anz. Frauen
<b>Screening-Einheit</b>					
			Beginn:		
			Ende:		
	analog: <input type="checkbox"/> digital: <input type="checkbox"/>				
<b>Abklärungseinheiten</b>					
1			Beginn:		
			Ende:		
	analog: <input type="checkbox"/> digital: <input type="checkbox"/>				
2			Beginn:		
			Ende:		
	analog: <input type="checkbox"/> digital: <input type="checkbox"/>				
3			Beginn:		
			Ende:		
	analog: <input type="checkbox"/> digital: <input type="checkbox"/>				

**Stammblatt Screening-Einheit**  
**Aufbau und Personen in der Screening-Einheit**  
**Einheiten**

*Programmverantwortlicher Arzt (zur Korrektur / Aktualisierung)*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	(Kurz-) Bezeichnung	Adresse / Mammobil	Betriebszeitraum	regionale Zuordnung (z.B. PLZ)	Anz. Frauen
<b>Mammographie-Einheiten</b>					
1			Beginn:		
			Ende:		
2			Beginn:		
			Ende:		
3			Beginn:		
			Ende:		
4			Beginn:		
			Ende:		
5			Beginn:		
			Ende:		
6			Beginn:		
			Ende:		

**Stamtblatt Screening-Einheit**  
**Aufbau und Personen in der Screening-Einheit**  
**Einheiten**

*Programmverantwortlicher Arzt (zur Korrektur / Aktualisierung)*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	(Kurz-) Bezeichnung	Adresse / Mammobil	Betriebszeitraum	regionale Zuordnung (z.B. PLZ)	Anz. Frauen
<b>Mammographie-Einheiten</b>					
			Beginn:		
			Ende:		
			Beginn:		
			Ende:		
			Beginn:		
			Ende:		
			Beginn:		
			Ende:		
			Beginn:		
			Ende:		
			Beginn:		
			Ende:		

**Stammblatt Screening-Einheit**  
**Aufbau und Personen in der Screening-Einheit**  
**Geräte**  
*Programmverantwortlicher Arzt (zur Korrektur / Aktualisierung)*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Mammographie- / Abkl.-Einheit		Röntgengerät		System DR/ CR/ A	Detektorsystem			Speicherfolie (CR) / Folie (A)	Hersteller	Film (A)	Hersteller	Nutzung		Betriebszeitraum	
	Bezeichnung	Standort	Typ (Bezeichnung)	Hersteller		Typ (DR) / Speicherfolienreader (CR)	Hersteller	Hersteller					Erstel- lung	Abklä- rung	Beginn	Ende
1													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
2													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
5													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
6													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
7													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
8													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
9													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
10													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15													<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Stammblatt Screening-Einheit**  
**Aufbau und Personen in der Screening-Einheit**  
*übergeordnete Strukturen*  
*Programmverantwortlicher Arzt (zur Korrektur / Aktualisierung)*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Bezeichnung	Anschrift	Kontakt
<b>Referenzzentrum</b>			
			Ansprechpartner:
			Tel.:
			Email:
<b>Kassenärztliche Vereinigung</b>			
			Ansprechpartner:
			Tel.:
			Email:
<b>Ärztliche Stelle</b>			
			Ansprechpartner:
			Tel.:
			Email:
<b>Zentrale Stelle</b>			
			Ansprechpartner:
			Tel.:
			Email:
<b>Krebsregister</b>			
			Ansprechpartner:
			Tel.:
			Email:
<b>Software</b>			
			Ansprechpartner:
			Tel.:
		Abrechnungsmodul zertifiziert am:	Email:





## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

**A) Programmverantwortlicher Arzt**      **Nr.:** 1      **Name:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar KV	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Programmverantwortlicher Arzt</b>								
II 1	Erfolgreiche Teilnahme an den Maßnahmen zur Überprüfung der diagnostischen Bildqualität von erstellten Screening-Mammographieaufnahmen.	BMV § 24 Abs. 3 a	Bestätigung KV	Prüfung Datum bestanden ja nein _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		jährliche Anforderung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 2	Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen von mindestens 5.000 Frauen innerhalb eines Zeitraums von jeweils zwölf Monaten. Kann diese Forderung nicht erfüllt werden, wird auf Antrag des Arztes der Nachweis um drei Monate unter Einhaltung der Anforderung nach S.1 verschoben. Befundungen durch den Programmverantwortlichen Arzt gem. BMV §10 Abs. 4 S.4 oder Abs. 5 werden berücksichtigt.	BMV § 24 Abs. 3 d	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis Fallzahl _____-_____ _____-_____ _____-_____ _____-_____ _____-_____	erfüllt verschoben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	jährliche Durchführung; auf Antrag Verschiebung um 3 Monate erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 3	Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung. Die Beurteilung ist in jährl. Abständen zu wiederholen. In diesem Fall gilt die Verpflichtung zur erfolgreichen Teilnahme an dem Verfahren zur Fortbildung durch kontrollierte Selbstüberprüfung in der kurativen Mammographie als erfüllt.	BMV § 24 Abs. 3 e	Bestätigung KV	Prüfung Datum bestanden ja nein _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		jährliche Teilnahme erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

II 4	Selbständige Durchführung von mindestens 30 Ultraschalluntersuchungen innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Bei mind. 5 dieser Untersuchungen muss nachträglich durch Biopsie die Diagnose eines Karzinoms gestellt worden sein. Kann diese Anforderung nicht erfüllt werden, informiert hierüber die KV den PVA und der Nachweis kann innerhalb von 12 Monaten geführt werden.	BMV § 26 Abs. 2	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis	erfüllt verschoben	jährliche Durchführung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Fallz., davon Karz.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II 5	Selbständige Durchführung von mind. 30 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle innerhalb eines Zeitraums von jeweils zwölf Monaten im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Kann diese Forderung nicht erfüllt werden, informiert hierüber die KV den PVA und der Nachweis kann innerhalb von 12 Monaten geführt werden.	BMV § 27 Abs. 2 a	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis	erfüllt verschoben	jährliche Durchführung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Fallzahl					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II 6	Selbständige Durchführung von mindestens 20 Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Ist der Nachweis nicht geführt worden, informiert hierüber die KV den Arzt. Der Nachweis kann erneut innerhalb von 12 Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitraum erfolgen.	BMV § 27 Abs. 4 a	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis	erfüllt verschoben	jährliche Durchführung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Fallzahl					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

**A) Programmverantwortlicher Arzt**      **Nr.:** \_\_\_\_\_      **Name:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar KV	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Programmverantwortlicher Arzt</b>								
II 1	Erfolgreiche Teilnahme an den Maßnahmen zur Überprüfung der diagnostischen Bildqualität von erstellten Screening-Mammographieaufnahmen.	BMV § 24 Abs. 3 a	Bestätigung KV	Prüfung Datum bestanden ja nein _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		jährliche Anforderung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 2	Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen von mindestens 5.000 Frauen innerhalb eines Zeitraums von jeweils zwölf Monaten. Kann diese Forderung nicht erfüllt werden, wird auf Antrag des Arztes der Nachweis um drei Monate unter Einhaltung der Anforderung nach S.1 verschoben. Befundungen durch den Programmverantwortlichen Arzt gem. BMV §10 Abs. 4 S.4 oder Abs. 5 werden berücksichtigt.	BMV § 24 Abs. 3 d	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis Fallzahl _____-_____ _____-_____ _____-_____ _____-_____ _____-_____	erfüllt verschoben <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	jährliche Durchführung; auf Antrag Verschiebung um 3 Monate erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 3	Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung. Die Beurteilung ist in jährl. Abständen zu wiederholen. In diesem Fall gilt die Verpflichtung zur erfolgreichen Teilnahme an dem Verfahren zur Fortbildung durch kontrollierte Selbstüberprüfung in der kurativen Mammographie als erfüllt.	BMV § 24 Abs. 3 e	Bestätigung KV	Prüfung Datum bestanden ja nein _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____		jährliche Teilnahme erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

II 4	Selbständige Durchführung von mindestens 30 Ultraschalluntersuchungen innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Bei mind. 5 dieser Untersuchungen muss nachträglich durch Biopsie die Diagnose eines Karzinoms gestellt worden sein. Kann diese Anforderung nicht erfüllt werden, informiert hierüber die KV den PVA und der Nachweis kann innerhalb von 12 Monaten geführt werden.	BMV § 26 Abs. 2	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis	erfüllt verschoben	jährliche Durchführung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Fallz., davon Karz.					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II 5	Selbständige Durchführung von mind. 30 Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle innerhalb eines Zeitraums von jeweils zwölf Monaten im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Kann diese Forderung nicht erfüllt werden, informiert hierüber die KV den PVA und der Nachweis kann innerhalb von 12 Monaten geführt werden.	BMV § 27 Abs. 2 a	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis	erfüllt verschoben	jährliche Durchführung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Fallzahl					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II 6	Selbständige Durchführung von mindestens 20 Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Ist der Nachweis nicht geführt worden, informiert hierüber die KV den Arzt. Der Nachweis kann erneut innerhalb von 12 Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitraum erfolgen.	BMV § 27 Abs. 4 a	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis	erfüllt verschoben	jährliche Durchführung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
				Fallzahl					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				_____ - _____					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

**B) Befunder** **Nr.:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar KV	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Befunder</b>								
II 7	<u>Im ersten Jahr:</u> Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen von mind. 3.000 Frauen innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten nach Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Die Aufnahmen müssen zusätzlich durch den PVA befundet werden (Supervision). Wird in dem geforderten Zeitraum die erforderliche Anzahl von Befundungen nicht durchgeführt, wird auf Antrag des Arztes der Nachweis um 3 Monate unter Einhaltung der Anforderungen verschoben.	BMV § 25 Abs. 3 a	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis Fallzahl ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____	erfüllt verschoben  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	jährliche Durchführung; auf Antrag Verschiebung um 3 Monate erfüllt: <span style="margin-left: 20px;">ja nein</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 8	<u>Regelversorgung:</u> Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen von mindestens 5.000 Frauen innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten. Wird in dem geforderten Zeitraum die erforderliche Anzahl an Befundungen nicht durchgeführt, wird auf Antrag des Arztes der Nachweis um drei Monate unter Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 verschoben. Kann diese Forderung nicht erfüllt werden, gilt BMV §25 Abs. 3 a (s. o. unter II 7).	BMV § 25 Abs. 4 a	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis Fallzahl ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____	erfüllt versch. Nachw. II 7  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	jährliche Durchführung; auf Antrag Verschiebung um 3 Monate erfüllt: <span style="margin-left: 20px;">ja nein</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 9	Erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung. Die Beurteilung ist in jährl. Abständen zu wiederholen. In diesem Fall gilt die Verpflichtung zur Fortbildung durch kontrollierte Selbstüberprüfung in der 'kurativen' Mammographie als erfüllt.	BMV § 25 Abs. 3 b  BMV § 25 Abs. 4 d 2.	Bestätigung KV	Prüfung Datum bestanden ja nein ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		jährliche Teilnahme erfüllt: <span style="margin-left: 20px;">ja nein</span> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		





## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



*Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**C) radiologische Fachkraft** **Nr.:** \_\_\_\_\_ **Name:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung			Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar KV		Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Radiologische Fachkraft</b>									
II 12	Teilnahme der radiologischen Fachkraft an von der KoopG anerkannten Fortbildungsveranstaltungen von mind. 8 Stunden Dauer innerhalb von jeweils höchstens zwei Kalenderjahren.	BMV § 24 Abs. 3 c	Bestätigung KV	Teilnahme Monat/Jahr Stunden / / / / / / / /	Ort	Fortbildung	Teilnahme innerhalb von 2 Jahren erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



*Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**D) Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle**      **Nr.:** \_\_\_\_\_      **Name:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar KV	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Ärzte, welcher auf Veranlassung des PVA Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle durchführen</b>								
II 13	Selbständige Durchführung von mind. 20 Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Ist der Nachweis nicht geführt worden, informiert hierüber die KV den Arzt. Der Nachweis ist innerhalb von 12 Monaten erneut zu führen.	BMV § 27 Abs. 4 a	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis Fallzahl _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____ _____ - _____	erfüllt verschoben  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	jährliche Durchführung erfüllt:                    ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		





## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**E) Pathologe** Nr.: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar KV	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Pathologe</b>								
II 14	Selbständige histopathologische Beurteilung von mindestens 50 Mammakarzinomen und mindestens 50 benignen Läsionen der Mamma innerhalb eines Zeitraums von jeweils 12 Monaten im Rahmen des Früherkennungsprogramms. Ist der Nachweis nicht geführt worden, informiert hierüber die KV den Arzt. Der Nachweis ist innerhalb von 12 Monaten erneut zu führen.	BMV § 28 Abs. 2 a	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis Karzinome ben. Läs. ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____	erfüllt verschoben  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	jährliche Durchführung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 15	Möglichkeit zur Durchführung immunhistologischer Zusatzuntersuchungen.	BMV § 28 Abs. 2 b i. V. m Abs. 1 d	Bestätigung KV	vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		dauerhaft erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 16	Möglichkeit der Archivierung von Objektträgern und der Aufbewahrung von in Paraffinblöcken asserviertem Restgewebe für mindestens 10 Jahre.	BMV § 28 Abs. 2 b i. V. m Abs. 1 e	Bestätigung KV	vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		dauerhaft erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 17	Möglichkeit der Aufbewahrung von fixiertem Restgewebe bis zur endgültigen Diagnose.	BMV § 28 Abs. 2 b i. V. m Abs. 1 e	Bestätigung KV	vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		dauerhaft erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 18	Teilnahme an von der KoopG anerkannten Fortbildungsveranstaltungen von mindestens acht Stunden Dauer innerhalb von jeweils höchstens zwei Kalenderjahren.	BMV § 28 Abs. 2 c	Bestätigung KV	Teilnahme Monat/Jahr Stunden / ____ / ____ / ____ / ____	Ort Fortbildung _____ _____ _____ _____	Teilnahme innerhalb von 2 Jahren erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 19	Regelmäßige Teilnahme an den vorgeschriebenen multidisziplinären Fallkonferenzen. Über die Teilnahme stellt der PVA eine Bescheinigung in jährlichen Abständen aus.	BMV § 28 Abs. 2 d	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____	Bescheinigung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	regelmäßige Teilnahme erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



*Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**F) Chirurgisch tätiger Krankenhausarzt**      **Nr.:** \_\_\_\_\_      **Name:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar KV	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Chirurgisch tätiger Krankenhausarzt</b>								
II 20	Selbständige Durchführung von mind. 50 primären Brustkrebsoperationen jeweils innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Ist der Nachweis nicht geführt worden, so informiert hierüber die KV den Arzt. Der Nachweis kann innerhalb von 12 Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitraum erneut geführt werden.	BMV § 29 Abs. 1, 4	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis Fallzahl ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____	erfüllt verschoben  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	jährliche Durchführung erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
II 21	Teilnahme an mindestens 20 multidisziplinären Fallkonferenzen jeweils innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Ist der Nachweis nicht geführt worden, so informiert hierüber die KV den Arzt. Der Nachweis kann innerhalb von 12 Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitraum erneut geführt werden.	BMV § 29 Abs. 1, 4	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____	Bescheinigung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	regelmäßige Teilnahme erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



*Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**G) Radiologisch tätiger Krankenhausarzt**    **Nr.:** \_\_\_\_\_    **Name:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar KV	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Radiologisch tätiger Krankenhausarzt</b>								
II 22	Selbständige Durchführung von mind. 25 präoperativen Markierungen jeweils innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten. Ist der Nachweis nicht geführt worden, so informiert hierüber die KV den Arzt. Der Nachweis kann innerhalb von 12 Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitraum erneut geführt werden.	BMV § 29 Abs 2, 4	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis Fallzahl ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____	erfüllt verschoben  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	jährliche Durchführung erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



*Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**H) Pathologisch tätiger Krankenhausarzt**    **Nr.:** \_\_\_\_\_    **Name:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar KV	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Pathologisch tätiger Krankenhausarzt</b>								
II 23	Selbständige Beurteilung von mind. 50 Mammakarzinomen jeweils innerhalb eines Zeitraums von 12 Monaten. Ist der Nachweis nicht geführt worden, so informiert hierüber die KV den Arzt. Der Nachweis kann innerhlab von 10 Monaten nach dem in Satz 1 genannten Zeitraum erneut geführt werden.	BMV § 29 Abs 3, 4	Bestätigung KV	Zeitraum von - bis Fallzahl ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____	erfüllt verschoben  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	jährliche Durchführung erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung



*Kassenärztliche Vereinigung  
(Pro Person ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
KV-Mitarbeiter: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

### Gesamturteil

Gesamturteil:            erfüllt:             erfüllt mit Auflagen:             nicht erfüllt:   
Vorzeitige Kontrolle:             in: \_\_\_\_\_ Monaten

Kommentarfeld:

(Re-)Zertifizierungsteam:

Nr.	Name:	Institution:	Funktion:	Unterschrift:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Datum: \_\_\_\_\_



**Berichtsbogen Rezertifizierung  
Organisation der Screening-Einheit  
Öffnungszeiten**



Programmverantwortlicher Arzt

*(Pro Mammographie- und pro Abklärungs-Einheit ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**A) Mammographie-Einheit**

**Nr.:** \_\_\_\_\_ **Bezeichnung:** \_\_\_\_\_

	Zeitraum (Monat / Jahr)			
	von		bis	
<b>Montag</b>	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Dienstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Mittwoch</b>	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Donnerstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Freitag</b>	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Samstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr

Bei Änderungen bitte ausfüllen:

	Zeitraum (Monat/Jahr)				Zeitraum (Monat/Jahr)			
	von		bis		von		bis	
<b>Montag</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Dienstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Mittwoch</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Donnerstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Freitag</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Samstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr



**Berichtsbogen Rezertifizierung  
Organisation der Screening-Einheit  
Öffnungszeiten**



Programmverantwortlicher Arzt

*(Pro Mammographie- und pro Abklärungs-Einheit ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**B) Abklärungs-Einheit**

**Nr.:** \_\_\_\_\_ **Bezeichnung:** \_\_\_\_\_

	Zeitraum (Monat / Jahr)			
	von		bis	
<b>Montag</b>	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Dienstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Mittwoch</b>	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Donnerstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Freitag</b>	von	Uhr	bis	Uhr

Bei Änderungen bitte ausfüllen:

	Zeitraum (Monat/Jahr)				Zeitraum (Monat/Jahr)			
	von		bis		von		bis	
<b>Montag</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Dienstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Mittwoch</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Donnerstag</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr
<b>Freitag</b>	von	Uhr	bis	Uhr	von	Uhr	bis	Uhr



## Berichtsbogen Rezertifizierung Organisation der Screening-Einheit

### Organisation

Programmverantwortlicher Arzt

*(Pro Mammographie- und pro Abklärungs-Einheit ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**A) Mammographie-Einheit**      **Nr.:** \_\_\_\_\_      **Bezeichnung:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar PVA	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Mammographie-Einheit</b>								
III 1	Es muss jeweils mind. ein Raum zur Anmeldung und als Warteraum für die Frauen, sowie ein Raum für die Erstellung der Screening-Mammographiefraufnahmen vorhanden sein.	BMV § 31 Abs. 1 a	Bestätigung PVA	erfüllt    ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
III 2	Die Räume müssen eine organisatorische Einheit bilden, indem sie direkt miteinander verbunden sind und ein eigenständiger Zugang besteht.	BMV § 31 Abs. 1 a	Bestätigung PVA	erfüllt    ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
III 3	Diese Räume müssen an mind. drei Arbeitstagen pro Woche ausschließlich für die Erstellung von Mammographie-Aufnahmen zur Verfügung stehen. Dies kann auch in Halbtagsblöcken organisiert sein.	BMV § 31 Abs. 1 b	Organisationsbeschreibung	erfüllt    ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
III 4	Für die Erstellung der Screening-Mammographiefraufnahmen muss Personal vorhanden sein, das während der in § 31 festgelegten Zeiten für diese Aufgaben zur Verfügung steht.	BMV § 32 Abs. 1	Organisationsbeschreibung	erfüllt    ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
III 5	Der PVA muss durch organ. Maßnahmen sicherstellen, dass er unabhängig vom Ort der Erstellung der Aufnahmen für die rad. Fachkraft jederzeit erreichbar ist und erforderlichenfalls in angemessener Zeit vor Ort sein kann.	BMV § 9 Abs. 1	Organisationsbeschreibung	erfüllt    ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		





## Berichtsbogen Rezertifizierung Organisation der Screening-Einheit

### Organisation

Programmverantwortlicher Arzt

*(Pro Mammographie- und pro Abklärungs-Einheit ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**B) Abklärungs-Einheit**                      **Nr.:** \_\_\_\_\_                      **Bezeichnung:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar PVA	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Abklärungs-Einheit</b>								
III 6	Es muss jeweils mind. ein Raum zur Anmeldung und als Warteraum für die Frauen, sowie ein Raum für die Durchführung der Untersuchungen im Rahmen der Abklärungsdiagnostik vorhanden sein.	BMV § 31 Abs. 2 a	Bestätigung PVA	erfüllt    ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
III 7	Diese Räume müssen mind. 1x pro Woche für die Dauer von mind. 4 aufeinander folgenden Stunden ausschließlich für die Durchführung der Abklärungsdiagnostik zur Verfügung stehen.	BMV § 31 Abs. 2 b	Organisa- tionsbe- schreibung	erfüllt    ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
III 8	Für die Abklärungsdiagnostik muss Personal vorhanden sein, das während der in § 31 festgelegten Zeiten für diese Aufgaben zur Verfügung steht.	BMV § 32 Abs. 1	Organisa- tionsbe- schreibung	erfüllt    ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
III 9	Die Einheit zur Abklärungsdiagnostik ist mindestens mit einem Röntgengerät für die Abklärungsdiagnostik ausgestattet.	BMV § 22 Abs. 5	Bestätigung PVA	erfüllt    ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
III 10	Die Einheit zur Abklärungsdiagnostik ist mindestens mit einem Gerät für die Ultraschalldiagnostik ausgestattet.	BMV § 22 Abs. 5	Bestätigung PVA	erfüllt    ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
III 11	Die Einheit zur Abklärungsdiagnostik ist mindestens mit einer Vorrichtung zur Biopsie unter Ultraschallkontrolle ausgestattet.	BMV § 22 Abs. 5	Bestätigung PVA	erfüllt    ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Organisation der Screening-Einheit

### Organisation

Programmverantwortlicher Arzt

(Pro Mammographie- und pro Abklärungs-Einheit ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### Gesamturteil

Gesamturteil: erfüllt:  erfüllt mit Auflagen:  nicht erfüllt:

Vorzeitige Kontrolle:  in: \_\_\_\_\_ Monaten

Kommentarfeld:

(Re-)Zertifizierungsteam:

Nr.	Name:	Institution:	Funktion:	Unterschrift:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Datum: \_\_\_\_\_



Referenzzentrum

(Pro Mammographie-Gerät ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

### A) Screening-Einheit (nur digital)

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar RZ	Rezertifizierung	Kommentar Prüfer	Auflagen
<b>Gerätekompatibilität</b>								
IV 1	Die Filmbetrachtungsgeräte bzw. Bildwiedergabegeräte innerhalb einer Screening-Einheit haben eine adäquate und einheitliche Befundung der in der Screening-Einheit erstellten Screening-Mammographieaufnahmen zu gewährleisten. Diese Anforderung ist im Rahmen der Zertifizierung nach § 37 anhand von Prüfkörperaufnahmen und einer Mammographieaufnahme zu prüfen.		Bestätigung RZ	Veränderungen der Geräte ggb. Zertifizierung ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kompatibilität gewährleistet ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Prüfung bei Zertifizierung und bei Änderungen der Geräte ggb. der Zertifizierung erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		



Referenzzentrum

(Pro Mammographie-Gerät ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**B) Mammographie-Gerät**      **Nr.:** \_\_\_\_\_      **Bezeichnung:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar RZ	Rezertifizierung	Kommentar Prüfer	Auflagen
<b>Verfahren zur technischen Qualitätssicherung</b>								
IV 2	Sachgerechte Durchführung und Dokumentation der Verfahren zur technischen Qualitätssicherung mit hoher Prüfhäufigkeit (arbeitstäglich, -wöchentlich, -monatlich) durch den PVA oder von ihm beauftragten Personen.	BMV §33 Nr. 2 i. V. m. BMV Anh. 7 Nr. 4	Bestätigung RZ	Prüfungen fristgerecht durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht durchg. <input type="checkbox"/>		Fristgerechte Durchführung, Dokumentation & Reaktion erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
IV 3	Sachgerechte Durchführung und Dokumentation der Verfahren zur technischen Qualitätssicherung mit niedriger Prüfhäufigkeit durch einen Medizophysiker des RZ vor Ort.	BMV §33 Nr. 2 i. V. m. BMV Anh. 7 Nr. 5	Bestätigung RZ	Prüfungen fristgerecht durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht durchg. <input type="checkbox"/>		Fristgerechte Durchführung, Dokumentation & Reaktion erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
IV 4	Arbeitstägliche Übermittlung der aktuellen Prüfergebnisse (in Prüfberichten) und arbeitswöchentliche Übermittlung der bei den Prüfungen erstellten Röntgenbilder an das RZ.	BMV §33 Nr. 2 i. V. m. BMV Anh. 7 Nr. 7	Bestätigung RZ	Übermittlungen fristgerecht durchgeführt <input type="checkbox"/> nicht durchg. <input type="checkbox"/>		Fristgerechte Übermittlung erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
IV 5	Optische Zieldichte (nur für analoge Geräte)	BMV Anh. 10	Kennzahlen-analyse	ermittelter Wert:		Sollwert 1,4 - 1,8 OD erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen 1,4 - 1,8 OD erreicht <input type="checkbox"/>		
IV 6	Räumliches Auflösungsvermögen (nur für analoge Geräte)	BMV Anh. 10	Kennzahlen-analyse	ermittelter Wert:		Sollwert > 10 LP/mm erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen > 13 LP/mm erreicht <input type="checkbox"/>		
IV 7	Einfalldosis	BMV Anh. 10	Kennzahlen-analyse	ermittelter Wert:		Sollwert < 15 mGy erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen < 14 mGy erreicht <input type="checkbox"/>		
IV 8	Kontrastauflösung	BMV Anh. 10	Kennzahlen-analyse	ermittelter Wert:		Sollwert < 1,5 % erreicht <input type="checkbox"/>		

# IV

## Berichtsbogen Rezertifizierung Technische Qualitätssicherung



Referenzzentrum  
(Pro Mammographie-Gerät ist der entsprechende Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

### Gesamturteil

Gesamturteil: erfüllt:  erfüllt mit Auflagen:  nicht erfüllt:   
Vorzeitige Kontrolle:  in: \_\_\_\_\_ Monaten

Kommentarfeld:

(Re-)Zertifizierungsteam:

Nr.	Name:	Institution:	Funktion:	Unterschrift:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Datum: \_\_\_\_\_



## Berichtsbogen Rezertifizierung Workflow und Organisation der Screening-Kette



*Programmverantwortlicher Arzt*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfhalte und -vorgehen			Stand Umsetzung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
Erstellung								
V 1	Der radiologischen Fachkraft müssen in der Regel für die Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen die Voraufnahmen vorliegen, die bei der vorangegangenen Teilnahme der Frau am Früherkennungsprogramm erstellt worden sind. Sollten ausnahmsweise die Voraufnahmen nicht vorliegen, sind die Gründe zu dokumentieren.	BMV § 9 Abs. 2	Selbstauskunft / Erläuterung	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Workflow und Organisation der Screening-Kette



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Stand Umsetzung			Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar		Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Doppelbefundung</b>									
V 2	Die Aufnahmen werden von zwei Ärzten unabhängig befundet, d.h. die Befundung erfolgt ohne Kenntnis des Befundes des jeweiligen anderen Arztes, sowie räumlich oder zeitlich getrennt.	BMV § 10 Abs. 2 a	Selbstauskunft / Erläuterung	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
V 3	Der PVA hat zu beachten, dass jedem befundenden Arzt die Möglichkeit gegeben wird, dass er die geforderte Anzahl von jährlich zu befundenden Screening-Mammographieaufnahmen erreichen kann. Es können auch weniger Aufnahmen vorgelegt werden, soweit der befundende Arzt dieses dem PVA zuvor schriftlich mitgeteilt hat.	BMV § 10 Abs. 2 b S.2 & S.3	Selbstauskunft / Erläuterung	Befunder	Fallz. beachtet	Bescheinigung vom	jährlich erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....			
V 4	Der PVA kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gemäß § 3 Abs. 2 den Versorgungsauftrag.	BMV § 10 Abs.2 c	Selbstauskunft / Erläuterung	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
V 5	Bei der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen sind in der Regel geeignete Voraufnahmen aus dem Früherkennungsprogramm einzubeziehen. Sollten ausnahmsweise keine geeigneten Voraufnahmen vorliegen, sind die Gründe zu dokumentieren.	BMV § 10 Abs. 3	Selbstauskunft / Stichprobe	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
V 6	Ergibt die Doppelbefundung (auch Supervision) einen "unauffälligen" Befund, teilt der Arzt der Frau das Ergebnis schriftlich mit. Der Zeitraum zwischen der Erstellung der Screening-Mammographie und der Mitteilung des Ergebnisses wurde dokumentiert und soll 7 Werkktagen nicht überschreiten.	BMV § 10 Abs. 4 S.2 & S.3 bzw. Abs. 5 S.2 & S.3	Selbstauskunft / Stichprobe	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Workflow und Organisation der Screening-Kette



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Stand Umsetzung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Doppelbefundung</b>								
V 7	Hat mindestens ein Arzt die Screening-Mammographieaufnahmen gem. der festgelegten Dokumentation als "auffällig" befundet, werden diese Aufnahmen durch den PVA in die Konsensuskonferenz nach § 11 eingebracht und durch den PVA zusätzlich beurteilt.	BMV § 10 Abs. 4 S. 4	Selbstauskunft / Stichprobe	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
V 8	<u>Befundung unter Supervision:</u> Der PVA hat sichergestellt, dass an der Befundung höchstens ein Arzt unter Supervision teilnimmt. Nach Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrags dürfen für längstens 12 Monate zwei Ärzte unter Supervision an der Befundung teilnehmen.	BMV § 10 Abs. 5 S.5 und BMV § 41 b Nr. 3	Selbstauskunft / Stichprobe	Zeitraum von - bis ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____ ____ - ____	Befunder unter Supervision	laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
<b>Konsensuskonferenz</b>								
V 9	Der PVA ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Konsensuskonferenz durchzuführen.	BMV § 11 Abs. 1	Selbstauskunft / Erläuterung	Zeitraum: _____ - _____ - _____ - _____	Wochentag: _____ _____ _____ _____	Ort: _____ _____ _____ _____	einmal die Woche erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
V 10	Teilnehmer der Konsensuskonferenz sind insbesondere der PVA und die beiden Ärzte, die an der Doppelbefundung teilgenommen haben.	BMV § 11 Abs. 2	Selbstauskunft / Erläuterung	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
V 11	In der Konsensuskonferenz werden die Fälle, die von mindestens einem Arzt in der Befundung als "auffällig" befundet worden sind, eingebracht und kollegial beraten. Dabei sind in der Regel geeignete Voraufnahmen aus dem Früherkennungsprogramm einzubeziehen.	BMV § 11 Abs. 2	Selbstauskunft / Erläuterung	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
V 12	Ergibt die Konsensuskonferenz, dass die Mammographie "auffällig" ist und Abklärungsbedarf besteht, teilt der PVA das Ergebnis der Frau mit und lädt sie kurzfristig zur Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik ein.	BMV § 11 Abs. 5 S. 1	Selbstauskunft / Stichprobe	schriftl. Mitteilung an Frau ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			schriftl. Mitteilung erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
				kurzfristige Terminvergabe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			kurzfr. Terminvergabe erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	





## Berichtsbogen Rezertifizierung Workflow und Organisation der Screening-Kette



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Stand Umsetzung			Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen	
<b>Abklärungsdiagnostik</b>									
V 13	Der PVA ist verpflichtet, i.d.R. mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen.	BMV § 12 Abs. 1	Selbstauskunft / Erläuterung	Zeitraum: _____ Wochentag: _____ Ort: _____		einmal die Woche erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
V 14	Sollte ausnahmsweise eine Mammographie zur Kontrolle innerhalb eines Zeitraums für notwendig erachtet werden, sind die Gründe hierfür zu dokumentieren.	BMV § 12 Abs. 4 S. 2	Selbstauskunft / Stichprobe	Gründe dokum. ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
<b>multidisziplinäre Fallkonferenzen</b>									
V 15	Der PVA ist verpflichtet, i.d.R. mindestens einmal in der Woche eine präoperative und postoperative multidisziplinäre Fallkonferenz durchzuführen.	BMV § 13 Abs. 1	Selbstauskunft / Erläuterung	Zeitraum: _____ Wochentag: _____ Ort: _____ präoperative Fallkonferenz: - _____ postoperative Fallkonferenz: - _____		einmal die Woche präoperative Fallkonferenz: erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> postoperative Fallkonferenz: erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
<b>präoperative Fallkonferenz</b>									
V 16	Es werden in der präoperativen Konferenz die Fälle eingebracht und kollegial beraten, bei denen der Verdacht auf einer malignen Erkrankung der Brust auf Grund der bildgebenden Untersuchungen nicht ausgeräumt werden konnte.	BMV § 13 Abs. 2 a	Selbstauskunft / Stichprobe	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
V 17	Teilnehmer der präoperativen Fallkonferenz sind insbes. der PVA und der Pathologe, der die histopath. Beurteilung der Präparate vorgenommen hat. Hinzugez. werden sollten der Operateur, der die Frau ggf. operieren wird, einschl. der rad. und path. tätigen Ärzte, die mit dem Operateur kooperieren sowie eine radiologische Fachkraft.	BMV § 13 Abs. 2 b	Selbstauskunft / Stichprobe	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
V 18	Der PVA teilt der Frau das Ergebnis der präoperativen Fallkonferenz in der mit der Frau vereinbarten Form mit. Der Zeitraum zwischen dem Beginn der Abklärung und der Mitteilung des Ergebnisses ist zu dokumentieren und soll eine Woche nicht überschreiten.	BMV § 13 Abs. 2 d S.1 & S.2	Selbstauskunft / Erläuterung	Mitteilung in vereinb. Form ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Dokumentation & Einhaltung Zeitraum ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Mitteilung erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zeitraum erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			



## Berichtsbogen Rezertifizierung Workflow und Organisation der Screening-Kette



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Stand Umsetzung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
postoperative Fallkonferenz								
V 19	Soweit die Diagnose für eine Krebserkrankung der Brust besteht, veranlasst der PVA die weitere Behandlung und informiert mit Zustimmung der Frau den behandelnden Arzt.	BMV § 13 Abs. 2 d S.3	Selbstauskunft / Erläuterung	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
V 20	Es werden in der postoperativen Konferenz die Fälle eingebracht und beraten, bei denen vom PVA auf Grund der Ergebnisse der präoperativen multidisziplinären Fallkonferenz eine Operation veranlasst worden ist.	BMV § 13 Abs. 3 a	Selbstauskunft / Stichprobe	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
V 21	Teilnehmer der postoperativen Fallkonferenz sind der PVA und der Pathologe, der die histopath. Beurteilung der Präparate vorgenommen hat. Hinzugez. werden sollen der Operateur, der die Frau operiert hat, einschl. der rad. und path. tätigen Ärzte, die mit dem Operateur kooperiert haben.	BMV § 13 Abs. 3 b	Selbstauskunft / Stichprobe	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Dokumentation / EDV								
V 22	Die Erfassung der geforderten Angaben zu den Dokumentationen sowie die Abrechnung der Leistungen mit der KV muss EDV-gestützt erfolgen. Die für die Abrechnung verwandte Software muss die Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation nachweisen und von der KBV zertifiziert sein.	BMV § 32 Abs. 2	Selbstauskunft / Erläuterung	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
V 23	Die im Rahmen des Früherkennungsprogramms durchgeführten Untersuchungen sind auf standardisierten Dokumentationsbögen zu dokumentieren. Die Inhalte der Bögen sind in Anlage VI festgelegt.	KFU Buchst. I Abs. 1 S.1 & S.2	Selbstauskunft / Erläuterung	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
V 24	Die jeweils vollständige und standardisierte Dokumentation sowie, im Falle einer Brustkrebserkrankung, die Meldung an das zuständige Krebsregister, sofern eine Meldepflicht nach den landesrechtlichen Bestimmungen besteht, sind Voraussetzungen für die Abrechnungsfähigk. der jew. Untersuchg.	KFU Buchst. I Abs. 2	Selbstauskunft / Erläuterung	erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		laufend erfüllt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		



**Berichtsbogen Rezertifizierung  
Workflow und Organisation der Screening-Kette**



*Programmverantwortlicher Arzt*

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

**Gesamturteil**

Gesamturteil:      erfüllt:       erfüllt mit Auflagen:       nicht erfüllt:   
Vorzeitige Kontrolle:       in: \_\_\_\_\_ Monaten

Kommentarfeld:

(Re-)Zertifizierungsteam:

Nr.	Name:	Institution:	Funktion:	Unterschrift:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Datum: \_\_\_\_\_

**Berichtsbogen Rezertifizierung**  
**Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung**  
**Auflagen**  
*Programmverantwortlicher Arzt*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Beschreibung der Auflage		Frist zu erfüllen bis:	Status Umsetzung Beschreibung / Nachweis	Ergebnisvermerk KoopG		
	Prüfinhalt / Gerät	Auflage (Beschreibung)			erfüllt	Kommentar KoopG	erneute Auflage
<b>Praxisausstattung und Geräte</b>							
VI 1					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 2					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 3					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 4					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 5					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		

**Berichtsbogen Rezertifizierung**  
**Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung**  
**Auflagen**  
*Programmverantwortlicher Arzt*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Beschreibung der Auflage		Frist zu erfüllen bis:	Status Umsetzung Beschreibung / Nachweis	Ergebnisvermerk KoopG		
	Name	Auflage (Beschreibung)			erfüllt	Kommentar KoopG	erneute Auflage
Personen							
VI 1					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 2					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 3					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 4					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 5					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		

**Berichtsbogen Rezertifizierung**  
**Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung**  
**Auflagen**  
*Programmverantwortlicher Arzt*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Beschreibung der Auflage		Frist zu erfüllen bis:	Status Umsetzung Beschreibung	Ergebnisvermerk KoopG		
	Prüfinhalt	Auflage (Beschreibung)			erfüllt	Kommentar KoopG	erneute Auflage
Organisation							
VI 1					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 2					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 3					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 4					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		
VI 5					ja <input type="checkbox"/>		
					teilweise <input type="checkbox"/>		
					nein <input type="checkbox"/>		

**Berichtsbogen Rezertifizierung**  
**Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung**  
**Änderungen**



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Änderung		bereits zertifiziert (nachgemeldet)?		Ergebnisvermerk	
	Änderung zum (Datum)	Beschreibung	ja Zertifizierungsprotokoll / Freigabe beifügen	nein	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Praxisausstattung / Geräte</b>						
VI 1			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zertifizierungs- vorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI 2			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zertifizierungs- vorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI 3			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zertifizierungs- vorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI 4			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zertifizierungs- vorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

## Berichtsbogen Rezertifizierung Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung Änderungen



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_ Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Änderung		bereits zertifiziert (nachgemeldet)?		Ergebnisvermerk	
	Änderung zum (Datum)	Beschreibung	ja Zertifizierungsprotokoll / Freigabe beifügen	nein	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Praxisausstattung / Geräte</b>						
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		



## Berichtsbogen Rezertifizierung Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung Änderungen



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_ Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Änderung		bereits zertifiziert (nachgemeldet)?		Ergebnisvermerk	
	Änderung zum (Datum)	Beschreibung	ja Zertifizierungsprotokoll / Freigabe beifügen	nein	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Personen</b>						
VI 1			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI 2			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI 3			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI 4			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>  Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

## Berichtsbogen Rezertifizierung Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung Änderungen



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_ Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Änderung		bereits zertifiziert (nachgemeldet)?		Ergebnisvermerk	
			ja	nein	Kommentar KoopG	Auflagen
Änderung zum (Datum)	Beschreibung	Zertifizierungsprotokoll / Freigabe beifügen				
<b>Personen</b>						
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

**Berichtsbogen Rezertifizierung**  
**Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung**  
**Änderungen**



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Änderung		bereits zertifiziert (nachgemeldet)?		Ergebnisvermerk	
	Änderung zum (Datum)	Beschreibung	ja Zertifizierungsprotokoll / Freigabe beifügen	nein	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Organisation</b>						
VI 1			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zertifizierungs- vorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI 2			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zertifizierungs- vorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI 3			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zertifizierungs- vorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI 4			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Zertifizierungs- vorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

## Berichtsbogen Rezertifizierung Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung Änderungen



Programmverantwortlicher Arzt

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_ Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Nr.	Änderung zum (Datum)	Änderung Beschreibung	bereits zertifiziert(nachgemeldet)?		Ergebnisvermerk	
			ja Zertifizierungsprotokoll / Freigabe beifügen	nein	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Organisation</b>						
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
VI			Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Protokoll vorhanden ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
				Zertifizierungsvorgaben erfüllt? ja <input type="checkbox"/> mit geringfügigen Mängeln <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		

**Berichtsbogen Rezertifizierung**  
**Auflagen aus und Änderungen gegenüber der letzten Rezertifizierung**  
**Änderungen**  
*Programmverantwortlicher Arzt*



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_ Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

### Gesamturteil

Gesamturteil: erfüllt:  erfüllt mit Auflagen:  nicht erfüllt:   
 Vorzeitige Kontrolle:  in: \_\_\_\_\_ Monaten

Kommentarfeld:

(Re-)Zertifizierungsteam:

Nr.	Name:	Institution:	Funktion:	Unterschrift:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Datum: \_\_\_\_\_



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar	Rezertifizierung	Kommentar Prüfer	Auflagen
<b>Kernparameter</b>								
<b>Einladung</b>								
VII 1	Einladungsrate Die Einladungsrate entspricht dem Anteil der eingeladenen Frauen von den anspruchsberechtigten Frauen bezogen auf den jeweiligen Betrachtungszeitraum. Frauen mit einer Einladungssperre, die gegenüber der ZS erklärt haben, definitiv nicht am Früherkennungsprogramm teilzunehmen und auch keine Einladung mehr erhalten, sind bei der Berechnung der Menge der anspruchsberechtigten Frauen auszuschließen.	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert: Quartal __ 20__ : ____ Quartal __ 20__ : ____ Quartal __ 20__ : ____ Quartal __ 20__ : ____ Quartal __ 20__ : ____ Quartal __ 20__ : ____ Quartal __ 20__ : ____ Quartal __ 20__ : ____	Gesamtanzahl / -anteil anspruchsberechtigter Frauen (2 Jahre)  Anzahl: _____  Anteil: _____	Sollwert 100% erreicht <input type="checkbox"/>  Gültig ab der dritten Rezertifizierung (60 Monate nach Start); eine vorübergehende Unterschreitung der Mindestanforderung von 100% in einzelnen Quartalen kann durch die Flexibilisierung der Wiedereinladungsfrist (22 - 26 Monate) verursacht werden und ist zulässig!		
<b>Befundung von Screening-Mammographie-Aufnahmen und Durchführung der Abklärungsdiagnostik</b>								
VII 2	Anteil der Frauen, bei denen die Indikation für die Abklärungsdiagnostik festgestellt wurde und die zur Abklärungsdiagnostik eingeladen wurden (Wiedereinbestellungsrate)	Erst- Screening- Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:	Sollwert < 7 % erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen < 5 % erreicht <input type="checkbox"/>		
		Folge- Screening- Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:	Sollwert < 5 % erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen < 3 % erreicht <input type="checkbox"/>		
VII 3	Brustkrebsentdeckungsrate, ausgedrückt als das Vielfache der regionalen ohne Screening zu erwartenden Brustkrebsneuerkrankungsrate (Hintergrundinzidenz - IR) Gilt nur dann als Kernparameter, sofern die regionale Hintergrundinzidenz ermittelbar ist.	Erst- Screening- Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:	Sollwert ≥ 3 × IR erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen > 3 × IR erreicht <input type="checkbox"/>		
		Folge- Screening- Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:	Sollwert ≥ 1,5 × IR erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen > 1,5 × IR erreicht <input type="checkbox"/>		
VII 4	Anteil der im Früherkennungsprogramm entdeckten duktales In-situ-Karzinome	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert ≥ 10 % erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen > 15 % erreicht <input type="checkbox"/>		



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar	Rezertifizierung	Kommentar Prüfer	Auflagen
<b>Befundung von Screening-Mammographie-Aufnahmen und Durchführung der Abklärungsdiagnostik</b>								
VII 5	Anteil der im Früherkennungsprogramm entdeckten invasiven Karzinome mit einer Größe ≤ 10 mm	Erst-Screening-Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen-analyse	ermittelter Wert:		empfohlen ≥ 25 % erreicht <input type="checkbox"/>	
		Folge-Screening-Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen-analyse	ermittelter Wert:		Sollwert ≥ 25 % erreicht <input type="checkbox"/>	
							empfohlen ≥ 30 %	
VII 6	Anteil der im Früherkennungsprogramm entdeckten invasiven Karzinome mit einer Größe < 15 mm		BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen-analyse	ermittelter Wert:		Sollwert ≥ 50 % erreicht <input type="checkbox"/>	
							empfohlen > 50 % erreicht <input type="checkbox"/>	
VII 7	Intervallkarzinomrate als Verhältnis der regionalen ohne Screening zu erwartenden Brustkrebs-neuerkrankungsrate (Hintergrundinzidenz) <small>Gilt nur dann als Kernparameter, sofern die regionale Hintergrundinzidenz ermittelbar ist.</small>	im ersten Jahr (0 - 11 Monate) nach Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen-analyse	ermittelter Wert:		Sollwert ≤ 30 % erreicht <input type="checkbox"/>	
		im zweiten Jahr (12 - 23 Monate) nach Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen-analyse	ermittelter Wert:		empfohlen < 30 % erreicht <input type="checkbox"/>	
							Sollwert ≤ 50 % erreicht <input type="checkbox"/>	
		empfohlen < 50 % erreicht <input type="checkbox"/>						



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar	Rezertifizierung	Kommentar Prüfer	Auflagen
<b>sonstige Parameter</b>								
Einladung								
VII 8	Teilnahmerate	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert $\geq 70\%$ erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen $> 75\%$ erreicht <input type="checkbox"/>		
Erstellung von Screening-Mammographieaufnahmen								
VII 9	Anteil der Frauen, bei denen Screening-Mammographie-Aufnahmen wegen Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität wiederholt werden mussten	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert $< 3\%$ erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen $< 1\%$ erreicht <input type="checkbox"/>		
Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen und Durchführung der Abklärungsdiagnostik und postoperative Angaben								
VII 10	Anteil der Frauen, bei denen ausnahmsweise eine Mammographie zur Kontrolle innerhalb eines bestimmten Zeitraums für notwendig erachtet wurde	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert $< 1\%$ erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen $0\%$ erreicht <input type="checkbox"/>		
VII 11	Anteil der im Früherkennungsprogramm entdeckten Karzinome im Stadium II+	Erst-Screening-Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:	empfohlen $< 30\%$ erreicht <input type="checkbox"/>		
		Folge-Screening-Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:	Sollwert $\leq 25\%$ erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen $< 25\%$ erreicht <input type="checkbox"/>		
VII 12	Anteil der im Früherkennungsprogramm entdeckten Karzinome ohne Lymphknotenbefall	Erst-Screening-Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:	empfohlen $> 70\%$ erreicht <input type="checkbox"/>		
		Folge-Screening-Untersuchung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:	Sollwert $\geq 75\%$ erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen $> 75\%$ erreicht <input type="checkbox"/>		





Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar	Rezertifizierung	Kommentar Prüfer	Auflagen
Befundung von Screening-Mammographie-Aufnahmen und Durchführung der Abklärungsdiagnostik und postoperative Angaben								
VII 13	Verhältnis der Stanzbiopsien unter Ultraschallkontrolle mit benignem und malignem Befund	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:				
VII 14	Verhältnis der Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle mit benignem und malignem Befund	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:				
VII 15	Verhältnis der Vakuumstanzbiopsie mit benignem und malignem Befund	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:				
VII 16	Anteil der im Früherkennungsprogramm entdeckten klinisch okkulten / nicht palpablen Karzinome, deren Malignität präoperativ diagnostiziert wurde	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert $\geq 70\%$ erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen $> 70\%$ erreicht <input type="checkbox"/>		
VII 17	Anteil Stanz- und Vakuumbiopsien mit unzureichendem Ergebnis	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert $< 20\%$ erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen $< 10\%$ erreicht <input type="checkbox"/>		
VII 18	Verhältnis der offenen Biopsien mit benignem und malignem Befund	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert $\leq 1:2$ erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen $\leq 1:4$ erreicht <input type="checkbox"/>		



Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar	Rezertifizierung	Kommentar Prüfer	Auflagen
Fristen								
VII 19	Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von $\leq 7$ Werktagen zwischen Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen und Übermittlung des Ergebnisses der Screening-Mammographie	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert > 90 % erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen > 90 % erreicht <input type="checkbox"/>		
VII 20	Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von $\leq 1$ Woche zwischen Mitteilung des Verdachts auf eine maligne Erkrankung und angebotenem Termin zur diagnostischen Abklärung	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert > 90 % erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen > 90 % erreicht <input type="checkbox"/>		
VII 21	Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von $\leq 1$ Woche zwischen Beginn der diagnostischen Abklärung und Mitteilung des Ergebnisses der Abklärungsdiagnostik	BMV-Ä/EKV Anhang 10	Kennzahlen- analyse	ermittelter Wert:		Sollwert > 90 % erreicht <input type="checkbox"/> empfohlen > 90 % erreicht <input type="checkbox"/>		



Referenzzentrum

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
 Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
 Datum: \_\_\_\_\_

### Gesamturteil

Gesamturteil: erfüllt:  erfüllt mit Auflagen:  nicht erfüllt:   
 Vorzeitige Kontrolle:  in: \_\_\_\_\_ Monaten

Kommentarfeld:

(Re-)Zertifizierungsteam:

Nr.	Name:	Institution:	Funktion:	Unterschrift:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Datum: \_\_\_\_\_



Referenzzentrum  
(Pro Person ist der jeweilige Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**A) radiologische Fachkraft**      **Nr.:** \_\_\_\_\_      **Name:** \_\_\_\_\_

**Programmverantwortlicher Arzt:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar Dokumentator	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
Verfahren zur Selbstüberprüfung der diagnostischen Bildqualität von erstellten Screening-Mammographieaufnahmen								
VIII 1	Bezogen auf die radiologische Fachkraft ist eine Statistik zu erstellen, aus der hervorgeht, in welcher Anzahl und zu welchem Anteil Screening-Mammographien wegen Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität wiederholt werden mussten.	BMV § 24 Abs. 3 b i. V. m. BMV Anh. 4 Nr. 1	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Statistiken erstellt <input type="checkbox"/> teilw. erst. <input type="checkbox"/> nicht erst. <input type="checkbox"/> Frequenz: _____		regelmäßige Erstellung, Kontrolle & Reaktion erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
VIII 2	Der PVA ist verpflichtet, mindestens alle 6 Monate eine Beurteilung der Screening-Mammographien von 25 Frauen, die durch die jeweilige radiologische Fachkraft erstellt worden sind, im Hinblick auf die diagnostische Bildqualität vorzunehmen.	BMV § 24 Abs. 3 b i. V. m. BMV Anh. 4 Nr. 2	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Stichprobe am: _____ _____ _____ _____		Stichprobe alle 6 Monate, Ergebnis- dokumentation erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
VIII 3	Die Statistik sowie die Ergebnisse der Bildprüfung sind mindestens einmal im Jahr im Rahmen eines kollegialen Fachgespräches mit dem RZL eingehend zu beraten.	BMV § 24 Abs. 3 b i. V. m. BMV Anh. 4 Nr. 3	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Gespräch am: _____ _____ _____		Gespräch einmal im Jahr, Ergebnisdoku- mentation erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

## Berichtsbogen Rezertifizierung interne Qualitätssicherungsmaßnahmen



Referenzzentrum  
(Pro Person ist der jeweilige Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**B) Befunder** Nr.: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

**Programmverantwortlicher Arzt:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar Dokumentator	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Verfahren zur Selbstüberprüfung der Befundqualität</b>								
VIII 4	Dem Arzt wird der Anteil der entdeckten Karzinome (...), in Abständen von 6 Monaten auch im Vergleich zu anderen Ärzten vom PVA mitgeteilt.	BMV § 25 Abs. 4 d 1.	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Statistiken erstellt <input type="checkbox"/> teilw. erst. <input type="checkbox"/> nicht erst. <input type="checkbox"/> Frequenz: _____		regelmäßige Mitteilung, Vergleich alle 6 Monate erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
VIII 5	Dem Arzt wird der Anteil (...) der falsch-positiven und der falsch-neaktiven Befundungen, bezogen auf das Ergebnis der Konsensuskonferenz, in Abständen von 6 Monaten auch im Vergleich zu anderen Ärzten vom PVA mitgeteilt.	BMV § 25 Abs. 4 d 1.	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Statistiken erstellt <input type="checkbox"/> teilw. erst. <input type="checkbox"/> nicht erst. <input type="checkbox"/> Frequenz: _____		regelmäßige Mitteilung, Vergleich alle 6 Monate erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
VIII 6	Der Arzt (Befunder) ist verpflichtet, die Ergebnisse mindestens einmal im Jahr im Rahmen eines kollegialen Fachgesprächs mit dem PVA eingehend zu beraten.	BMV § 25 Abs. 4 d 1.	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Gespräch am: _____ _____ _____		Gespräch einmal im Jahr, Ergebnisdoku- mentation erfüllt: ja nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

## Berichtsbogen Rezertifizierung interne Qualitätssicherungsmaßnahmen



Referenzzentrum  
(Pro Person ist der jeweilige Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**C) Programmverantwortlicher Arzt**                      **Nr.:** 1                      **Name:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar Dokumentator	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
<b>Verfahren zur Selbstüberprüfung der Qualität sonographischer Stanzbiopsien</b>								
VIII 7	Statistik über die Zahl und den Anteil der selbst durchgeführten sonographischen Stanzbiopsien, bei denen in der prä-op. Fallkonferenz keine ausreichende Korrelation zwischen den Auffälligkeiten der Bildgebung und dem histopathologischen Befund festgestellt wurde	BMV § 27 Abs. 2 b	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Statistiken erstellt <input type="checkbox"/> teilw. erst. <input type="checkbox"/> nicht erst. <input type="checkbox"/> Frequenz: _____		regelmäßige Erstellung, Kontrolle & Reaktion erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
VIII 8	Fachgespräch mit dem RZ-Leiter über die Statistik der vom PVA durchgeführten sonographischen Stanzbiopsien, bei denen in der prä-op. Fallkonferenz keine ausreichende Korrelation zwischen den Auffälligkeiten der Bildgebung und dem histopath. Befund festgestellt wurde.	BMV § 27 Abs. 2 b	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Gespräch am: _____ _____ _____		Gespräch einmal im Jahr, Ergebnisdoku- mentation erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

## Berichtsbogen Rezertifizierung interne Qualitätssicherungsmaßnahmen



Referenzzentrum  
(Pro Person ist der jeweilige Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_

Dokumentator: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

**D) Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle**      **Nr.:** \_\_\_\_\_      **Name:** \_\_\_\_\_

**Programmverantwortlicher Arzt:** \_\_\_\_\_

NR.	Prüfinhalte und -vorgehen			Ergebnis Auswertung		Ergebnisvermerk		
	Zu prüfende Kriterien	Rechts- grundlage	Prüf- vorgehen	Ergebnis	Kommentar Dokumentator	Rezertifizierung	Kommentar KoopG	Auflagen
Verfahren zur Selbstüberprüfung der Qualität Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle								
VIII 9	Statistik über die Zahl und den Anteil der selbst durchgeführten stereotaktischen Stanzbiopsien, bei denen in der prä-op. Fallkonferenz keine ausreichende Korrelation zwischen den Auffälligkeiten der Bildgebung und dem histopathologischen Befund festgestellt wurde	BMV § 27 Abs. 4 b	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Statistiken erstellt <input type="checkbox"/> teilw. erst. <input type="checkbox"/> nicht erst. <input type="checkbox"/> Frequenz: _____		regelmäßige Erstellung, Kontrolle & Reaktion erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
VIII 10	Fachgespräch mit dem Arzt, welcher stereotaktische Stanzbiopsien durchführt über die Statistik der stereotaktischen Stanzbiopsien, bei denen in der prä-op. Fallkonferenz keine ausreichende Korrelation zwischen den Auffälligkeiten der Bildgebung und dem histopath. Befund festgestellt wurde.	BMV § 27 Abs. 4 b	Bestätigung RZ / Selbst- auskunft PVA	Gespräch am: _____ _____ _____		Gespräch einmal im Jahr, Ergebnisdoku- mentation erfüllt:            ja    nein <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		





## Berichtsbogen Rezertifizierung interne Qualitätssicherungsmaßnahmen



*Referenzzentrum*  
(Pro Person ist der jeweilige Abschnitt einmal auszufüllen)

Screening-Einheit: \_\_\_\_\_  
Dokumentator: \_\_\_\_\_

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_  
Datum: \_\_\_\_\_

### Gesamturteil

Gesamturteil:      erfüllt:       erfüllt mit Auflagen:       nicht erfüllt:   
Vorzeitige Kontrolle:       in: \_\_\_\_\_ Monaten

Kommentarfeld:

(Re-)Zertifizierungsteam:

Nr.	Name:	Institution:	Funktion:	Unterschrift:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Datum: \_\_\_\_\_