

### Anlage VI: Inhalte der Dokumentationen gemäß Abschnitt B Nr. 4 Buchstabe I

#### 1. Screening-Mammographiefnahmen

##### 1.1 Erstellung der Screening-Mammographiefnahmen

Die Erstellung der Screening-Mammographiefnahmen ist wie folgt zu dokumentieren:

1. Angaben zur Person  
(Vorname, Familienname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-Identifikationsnummer)
2. Vertragsarzt Nummer
3. Name der radiologischen Fachkraft
4. Datum der Screening-Mammographie
5. Voraufnahmen hinzugezogen / nicht hinzugezogen, wenn nicht hinzugezogen, Begründung
6. Klinische Auffälligkeiten
  - Keine Auffälligkeiten
  - Auffälligkeiten (einschl. Lokalisation nach vorgegebenem Schema)
    - Narbe(n)
    - Zustand nach Mastektomie
    - Muttermal(e)/Warze(n)
    - Sonstige
7. Anzahl der erstellten Aufnahmen
  - Medio-lateral-oblique und Cranio-caudal
  - Bildwiederholung wegen Einschränkungen bei der diagnostischen Bildqualität angezeigt
  - Bildwiederholung wegen Einschränkungen bei der diagnostischen Bildqualität durchgeführt
  - Zusatzaufnahmen aus anatomischen Gründen angezeigt
  - Zusatzaufnahmen aus anatomischen Gründen durchgeführt
8. Abbruch der Untersuchung durch die Frau (einschl. Begründung)
9. Technische Aufnahmebedingungen (Röhrenspannung, Werte nach Nr. 1.8 Anhang 6 der Anlage 9.2 BMV-Ä und EKV)

### 1.2 Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen

Die Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen ist wie folgt zu dokumentieren:

1. Angaben zur Person  
(Vorname, Familienname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-Identifikationsnummer)
2. Vertragsarztnummer
3. Datum der Screening-Mammographie
4. Voraufnahmen hinzugezogen / nicht hinzugezogen; wenn nicht hinzugezogen, Begründung
5. Befundung der Mammographieaufnahmen
  - Unauffällig, kein Abklärungsbedarf
    - Normalbefund
    - Gutartige Läsion
  - Auffällig und Abklärungsbedarf
    - Läsion unklar, eher benigne
    - Läsion unklar, eher maligne
    - Läsion sicher maligne
    - Klinisch auffällig während Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (lt. Angabe der radiologischen Fachkraft)
6. Art der Läsion
  - Verdichtung
  - Mikrokalk
  - Architekturstörung
7. Lokalisation des abklärungsbedürftigen Befunds (nach vorgegebenem Schema)
8. Ggf. Feststellung von Einschränkungen bei der diagnostischen Bildqualität
9. Ggf. Empfehlung zur Wiederholung von Screening-Mammographieaufnahmen aufgrund von Einschränkungen der diagnostischen Bildqualität

Diese Anlage ist nicht mehr in Kraft.

## 2. Abklärungsdiagnostik

### 2.1 Klinische Untersuchung

Die klinische Untersuchung im Rahmen der Abklärungsdiagnostik ist wie folgt zu dokumentieren:

1. Angaben zur Person  
(Vorname, Familienname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-Identifikationsnummer)
2. Vertragsarztnummer
3. Ggf.: klinische Untersuchung nicht notwendig
4. Ggf.: klinische Untersuchung empfohlen, von Teilnehmerin abgelehnt
5. Datum der klinischen Untersuchung
6. Beurteilung der klinischen Untersuchung
  - Mammographischer Befund tastbar / nicht tastbar
  - Auffälligkeiten:
    - Verfärbung
    - Peau d'Orange
    - Sekretion
    - Regionale Lymphknoten auffällig/nicht auffällig

### 2.2 Mammographische Untersuchung

Die differenzierte Beurteilung der Screening-Mammographieaufnahmen einschl. der ggf. zusätzlichen Röntgenuntersuchungen ist wie folgt zu dokumentieren:

1. Angaben zur Person  
(Vorname, Familienname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-Identifikationsnummer)
2. Vertragsarztnummer
3. Ggf.: zusätzliche Röntgenuntersuchungen nicht notwendig
4. Ggf.: zusätzliche Röntgenuntersuchungen empfohlen, von Teilnehmerin abgelehnt
5. Datum der Screening-Mammographie, ggf. zusätzlichen Röntgenuntersuchungen
6. Wiederholung von Screening-Mammographieaufnahmen wegen Einschränkungen in der diagnostischen Bildqualität
7. Mammographische Zusatzprojektion
  - Medio-lateral
  - Erweitert Cranio-caudal
  - Zielaufnahme in Kompressionstechnik

- Vergrößerungsaufnahme
  - Andere
8. Art der Läsion
- 8.1 Verdichtung
- Keine Verdichtung
  - Verdichtung gut / schlecht abgegrenzt
  - Strahlige Verdichtung
  - Ausdehnung der Verdichtung
- 8.2 Mikrokalk
- Kein Mikrokalk
  - Feingranulär, überwiegend rund
  - Grobgranulär, überwiegend pleomorph
  - Überwiegend linear verzweigt
  - Verkalkung auf Drüsengänge ausgerichtet
  - Verkalkung nicht auf Drüsengänge ausgerichtet
  - Ausdehnung der Verkalkung
- 8.3 Architekturstörung
- Asymmetrie
  - Andere
- 8.4 Anderes
9. Befundung
- Normalbefund
  - Gutartige Läsion
  - Läsion unklar, eher benigne
  - Läsion unklar, eher maligne
  - Läsion sicher maligne
10. Lokalisation des Befundes (nach vorgegebenem Schema)

### 2.3 Ultraschalldiagnostische Untersuchung

Die ultraschalldiagnostische Untersuchung im Rahmen der Abklärungsdiagnostik ist wie folgt zu dokumentieren:

1. Angaben zur Person  
(Vorname, Familienname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-Identifikationsnummer)
2. Vertragsarzt Nummer
3. Ggf.: ultraschalldiagnostische Untersuchung nicht notwendig
4. Ggf.: ultraschalldiagnostische Untersuchung empfohlen, von Teilnehmerin abgelehnt
5. Datum der ultraschalldiagnostischen Untersuchung
6. Befundung

- Normalbefund
  - Herdbefund mit gutartigen Charakteristika
    - Zyste
    - Solide
  - Auffälligkeit von unklarer Dignität
  - Malignitätsverdächtiger Befund
  - Maligner Befund
7. Ausdehnung des Befundes
  8. Lokalisation des Befundes (nach vorgegebenem Schema)

### 2.4 Beurteilung der bisherigen Untersuchungen und Indikationsstellung zur Biopsie

Die Beurteilung der bisherigen bildgebenden und ggf. klinischen Untersuchungen sowie die Indikationsstellung zur Biopsie sind wie folgt zu dokumentieren:

1. Angaben zur Person  
(Vorname, Familienname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-Identifikationsnummer)
2. Vertragsarztnummer
3. Verbleib im Screening
4. Zusätzliche Kontrolluntersuchung (in Monaten)
5. Notwendigkeit einer Biopsie
  - Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle
  - Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle
  - Offene Biopsie
  - Sonstige Biopsie
6. Falls maligne
  - Klinische Stadieneinteilung (TNM)
  - Größe der Haupt- (größter Herd) und Gesamtläsion (in mm)

### 2.5 Biopsien

Die Biopsie im Rahmen der Abklärungsdiagnostik ist wie folgt zu dokumentieren:

1. Angaben zur Person  
(Vorname, Familienname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-Identifikationsnummer)
2. Vertragsarztnummer
3. Ggf.: Biopsie empfohlen, von Teilnehmerin abgelehnt
4. Datum der Biopsie

5. Medikation
  - Blutverdünnende Medikamente (ja / nein)
  - Allergien (ja / nein)
6. Art der Biopsie
  - Stanzbiopsie unter Ultraschallkontrolle
  - Stanzbiopsie unter Röntgenkontrolle
  - Offene Biopsie
  - Sonstige Biopsie
7. Durchführung
  - Nadeldurchmesser
  - Anzahl der Stenzen
  - Bei Vakuum-Biopsie: Clip eingelegt
  - Bei Mikrokalk:
    - Präparateradiographie durchgeführt
    - Mikrokalk in jeweiliger Stanze
8. Repräsentativität des Präparates
  - Repräsentativ
  - Fraglich / nicht repräsentativ
9. Ggf. Nachuntersuchungen
  - Hautverfärbung
  - Sonographie
    - Ggf. Hämatom (in mm)
    - Anderes

### 2.6 Histopathologische Beurteilung im Rahmen der Abklärungsdiagnostik

Die histopathologische Beurteilung der im Rahmen der Abklärungsdiagnostik gewonnenen Präparate ist wie folgt zu dokumentieren:

1. Angaben zur Person  
(Vorname, Familienname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-Identifikationsnummer)
2. Vertragsarztnummer
3. Herkunftsseite und Lokalisation sowie Anzahl der Schnittpräparate
4. Nachweis von Verkalkungen in der Präparateradiographie
5. Histologische Verkalkung (Auftreten, Art, Malignität, Bezug zur histologischen Läsion)
6. Histologische Beurteilung nach folgendem Muster:
  - B1 (nicht befriedigend)
  - B2 (benigne)
  - B3 (benigne, aber unsicheres Malignitätspotential (bioptische Abklärung nicht erforderlich / empfohlen))

- B4 (malignitätsverdächtig)
  - B5 (maligne (in situ, invasiv, unklar, ob in situ oder invasiv))
7. B-Klassifikation nicht möglich
  8. Histologische Diagnose
  9. Besonderheiten

### 2.7 Histopathologische Beurteilung eines Operationspräparates

Die histopathologische Beurteilung der im Rahmen einer Operation gewonnenen Präparate ist wie folgt zu dokumentieren:

1. Angaben zur Person  
(Vorname, Familienname, ggf. Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Wohnort, Krankenkasse, Screening-Identifikationsnummer)
2. Vertragsarztnummer
3. Allgemeine Hinweise
  - Histologische Kalzifikation
  - Präparateradiographie der Probe gesehen (ja / nein)
  - Mammographische Anomalie in der Probe (ja / nein)
  - Probe bei Operation geöffnet (ja / nein)
  - Art der Probe (Offene Biopsie, Segment-Resektion, Mastektomie)
  - Gewicht der Probe und Größe
  - Anzahl der Lamellen
4. Beschreibung der benignen Läsionen
  - Fibrozystische Mastopathie
  - Solitäre Zyste
  - Adenose
  - Sklerosierende Adenose, Apokrine Adenose
  - Komplexe sklerosierende Läsion / radiäre Narbe
  - Solitäres Papillom / Duktales Adenom / Adenomyoepitheliom
  - Multiple Papillome
  - Adenom der Mamille
  - Fibroadenom
  - Periduktale Mastitis / Duktektasie
  - Epitheliale Proliferation ohne Atypie
  - Atypische Epitheliale Proliferation (Atypische Hyperplasie), ggf. lobulär oder duktal
5. Beschreibung der malignen Läsionen:
  - Nicht invasiv
    - Duktal, hoher Kernmalignitätsgrad
    - Duktal, sonstiger Malignitätsgrad
    - Größe (nur duktal)

- Grading
  - Wachstumsmuster
  - Zelltyp / Muster
  - Morbus Paget
  - Mikroinvasion
  - Invasives Karzinom
    - Duktal / kein spez. Typ (NOS)
    - Lobulär
    - Medullär
    - Muzinös
    - Tubulär
    - Gemischt
    - Nicht zu beurteilen
    - Max. Ausdehnung des invasiven Tumors in mm
    - Gesamtgröße (einschl. DCIS mit einer Ausdehnung > 1mm außerhalb des invasiven Karzinoms)
    - Axilläre Lymphknoten (Gesamtzahl, Anzahl positiver Lymphknoten)
    - Sonstige Lymphknoten (Gesamtzahl, Anzahl positiver Lymphknoten)
    - Lokalisation der sonstigen Lymphknoten
    - Exzisionsränder (Tumor infiltriert Rand (ja / nein), nächstgelegener Rand)
    - Minimaler tumorfreier Resektionsrand in mm
    - Malignitätsgrad
    - Tumorausdehnung (umschrieben, multipel, nicht zu beurteilen)
    - Vaskuläre Invasion (Blut- oder Lymphgefäße)
    - Hormonrezeptor-Status
6. Abschließende histologische Diagnose.

Diese Anlagenspezifikation ist nicht mehr in Kraft.