

Abgaben- und gebührenfrei gem. §§ 109,110 ASVG
i.V.m. § 30 B-KUVG

8. Zusatzvereinbarung

zum Gesamtvertrag vom 9.6.2005 für den Bereich der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB), abgeschlossen zwischen dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit Zustimmung der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (VAEB) einerseits und der Bundeskurie niedergelassene Ärzte der Österreichischen Ärztekammer andererseits.

I.

Die Honorarordnung zum Gesamtvertrag 9.6.2005 wird wie folgt ergänzt: An die besonderen Bestimmungen für Fachärzte für Radiologie werden folgende Bestimmungen für die Durchführung kurativer Mammographien angefügt.

E. Tarif für Röntgendiagnostik und Röntgentherapie

durch Fachärzte für Radiologie

BESONDERE BESTIMMUNGEN

Eine kurative Mammographie darf ausschließlich bei folgenden Indikationen verrechnet werden:

a. familiäre erhöhte Disposition und/oder Hochrisikopatientinnen

*Anmerkung: Abklärung an Spezialambulanz für erblichen Brust- und Eierstockkrebs.
Wenn erhöhtes Risiko: 5 Jahre vor jüngstem familienanamnestischen Erkrankungsalter in 1-jährigen Intervallen.*

b. Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter)

c. Mastodynie einseitig

d. histologisch definierte Risikoläsionen

Anmerkung: z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ.

- e. Sekretion aus Mamille**
- f. Zustand nach Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio)**
- g. Zustand nach Mamma-OP (gutartig): ggf. einmalige Kontrolle**
- h. Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess**
- i. Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut**
Anmerkung: z.B. Mamillenretraktion, Orangerhaut, Plateaubildung, etc.

Mastopathie, zyklusabhängige beidseitige Beschwerden und Mastodynie beidseitig bedürfen keiner kurativen Abklärung und können daher nicht auf Kosten der VAEB verordnet/verrechnet werden.

RÖNTGENDIAGNOSTIK

Mammographie

Mammographie

| Pos. Nr. | Euro |
|-----------------------------------|-------|
| RM1 Mammographie, einseitig | 44,26 |
| RM2 Mammographie, beidseits | 85,62 |

Leistungsvoraussetzungen, Dokumentation, Evaluierung und Compendium Mammographie sind geregelt im Anhang 2.

Dementsprechend wird die bisher notwendige Position

„R 3h Zuschlag für die Mammographie (grundsätzlich 4 Aufnahmen im Abrechnungszeitraum verrechenbar), pro Aufnahme 6,26“ ersatzlos gestrichen.

II.

Der bisherige Anhang zur Honorarordnung erhält die Bezeichnung Anhang 1.

Der Honorarordnung wird folgender Anhang 2 zur standort- und arztbezogenen Qualitätssicherung der kurativen Mammographie angefügt:

1. Standort- und arztbezogene Qualitätssicherung bei der kurativen Mammographie

I. Leistungsvoraussetzungen:

Kurative Mammographien können nur von jenen Fachärzten/Fachärztinnen für Radiologie bzw. von jenen Gruppenpraxen erbracht werden (Leistungserbringer), welche die in der nachstehenden Vereinbarung geregelten Voraussetzungen erfüllen und von der VAEB auf Basis der maßgeblichen Zertifikate bzw. Nachweise zur Abrechnung der Leistungen berechtigt wurden. Die Verrechnungsmöglichkeit der Leistungen beginnt bzw. endet jeweils zu einem Quartalsbeginn bzw. Quartalsende.

Die Leistungserbringer werden über Beginn und Ende (siehe Pkt. 11) der Verrechnungsmöglichkeit von der VAEB informiert.

1.) An standortbezogenen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

- a) ausschließliche Verwendung von digitalen Geräten
- b) technische Qualitätssicherung gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 (vgl. Anlage 1 des 2. ZP VU-GV)
- c) Erstellung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Standort
- d) Absolvierung von regelmäßigen Fortbildungen der nichtärztlichen Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen, die die Mammographie durchführen (Punkt 10.).

2.) An persönlichen Voraussetzungen für die Leistungserbringung sind jedenfalls zu erfüllen:

- a) Befundung von Mammographieaufnahmen von jährlich mindestens 2.000 Frauen pro Radiologen/Radiologin. Es zählen sowohl Erst- und Zweitbefundungen wie auch kurative Mammographien.

Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von Hauptverband und Bundeskurie niedergelassene Ärzte (BKNÄ) im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der

Absenz, maximal aber um sechs Monate. Wenn ein/e Radiologe/Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann er/sie mit einer Fallsammlungsprüfung (vgl. ÖÄK Zertifikat Mammadiagnostik) wieder einsteigen. Neueinsteiger/Neueinsteigerinnen betreffend die Leistungserbringung dürfen eine Mindestfrequenz von 2.000 sukzessive binnen der ersten 24 Monate nachweisen, sofern sie als Zweitbefunder/Zweitbefunderin für einen erfahrenen Radiologen/eine erfahrene Radiologin tätig waren.

Können die Mindestfrequenzen einmalig im Verlauf der Leistungserbringung nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen.

- b) Absolvierung von Weiterbildungskursen vor Beginn der Leistungserbringung inkl. erfolgreicher Absolvierung einer Fallsammlungsprüfung, kontinuierliche Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation sowie die laufende Fortbildung.
- 3.) Der Nachweis der Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b ist die Basis für das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik gemäß Kompendium Mammographie Teil 2 (vgl. Anlage 2 des 2. ZP VU-GV). Ein gültiges ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik ist Voraussetzung für die Leistungserbringung.
 - 4.) Die Finanzierung der Fallsammlung, die für die Prüfung notwendige Hard- und Software sowie die Kosten der Prüfungsorganisation werden von dritter Seite übernommen. Solange keine schriftliche Finanzierungszusage vorliegt oder wenn eine bestehende Kostenzusage zurückgezogen wird und kein Ersatz gefunden wird, ist die Fallsammlungsprüfung gemäß Punkt 2. bzw. Kompendium Mammographie Teil 2 nicht Gegenstand dieser gesamtvertraglichen Regelung. Die Zusammenstellung der Fallsammlung oder der Ankauf einer solchen erfolgt in Abstimmung mit der ÖÄK und dem HV und hat den international üblichen wissenschaftlichen Standards zu entsprechen.
 - 5.) Die Zertifizierung der technischen Voraussetzungen (Punkt 1b) erfolgt durch die ÖÄK/ÖQMed gemäß Kompendium Mammographie Teil 1 durch Beauftragung einer auf dem Gebiet der Medizinphysik qualifizierten Einrichtung oder Person.
 - 6.) Die Nachweise der Mindestfrequenzen gemäß Punkt 1c und Punkt 2a erfolgen bei Beginn der Leistungserbringung durch Selbstangaben des Radiologen/ der Radiologin, die durch Stichproben überprüft werden können. Sobald der Koordinierungsstelle des Mammographie-Vorsorgeprogramms Daten im Programm zur Verfügung stehen, sind diese zur Feststellung der jährlichen Mindestfrequenzen heranzuziehen. Ab diesem Zeitpunkt ist das nächste volle Kalenderjahr maßgeblich.
 - 7.) Die Prüfung der persönlichen Voraussetzungen gemäß Punkt 2a und b, die Ausstellung von diesbezüglichen Zertifikaten sowie deren Aufrechterhaltung erfolgt durch die ÖÄK/Österreichische Akademie der Ärzte.

- 8.) Die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen gemäß Punkt 5 - 7, 9, 10 und 12 werden in eine Datenbank (Register), welche gemäß 2. ZP VU-GV eingerichtet wird, eingespeist und stehen der VAEB und der ÖÄK zur Verfügung.
- 9.) Der/Die im Falle einer Vertretung tätig werdende Radiologe/Radiologin hat die Qualitätskriterien und Qualifikationsanforderungen des Punktes 3 zu erfüllen.
- 10.) Die leistungserbringenden Radiologen/Radiologinnen sind verpflichtet, mit der Erstellung von Mammographien ausschließlich berufsrechtlich qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zu beauftragen. Diese haben regelmäßig an internen und mindestens alle drei Jahre an anerkannten Fortbildungsmaßnahmen teilzunehmen. Die Zertifikate über diese Fortbildungsmaßnahmen sind vor Beginn der Leistungserbringung vom Radiologen/von der Radiologin nachzuweisen.
- 11.) Liegen die Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vor, endet die verrechenbare Leistungserbringung mit Beginn des nächstfolgenden Abrechnungszeitraums.
- 12.) Weiterbildung vor Leistungserbringung und laufende Fortbildung: Die Weiterbildung vor Leistungserbringung, die erfolgreiche Absolvierung der Fallsammlung sowie die laufende Fortbildung werden nach Maßgabe des Punkt 3 durch die ÖÄK als „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ geregelt.
- 13.) Zertifikatskommission: Für das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ ist eine Zertifikatskommission gemäß „Kompendium Mammographie, Teil 2“ bei der ÖÄK eingerichtet.

II. Dokumentation

- 1.) Das Befundungsergebnis der Brustuntersuchungen (Befund der Mammographie, Mammasonographie) ist unveränderbar elektronisch unter Angabe von Zeit, Ort und Befunder/Befunderin zu erfassen und für eine unabhängige Auswertung elektronisch zur Verfügung zu stellen. Die Datenübermittlung erfolgt regelmäßig, jedenfalls aber als Paket einmal monatlich.
- 2.) Das Datenflussmodell gemäß „Kompendium Mammographie“, Teil 4 wurde einvernehmlich zwischen SV und ÖÄK erarbeitet. Änderungen sind einvernehmlich festzulegen. Das Modell hat unter anderem folgende Datenflüsse zu beinhalten bzw. nachstehenden Grundsätzen zu folgen:
 - (a) Datenübermittlung von der Untersuchungseinheit an das Pseudonymisierungsservice, welches für das BKFP verwendet wird, erfolgt über das e-Card-System;
 - (b) Pseudonymisierung der Patientinnen-Daten erfolgt durch das Pseudonymisierungsservice des BKFP;
 - (c) Die Daten werden vom Pseudonymisierungsservice an die Datenhaltestelle des BKFP weitergeleitet und dort gespeichert;

- (d) Medizinische Daten werden in der Datenhaltestelle des BKFP nur in solcher Form gehalten, dass ein Rückschluss auf eine konkrete Patientin (z.B. über Name, Adresse, SV-Nummer) nicht mehr möglich ist.
- (e) Die Übermittlung der für die Abrechnung notwendigen organisatorischen Daten an die VAEB muss gesichert sein.
- 3.) Die Erfüllung der Datenübermittlungs- und Dokumentationsverpflichtungen ist Voraussetzung für die Honorierung der Leistungen.

III. Evaluierung

- 1.) Die Befundungsergebnisse aller Brustuntersuchungen werden gemeinsam mit dem BKFP evaluiert.
- 2.) Die medizinische Evaluierung wird durch die med. Evaluierungsstelle des BKFP durchgeführt.

IV. Kompendium Mammographie

Teil 1: (Standortbezogene) Qualitätssicherung (Anlage 1, 2. ZP VU-GV)

Teil 2: ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV)

Teil 3: Erläuterungen zu den einzelnen Indikationen für die kurative Mammographie (Anlage 5, 2.ZP VU-GV)

Teil 4: Datenflussmodell kurative Mammographie (relevanter Teil der Anlage 7, 2. ZP VU-GV), 079-Datenflussdokumentation, Kurative MAM, Version 1.00. vom 15.2.2013

III.

Die Zusatzvereinbarung tritt mit dem auf den im 2. Zusatzprotokoll zum VU-GV vom 09. März 2005 vorgesehenen ersten Einladungsversand folgenden Quartalsbeginn, frühestens mit 1.10.2013 in Kraft.

Wien, am 13. M. 2013

Österreichische Ärztekammer


VP Dr. Johannes Steinhart
BKNÄ-Obmann


Dr. Artur Wechselberger
Präsident

Wien, am

Hauptverband der
österreichischen Sozialversicherungsträger


Dr. Hans Jörg SCHELLING
Verbandsvorsitzender



Wien, am


Mag. Bernhard Wurzer
Generaldirektor-Stellvertreter

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau


Gottfried Winkler
Obmann




DI Kurt Volkl
Leitender Angestellter

Anlage 1

Technische Qualitätssicherung im Österreichischen Brustkrebsfrüherkennungsprogramm

Präambel

Grundsätzlich folgen die in dieser Anlage definierten Inhalte den Empfehlungen der European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, Auflage 4, 2006 (Kapitel 2b „European Protocol for Quality Control of the Physical and Technical Aspects of Mammography Screening“).

Zusätzlich werden für das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm Erweiterungen für die technische Qualitätssicherung definiert (EUREF-Ö Erweiterungen), die sich aus den Erfahrungen und Erkenntnissen aus den österreichischen Pilotprojekten ergeben haben. Diese Erfahrungen konnten für unterschiedliche Gerätehersteller, sowohl für Mammographie-Geräte als auch Ultraschall-Geräte, gesammelt werden.

Es wird als wesentlich erachtet, dass es im österreichischen Programm ein zentrales Referenzzentrum für die technische Qualitätssicherung geben soll um eine Österreich weite Vergleichbarkeit der Gerätemessdaten zu gewährleisten.

Die Anforderungen an ein Referenzzentrum bzw. dem Referenzzentrum zuarbeitende Personen bzw. Institutionen werden einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern festgelegt.

Messungen – von berufsrechtlich befugten Personen durchzuführen (BBP)

1. Tägliche Anzeige eines Testbildes auf den Befundungsmonitoren (RWS)

Display eines Testbildes (SMPTE oder AAPM-QC18) auf der RWS und visuelle Beurteilung wesentlicher Charakteristika (Helligkeit, Kontrast, Geometrie,..) bei passender Umgebungshelligkeit (< 50 lx)

Lokale Dokumentation, dass durchgeführt und ok

Wenn nicht ok → Info an RefZQS

Befundung mit Laser Imager (LI) Filmbild auf Filmschaukasten (FSK)

Falls die Screeningeinheit noch mit LI und FSK befundet, ist ein LI-Testbild (SMPTE oder AAPM-QC18) auszudrucken und auf dem FSK bzgl. wesentlicher Charakteristiken wie bei der RWS zu beurteilen.

2. Wöchentlicher Test (WT) des FFDM Systems

Durchführung von 2 Aufnahmen eines homogenen 50 mm dicken PMMA-Blocks mit 24x30 cm (Sectra 26x32 cm); der Prüfkörper wird dabei einmal normal platziert und einmal um 180° gekippt.

Schicken der 2 Prüfkörperaufnahmen als DICOM-Files im RAW (for processing) Modus gemäß Datenflussmodell (Anlage 7)

EUREF-Ö Erweiterung

Bei CR wird zusätzlich mit jeder im Routinebetrieb verwendeten Kassette eine Aufnahme durchgeführt, da sonst auch befundungsstörende Artefakte in den CR-Kassetten bzw. im CR-Reader nicht erkannt werden.

3. Monatlicher Test (MT) des Ultraschallgerätes (MT-Sono):

EUREF-Ö Erweiterung

Durchführung von 3 Phantomaufnahmen pro in der Mammografie verwendeten Schallkopf.

Schicken der Prüfkörperaufnahmen als DICOM-Files gemäß Datenflussmodell (Anlage 7).

4. Halbjährlicher Test mit einem Testbild auf den RWS:

Display eines Testbildes (SMPTE oder AAPM-QC18) auf der RWS und Messen der optischen Dichte der angezeigten Grauwertflächen.

Eintragen der Grauwerte in der vom RefZQS zur Verfügung zustellenden Software, mit der ua die GSDF-Conformance überprüft wird.

Befundung mit LI-Printout

Analoge Vorgangsweise wie bei RWS.

5. Optionales halbjährliches HT-Subset (HT-BBP)

Siehe dazu Kapitel „Messungen – vom RefZQS bzw. beauftragten externen Medizinphysikern durchzuführen“ – Punkt 3.

Messungen – vom RefZQS bzw. beauftragten externen Medizinphysikern durchzuführen

1. FFDM-System - Akzeptanztest (AT) sowie AT-Subset nach Reparatur

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010).

EUREF-Ö Erweiterung

Zusätzlich gesetzlich erforderliche Dosisausbeute (Y60) sowie Dynamikumfang nach ÖN S5240-12.

Während dieser Messzeiten steht das FFDM-System nicht für den Routinebetrieb zur Verfügung. Erfahrungen zeigen, dass die reine Messzeit am FFDM-DR-System durchschnittlich 4 Stunden beträgt, am FFDM-CR-System ca. 6 Stunden.

Es sind die vom RefZQS herauszugebenden Formulare und Durchführungsbeschreibungen zu verwenden.

DICOM-Files (im RAW-Format) und Formular sind dem RefZQS zu übergeben.

2. Ultraschallgerät – Akzeptanztest (AT) sowie AT-Subset nach Reparatur

EUREF-Ö Erweiterung

Im Rahmen der Einschulung der BBP in den monatlichen Phantomtest (MT-Sono) werden die Begleitdokumente des Herstellers bzw. der mit der Installation beauftragten Firma angesehen und durchgeführte herstellerinterne Testverfahren bzw. Berichte über Schallkopfüberprüfungen evaluiert.

Aufbauend darauf wird ein weiterführender Test (z.B. Schallkopfüberprüfung) durch das RefZQS empfohlen oder mit dem MT unmittelbar begonnen.

Ein über längere Zeiträume innerhalb der Toleranzen liegender MT-Sono des Ultraschallgerätes erlaubt die Annahme, dass der JT keine Zusatzinfos bringt und daher nicht durchgeführt werden braucht.

3. FFDM-System – Halbjahrestest (HT)

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010).

Vorgangsweise und Aufwand etwa 80% von Akzeptanztest (AT).

EUREF-Ö Erweiterung

Falls die Auswertungen des Weekly Test des FFDM-Systems seit dem letzten RefZQS-Test (Akzeptanz-oder Jahrestest) durchwegs innerhalb der Toleranz liegende Werte zeigen, ist der HT in diesem Umfang nicht erforderlich (Erfahrungen im RefZ Leuven (Belgien) und im RefZ der österreichischen Pilotprojekte) und kann durch ein funktionales Subset, welches auch von berufsrechtlich befugten Personen durchgeführt werden kann (HT-BBP), ersetzt werden:

Durchführung durch BBP von 2x3 Aufnahmen mit 2x10 mm PMMA-Platten und PMMA-Block des WT und 0,2 mm Al-Plättchen.

Messzeit ca. 15 min. und senden der DICOM-Files gemäß Datenflussmodell (Anlage 7).

4. FFDM-System – Jahrestest (JT):

Durchführung nach EPQC (4. Auflage/2006, Kapitel 2b und EPQC-Supplement 2010).

Vorgangsweise und Aufwand nahezu ident zu Akzeptanztest.

5. Ultraschallgerät – Jahrestest (JT):

EUREF-Ö Erweiterung

Siehe Kommentar in „Ultraschallgerät – Akzeptanztest - AT“.

Harmonisierung EUREF-TQS und ÖN-TQS

In Österreich ist die gesetzlich vorgeschriebene TQS durch Normen geregelt.

Für die Mammografie sind es derzeit im Wesentlichen

→ ÖN S 5240-12 für die Abnahmeprüfung (AP)

→ ÖN S 5240-7 für die Konstanzprüfung (KP),

welche in 2011 mit neuen Versionen angekündigt wurden.

Weiters gibt es seit 1/2012 die

→ ÖN S 5240-19 für die AP und KP von Laserimager mit Trockentechnologie.

In diesen neuen ÖN-Versionen wird in den entsprechenden Anhängen (z.B. ÖN S 5240-7) folgendes erwähnt und weiters die einzelnen Prüfpunktentsprechungen angeführt:

Alternative Prüfverfahren

Als alternative Prüfverfahren kommen insbesondere die in den Mammographie Screening EUREF-Richtlinien festgelegten in Betracht. Diese Prüfverfahren sind im European Protocol For Quality Control in Mammographie Screening (EPQC) im Detail beschrieben:

- EPQC Version 4 aus 2006

- EPQC Supplement aus 2010.

Die in diesen EPQC Dokumenten angeführten zusätzlichen Prüfverfahren bzw. Erweiterungen zu den in Tabelle C.1 angeführten EPQC Prüfverfahren, welche keine Entsprechung in der ÖN S 5240-7 haben, sind hier nicht angeführt.

Dies hat zur Folge, dass bei Durchführung der TQS nach den EUREF-Richtlinien die gesetzlich vorgeschriebene ÖN-TQS mit abgedeckt ist.

Bei §17-Überprüfungen (§ 17 StrSchG) können der Behörde die Berichte des RefZQS über die einzelnen EUREF-TQS-Tests (Wöchentlicher Test, Akzeptanztest, Halbjahrestest, Jahrestest) vorgelegt werden.

Für eine mit EUREF-Ö harmonisierte Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der ÖN-TQS ist es nötig, in den entsprechenden ÖN-Arbeitsgruppen mitzuarbeiten um ein Auseinanderdriften zu vermeiden.

Prozess bei negativen Analyseergebnissen bei TQS

Bei der Durchführung von EUREF-Tests (Akzeptanztest, Wöchentlicher Test, Halbjahrestest, Jahrestest) kann es vorkommen, dass aufgrund der durch das RefZQS durchgeführten Analyse der Messergebnisse die Ergebnisse außerhalb der in EUREF bzw. EUREF-Ö angegebenen Grenzwerte liegen.

Schema der Fehlerkategorien

Kategorie 1 - ok

Das System entspricht bezüglich des betreffenden Prüfpunktes dem Stand der Technik und den für das Mammografie-Screening vorgeschriebenen Richtlinien.

Kategorie 2 – ok

Es wurde ein geringfügiges Problem festgestellt, dessen weitere Entwicklung beobachtet wird und bei Bedarf auch der Techniker des Herstellers und/oder die zuständige BBP zu informiert werden.

Kategorie 3 – nicht ok

Es wurde ein Problem festgestellt, zu dessen Lösung der Techniker des Herstellers und/oder die zuständige BBP zu involvieren sind.

Kategorie 4 – nicht ok

Das System entspricht bezüglich des betreffenden Prüfpunktes nicht den für das Mammografie-Screening vorgeschriebenen Richtlinien und darf bis zur Reparatur und nachfolgendem positiven EUREF-Test nicht für Mammografie-Screening eingesetzt werden.

Kategorien 1 bis 3 werden in den periodischen Testberichten angeführt. Der jeweilige Bericht wird an den Radiologen geschickt.

Bei Fehler der Kategorie 4 wird der Radiologe vom RefZQS unmittelbar nach dem Analyseergebnis kontaktiert und weitere Aktionen festgelegt. Die Erfahrungen aus den österreichischen Pilotprojekten zeigen, dass Fehler der Kategorie 4 nicht ad hoc auftritt, sondern sich bereits vorher durch Fehler niedrigerer Schwere ankündigt, die dann bereits zu einem früheren Zeitpunkt behoben werden können.

Abkürzungen

| | |
|-----------|--|
| AAPM | American Association of Physicists in Medicine → AAPM Testbilder für Monitor-QS |
| AT | Akzeptanztest |
| BBP | berufsrechtlich befugte Personen |
| CR | Computed Radiography |
| DICOM | Digital Imaging and Communication in Medicine |
| EPQC | European Protocol for Quality Control of the physical and technical aspects of mammography screening (Teil der European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis) |
| EUREF | European Reference for Mammography Screening |
| EUREF-Ö | EUREF Protokoll, optimiert für österreichische Verhältnisse |
| EUREF-TQS | TQS nach den EUREF-Leitlinien (EPQC) |
| FFDM | Full Field Digital Mammography (digitale Mammographie) |
| FFDM-CR | Full Field Digital Mammography – Speicherfoliensysteme |
| FFDM-DR | Full Field Digital Mammography – Flachdetektorsysteme |
| FSK | Filmschaukasten |
| GSDF | Grey Level Standard Display Function (Graustufen-Standard-Display-Funktion) |
| HT | Halbjahrestest |
| JT | Jahrestest |
| LI | Laser imager |
| MT | Monatlicher Test |
| ÖN-TQS | Gesetzlich vorgeschriebene TQS in Österreich |
| PMMA | Kunststoff auf Acrylbasis (simuliert Brustgewebe mit etwa 50% Parenchym und 50% Fett) |
| QS | Qualitätssicherung |
| RAW | Rohdatenformat (ohne Bearbeitung) |
| RefZQS | Referenzzentrum für technische Qualitätssicherung |
| RWS | Review Work Station (Befundungsmonitore) |
| SMPTE | Society of Motion Picture and Television Engineers → SMPTE-Testbild für Monitor-QS |
| TQS | Technische Qualitätssicherung |
| WT | Wöchentlicher Test |

Anlage 2

ÖÄK – Zertifikat Mammadiagnostik

1. Ziel

Der Radiologin / dem Radiologen kommt in der Brustkrebsfrüherkennung eine zentrale Rolle zu. Zudem trägt die Radiologin / der Radiologe höchste Verantwortung in der verlässlichen Unterscheidung von benignen und malignen Veränderungen in der Brust, da der Befund wesentlich für das weitere, allfällig notwendige Behandlungskonzept ist.

Das ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik soll als strukturierte Weiterbildung durch kontinuierliche Erfahrung und Fortbildung ausreichend Gelegenheit bieten, Mammographie und Mammasonographie nach internationalen Standards und gemäß Empfehlungen der EU z.B. im Rahmen von Früherkennungsprogrammen, aber auch kurativ durchzuführen und zu befunden.

Mit dem ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik weisen ÄrztInnen nach, dass sie vertiefte Kenntnisse und Fertigkeiten in der Erstellung und Befundung von Mammographien und Brustultraschall erworben haben.

2. Zielgruppe

Das „ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik“ richtet sich an FachärztInnen für Radiologie bzw. FachärztInnen für medizinische Radiologie Diagnostik. Entsprechende theoretische Inhalte, incl. der Prüfung können schon während der Ausbildung zum Facharzt für Radiologie absolviert werden bzw. können praktische Inhalte, die während der Ausbildung nachgewiesen werden können, angerechnet werden.

3. Zertifikatsvoraussetzungen

Um das Zertifikat Mammadiagnostik zu erhalten, sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- a) Befundung von Mammographieaufnahmen von mindestens 2.000 Frauen pro Arzt/ Ärztin innerhalb eines Jahres. Erst- und Zweitbefundung sind als gleichwertig anzusehen;
- b) Teilnahme an einem multidisziplinären Kurs im Ausmaß von einem Tag (10 DFP-Punkte);

- c) Teilnahme an einem Befunderkurs im Ausmaß von 22 Einheiten (22 DFP-Punkte), wobei davon 6 Einheiten der Mammasonographie zu widmen sind;
- d) erfolgreiche Absolvierung einer Prüfung in Form einer Fallsammlung / Fallsammlungsprüfung

4. Lehrinhalte

a) Multidisziplinärer Kurs

Der multidisziplinäre Kurs soll die Wichtigkeit der multidisziplinären Versorgung von Frauen mit fraglichem oder nachgewiesenem Brustkrebs herausstreichen, indem allen an der Versorgungskette beteiligten Berufsgruppen die fachübergreifenden Zusammenhänge nähergebracht werden um die Kommunikation und Leistungserbringung Innerhalb der Versorgungskette zu verbessern, wobei auch Aspekte des österreichischen Brustkrebsfrüherkennungs-Programms integriert werden.

Kursinhalte

- Epidemiologie des Mammakarzinoms
- Grundlagen der medizinischen Statistik
- Grundlagen und Organisation des Brustkrebsfrüherkennungs-Programms
 - Organisationsstruktur
 - Abläufe
 - Begriffe (Erläuterung der Klassifizierung,...)
 - Aufgabenverteilung
- Überblick Qualitätssicherungsmaßnahmen in allen Bereichen des Programms
- Grundlagen radiologischer Verfahren in der Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie, Ultraschall)
- Radiologische Verfahren im Assessment (MRT, Biopsien, Markierungen)
- Grundlagen der Behandlung gut- und bösartiger Brusterkrankungen
- Kommunikation in der Versorgungskette
- Psycho-onkologische Grundlagen
- Dokumentation in der gesamten Behandlungskette einschließlich Erläuterung der zu übermittelnden Datenfelder
- Evaluierung des Programms

Der multidisziplinäre Kurs steht auch anderen an der Versorgungskette beteiligten Berufsgruppen (zB RT, MTF, Pathologen, Chirurgen, Gynäkologen, Onkologen, Medizinphysiker,...) offen. Über die Teilnahme am multidisziplinären Kurs wird eine Teilnahmebestätigung ausgestellt.

b) Befunderkurs

Der Befunderkurs soll die im Rahmen der Fachausbildung erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten auf dem Gebiet der Mammadiagnostik (Mammographie und Brustultraschall) vertiefen, neuere medizinische Erkenntnisse und technische Entwicklungen vermitteln sowie an Hand von praktischen Beispielen und Übungen gefestigt werden.

Kursinhalte

- Radiologische Verfahren in der Brustkrebsfrüherkennung (Mammographie, Ultraschall)
 - physikalische Prinzipien
 - Positionierungstechnik, Einstelltechnik
 - Artefakte
 - Spezialaufnahmen (Vergrößerungen, Zielkompression,...)
 - Hard- und Software
- Radiologische Verfahren im Assessment (MRT, Biopsien, Markierungen)
 - physikalische Prinzipien
 - Positionierungstechnik, Einstelltechnik
 - Hard- und Software
- Pathologie und Klinik der normalen Brust sowie gutartiger und bösartiger Erkrankungen
- Radiologie der normalen Brust sowie gutartiger und bösartiger Erkrankungen
- Klassifikation der Mammographie (BIRADS- und ACR-Klassifikation)
- Klassifikation des Ultraschalls
- Differentialdiagnose herdförmiger Verdichtungen, Parenchymstrukturstörungen und asymmetrischer Verdichtungen, Mikroverkalkungen
- Untypische Zeichen eines Mammakarzinoms
- Bedeutung der radiologischen-pathologischen Korrelation für die Diagnose und Behandlung
- Charakterisierung und Klassifikation der Intervallkarzinome
- Indikation für das Assessment auffälliger Mammographiebefunde
- Vorgehen bei der Doppelbefundung
- Simulation einer Konsensuskonferenz
- Datenerfassung im Brustkrebsfrüherkennungs-Programm
- Technische Qualitätssicherung / Strahlenschutz
 - Abgrenzung Arzt/Assistent/Medizinphysiker
 - Bildqualität / Dosisverhalten
- Neue Erkenntnisse in der Bildgebung
- Praktische Beispiele

c) Prüfung

Die Durchführung und Organisation der Prüfung in Form einer Fallsammlung obliegt der Österreichischen Ärztekammer, die sich dazu der Österreichischen Akademie der Ärzte bedienen kann.

Andere Weiterbildungen können nicht auf diese Prüfung angerechnet werden. Eine Wiederholung ist frühestens nach 14 Tagen bei Nichtbestehen möglich. Wird auch diese Prüfung nicht bestanden, ist eine neuerliche Wiederholung nach einem Monat zulässig, sofern eine Hospitation (5 Arbeitstage) an einem von der Zertifikatskommission anerkannten Zentrum für Mammadiagnostik nachgewiesen werden kann. Sollte diese Prüfung nicht bestanden werden, ist ein neuerliches Antreten erst nach weiteren 6 Monaten zulässig.

5. Zertifikatsgültigkeit

Das Zertifikat Mammadiagnostik wird unbefristet ausgestellt, und bleibt solange gültig, als die erforderlichen Nachweise gemäß Punkt 6 zeitgerecht erbracht werden.

6. Aufrechterhaltung des Zertifikates

Das Zertifikat verliert seine Gültigkeit, wenn folgende Nachweise nicht fristgerecht erbracht werden:

- a) der Nachweis von Fortbildungseinheiten auf dem Gebiet der Senologie (insbesondere breast imaging) im Ausmaß von 24 DFP Punkten alle 36 Monaten nach Erstaustellung. Die Nachweise sind jeweils binnen 39 Monaten vorzulegen. Bei Versäumnis wird eine Nachfrist von 6 Monaten gesetzt, in der die Fortbildungseinheiten und deren Nachweis erbracht werden kann. Werden auch innerhalb dieser Frist keine ausreichenden Nachweise erbracht, so verliert das Zertifikat seine Gültigkeit.
- b) der Nachweis der regelmäßigen Befundung von Mammographieaufnahmen, im Mindestumfang von jeweils 2.000 Mammographien (Frauen) pro Kalenderjahr, beginnend mit dem ersten vollen Kalenderjahr nach Erstaustellung. Bei Krankheit, Karenz oder einem anderen einvernehmlich von HV und BKNÄ im Einzelfall anerkannten Grund erstreckt sich der Fristenlauf im Ausmaß der Absenz; maximal aber um sechs Monate. Wenn eine Radiologin eine längere Karenz in Anspruch nimmt, kann sie mit einer Fallsammlungsprüfung wieder einsteigen.

Können die Mindestfrequenzen einmalig während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist diese Voraussetzung auch erfüllt, wenn eine Fallsammlungsprüfung innerhalb von sechs Monaten positiv absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Währenddessen bleibt das Zertifikat aufrecht.

Der Nachweis der regelmäßigen Befundungszahlen nach Punkt 6.b. erfolgt im Wege der Datensammelstelle des Screeningprogramms.

7. Einstiegsregelung

Fachärztinnen / Fachärzte für Radiologie bzw. medizinische Radiologie-Diagnostik, die erstmalig um ein Zertifikat ansuchen, sowie Personen, die ein Zertifikat hatten, dessen Gültigkeit abgelaufen ist, können nach Absolvierung der theoretischen Inhalte und erfolgreicher Prüfung ein bis zum 1. April des drittnächsten Kalenderjahr befristetes Zertifikat erhalten, währenddessen sie die notwendige Befundung von 2000 Mammographien sukzessive binnen der ersten 24 Monate als Zweitbefunder eines erfahrenen Radiologen mit Mammographiezertifikat nachweisen müssen. Gewertet wird das erste volle Kalenderjahr. Sobald die Mindestfrequenz erreicht ist, kann ein endgültiges Zertifikat beantragt werden.

8. Zertifikatskommission

Der Bildungsausschuss der Österreichischen Ärztekammer nominiert eine Zertifikatskommission, der 3 Fachärzte für Radiologie angehören, die alle über das Zertifikat verfügen müssen. Der Kommission gehören weitere zwei Fachärzte für Radiologie an, von denen einer vom HV und einer von der Koordinierungsstelle aus dem Kreis der regionalverantwortlichen Radiologen nominiert werden. Der Bildungsausschuss bestimmt einen Vorsitzenden.

Der Kommission obliegt der Vollzug dieser Richtlinie, insbesondere

- die Anerkennung von Kursen gemäß Punkt 3.b. und 3.c.
- die Anerkennung von ausländischen Kursen, sowie die Anerkennung von Fortbildungsnachweisen gemäß Punkt 6.a.
- die fachliche Durchführung der Prüfung gemäß Punkt 3.d., im Besonderen die Auswahl der Fälle und die Festlegung der Bestehensgrenze/Kriterien bzw. Reprobationsmöglichkeiten und -fristen sowie des Ausmaßes allfälliger Nachschulungen und die Zulassung von Zentren für Hospitationen

Die Protokolle der Kommissionssitzungen sind auch dem Hauptverband der Sozialversicherungsträger zur Kenntnis zu bringen.

9. Übergangsbestimmungen

Ärztinnen und Ärzte, die nachweisen können, dass sie vor Inkrafttreten dieser Richtlinie Kurse im Sinne dieser Verordnung absolviert haben, können über Antrag diese Kurse angerechnet werden.

10. Antrag auf das ÖÄK-Zertifikat

Die Administration des ÖÄK-Zertifikats Mammadiagnostik erfolgt durch die Österreichische Akademie der Ärzte.

Der Antrag auf Ausstellung des ÖÄK-Zertifikats Mammadiagnostik, sowie sonstige Anträge sind direkt oder im Wege der zuständigen Landesärztekammern an die Österreichische Akademie der Ärzte zu richten. Der Antrag auf Ausstellung des ÖÄK-Zertifikats erfolgt unter Beilage der Teilnahmebestätigungen des multidisziplinären Kurses und des Befunderkurses sowie der Bestätigung über die positive Absolvierung der Fallsammlungsprüfung und der Befundungszahlen gemäß Punkt 3.a.

Anlage 4

Maßnahmenliste

| Kriterium | Maßnahme | | | |
|--|---|---|---|---|
| | Stufe I | Stufe II | Stufe III | Stufe IV |
| Performance (z.B.: Befundungsqualität): Anhand der EU-Indikatoren im Vergleich zum Gesamtkollektiv Basis: Feedbackbericht (alle 3 Monate) | Qualitätsverbesserung durch selbst eingeleitete Maßnahmen im Quartal, neuerliche Auswertung der Performance nach 6 Monaten (nach dem letzten Feedbackbericht) | Beratung durch regionalverantwortlichen Radiologen und neuerliche Auswertung der Performance innerhalb von weiteren 6 Monaten | 5 Arbeitstage Hospitation an einem Zentrum ¹ und neuerliche Überprüfung der Performance nach 6 Monaten | Fallsammlungsprüfung und bei weiterem Nichterreichen der Performance Ende der Programmteilnahme |

¹ Zentrum lt. Vorgabe der Zertifikatskommission

Anlage 5

Indikationen für kurative Mammographie

Folgende Übersicht enthält klinische Angaben samt Festlegung wann eine Mammographie als kurative Mammographie abgerechnet werden kann.

Die Übersicht wurde zwischen BURA und HV einvernehmlich erstellt und wird bei Bedarf einvernehmlich gewartet.

| Klinische Angaben/Indikationen | kurativ ja | kurativ nein | Bemerkungen |
|--|---------------|-----------------|---|
| Asymptomatische Frauen | | | |
| Familiäre erhöhte Disposition und/oder Hochrisikopatienten | X | | Abklärung an Spezialambulanz für erblichen Brust- und Eierstockkrebs. Wenn erhöhtes Risiko: 5 Jahre vor jüngstem familienanamnestischen Erkrankungsalter in 1-jährigen Intervallen (analog zur Orientierungshilfe I.2.) |
| Symptomatische Frauen | | | |
| Mastopathie | | X | |
| zyklusabhängige beidseitige Beschwerden | | X | |
| Mastodynie bds | | X | |
| Z.n. Mamma-OP (gutartig) | | X | ggf. 1 malige Kontrolle |
| tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter) | X | | (analog zur Orientierungshilfe I.7. und I.13.) |
| Mastodynie einseitig | X | | |
| histologisch definierte Risikoläsionen | X | | z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ |
| Sekretion aus Mamille | X | | (analog zur Orientierungshilfe I.8.) |
| Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und noninvasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio) | X | | (analog zur Orientierungshilfe I.12.) |
| entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess | X | | (analog zur Orientierungshilfe I.9.) |
| Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut | X | | z.B. Mamillenretraktion, Apfelsinhaut, Plateaubildung, etc. (analog zur Orientierungshilfe I.7.) |

Indikationen, bei denen in der Spalte "kurativ ja" ein "X" vermerkt ist, werden dem Vertragspartner grundsätzlich von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Indikationen, bei denen in der Spalte „kurativ nein“ ein „X“ vermerkt ist, werden für sich alleine gesehen nicht von den Sozialversicherungsträgern erstattet.

Die Verweise auf die Orientierungshilfe in der Spalte „Bemerkungen“ beziehen sich auf die 4. Auflage der Orientierungshilfe Radiologie – Anleitung zum optimalen Einsatz der klinischen Radiologie – 2011.

Anlage 6: Definition Untersuchungsprozess

- a) Eine Probandin erhält nur dann eine Einladung zur Früherkennung, wenn keine Mammographie in den letzten 24 Monaten durchgeführt wurde (Früherkennung oder Zuweisung zur kurativen Mammographie);
- b) Eine allfällig durchzuführende Ultraschalluntersuchung (bei ACR 3 und ACR 4 bzw. bei abklärungsbedürftigem Befund aus dem Mammogramm) wird durch den Erstbefunder durchgeführt (unabhängig davon ob die Ultraschalluntersuchung durch Erst- oder Zweitbefunder veranlasst wurde);
- c) Wird die Ultraschalluntersuchung durch den Zweitbefunder veranlasst, wird die Probandin vom Erstbefunder wiedereinbestellt;
- d) Ergibt der Endbefund der Früherkennungsuntersuchung BIRADS 3, so ist die Probandin nach 6 bzw. 12 Monaten für eine neuerliche Einladung vorzusehen. Die Entscheidung ob die Einladung nach 6 oder 12 Monaten erfolgen soll, wird aufgrund des Endbefundes getroffen (= Early rescreen);
- e) Ergibt der Endbefund der Früherkennungsuntersuchung BIRADS 4 oder BIRADS 5, erfolgt die Zuweisung zum MRT oder invasiven Assessment durch den Erstbefunder;
- f) Ergibt die Assessment-Untersuchung mittels MRT BIRADS 4 oder BIRADS 5, erfolgt die Zuweisung zum invasiven Assessment durch die MRT-Einrichtung;
- g) Ergibt sich aus der Biopsie ein benigner Befund, erfolgt die neuerliche Einladung im vorgesehenen Rhythmus (24 Monate Routine bzw. 6/12 Monate Early Recall)
- h) Ergibt sich aus der Biopsie ein maligner Befund, erfolgt die Zuweisung an eine geeignete weiterführende Einheit;
- i) Die Dokumentation und Datenübermittlung an die Datenhaltestelle erfolgt für die Früherkennungsuntersuchung durch den Erstbefunder (für Mammographie und Ultraschall) und den Zweitbefunder (für die Zweitbegutachtung der Mammographie) im Wege des Erstbefunders.
- j) Die Dokumentation und Datenübermittlung an die Datenhaltestelle erfolgt für die Assessment-Untersuchungen (MRT bzw. Biopsie) durch die Assessment-Einheit. Die die Biopsie durchführende Einheit ist auch für die Dokumentation und Datenübermittlung des histologischen Ergebnisses zuständig.

Für allfällig notwendige Änderungen im Untersuchungsprozess ist Einvernehmen zwischen HV und ÖÄK herzustellen. Der exakte Ablauf ist der beiliegenden Ablaufdokumentation zu entnehmen.



**079 – Datenflusddokumentation
Kurative MAM**

Version 1.00

Wien, im Februar 2013

1. Informationen zum Dokument

| | | |
|---------------------------|-----------|-------------|
| Sicherheitskennzeichnung | | Vertraulich |
| Verfasser | Name | SVC |
| | Tel.: | |
| Prüfer | Name | |
| | Tel.: | < |
| | Datum | > |
| Freigegeben | Name | BURA; SVC |
| | Tel.: | |
| | Datum | 15.02.2013 |
| Status | In Arbeit | |
| Ablage | Link: | |
| File-Name/ Gespeichert am | | |

Änderungsberechtigte:

| | | |
|--------------------|-----|-----------|
| Georg Delueg | SVC | 1020 Wien |
| Hans Peter Dormann | SVC | 1020 Wien |
| Thomas Koch | SVC | 1020 Wien |
| Daniel Schuchner | SVC | 1020 Wien |

Dokument wurde mit folgenden Tools erstellt:

MS-Word 2010
MS-Visio 2010

Aktualitätshinweis:

Nutzen Sie nur aktuelle, gültige Dokumente!
Bitte prüfen Sie vor Nutzung von Ausdrucken und elektronischen Kopien dieses Dokuments, ob eine aktualisierte Version im CM-System oder Filesystem verfügbar ist, und verwenden Sie diese.

Sprachliche Gleichbehandlung

Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

Dokument-Historie

| Version | Status | Datum | Verantwortlicher | Anderungsgrund |
|---------|---|------------|-----------------------|---|
| 0.01 | ok | 19.06.2012 | Hans Peter Dormann | Initiale Erstellung |
| 0.10 | ok | 04.09.2012 | Georg Delueg, T. Koch | Einarbeitung Abstimmung ÖÄK |
| 0.11 | Ok | 14.09.2012 | Hans Peter Dormann | Ergänzung Tabelle mammo2 für die optionale Zweitbefundung |
| 0.12 | OK | 20.09.2012 | T. Koch | Formulierung für evt. notwendige Leermeldung, Ergänzung der Arzt-SW spezifische Patienten-ID im Endbefund |
| 0.90 | Zur jurist. Begutachtung | 20.09.2012 | T. Koch | |
| 0.91 | Feedback ÄK eingearbeitet | 03.12.2012 | HP Dormann | |
| 0.92 | Aktualisierung Datentabellen | 31.01.2013 | Daniel Schuchner | |
| 0.93 | Aktualisierung Datentabellen | 05.02.2013 | HP Dormann | |
| 1.00 | Aktualisierung und Finalisierung Dokument | 15.02.2012 | Daniel Schuchner | Hebung auf 1.0 |

2. Einleitung

Die Beschreibung der Datenflüsse für kurative Mammografien bezieht sich auf die Beschreibung der Datenflüsse für das Brustkrebsfrüherkennungsprogramm (=BKFP) (siehe [1]) und beschreibt nur Ergänzungen.

Teilweise werden die dort beschriebenen Datenflüsse für die Durchführung kurativer Mammografien nicht gebraucht:

- Im Bereich Einladungsmanagement ([1], Kap. 3) wird nur DF8 gebraucht, da keine Einladung (bzw. Token) für die kurative Mammographie (KU-MAM) notwendig ist, da kurative Mammografien über Zuweisungen verordnet werden. Es sollen aber die Untersuchungen im Rahmen der KU-MAM bei der Wiedereinladung im Rahmen des BKF-Programmes berücksichtigt werden. Dafür ist es notwendig dem Einladungsmanagement des BKFP einen Wiedereinladungstermin (auf Basis des Untersuchungstermins) zu übermitteln. Siehe dazu auch Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c) Endbefund.
- Im Bereich Befunddaten Erfassung und Übermittlung ([1], Kap. 4) ist eine Doppelbefundung (DF2) optional möglich.

Teilweise werden die dort beschriebenen Datenflüsse identisch verwendet bzw. mitgenutzt:

- Die Bereiche Programmevaluierung ([1], Kap. 5), Feedbackberichte ([1], Kap. 6), Technische Qualitätssicherung ([1], Kap. 7) und Zertifikatsregister([1], Kap. 8)

3. Befunddaten Erfassung und Übermittlung kurativ

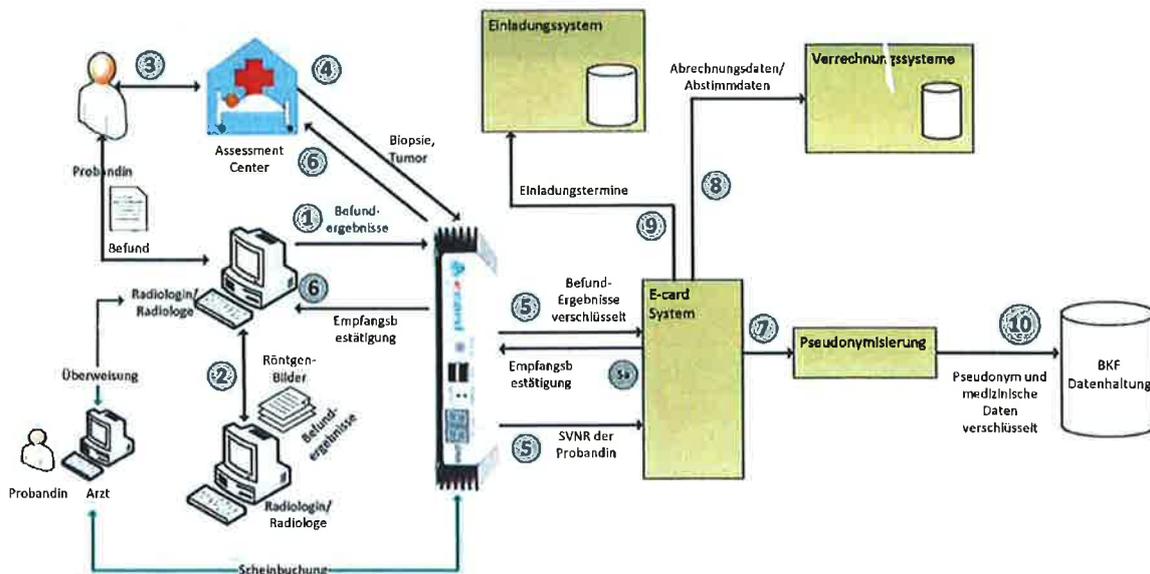


Abbildung 1 Datenfluss – Befunddaten Erfassung/Übermittlung kurativ

Im weiteren Verlauf werden die einzelnen Datenflüsse mit den entsprechenden Daten auf der Ebene von Befundblättern näher spezifiziert. Wenn es für das Verständnis unbedingt erforderlich ist, wird auch bereits Verarbeitungslogik miterklärt.

Die Datenübermittlungsschritte und Sicherung der Daten am Übertragungsweg entsprechen denen in [1], Kap. 4 beschrieben.

Die grundsätzliche Übermittlung, Verschlüsselung und Pseudonymisierung der Daten ist ident zum BKF-Programm. Siehe hierfür auch das Datenflusssdokument zu BKF [1].

Die wesentlichen Unterschiede inhaltlich zum BKF-Programm sind, dass es nur optional eine Zweitbefundung gibt, die Patientin keine Einladung bzw. Token haben muss und in der Erstellung der Abrechnungsdaten. Somit ergeben sich einige Änderungen in den Datentabellen.

3.1 Datenfluss 1 und 5 (DF1, DF5): Befundergebnis und Aufbereitung für die Übermittlung

Der zentrale Geschäftsprozess für den Radiologen im abgebildeten System stellt neben der eigentlichen Leistungserbringung die Dokumentation und Weitergabe der Befundblätter dar. In der Beschreibung wird der Fokus nicht auf den Geschäftsprozess, sondern auf die zu dokumentierenden oder durch das System zu ermittelnden Befundblattdaten gelegt und diese den entsprechenden Blättern zugeordnet.

Falls die Notwendigkeit (z.B. aus datenschutzrechtlichen Gründen) besteht, werden die folgenden Datenblätter zukünftig auch als Leermeldung ausgeführt. Leermeldung bedeutet in diesem Zusammenhang, dass alle aus datenschutzrechtlichen Gründen zu streichenden Daten nicht an die Datenhaltung weitergegeben werden. Zu diesem Zweck kann bei Bedarf auch ein entsprechendes Flag „patientenbezogene Daten dürfen nicht an die Datenhaltung weitergegeben werden“ eingeführt werden.

Folgende Datenblätter werden im Zuge der KU-MAM über das System dem Radiologen angeboten:

(Erst-)Befunder:

- a. Befundblatt Mammographie ohne Ultraschall (mammo1)
- b. Befundblatt Ultraschall (US)
- c. Endbefund

Zweitbefunder (optional):

- d. Zweitbefundblatt der Mammografie (mammo2) optional

Im DF1 (Übergabe der Daten vom Radiologen bzw. dem Radiologiesystem über das Arzt-LAN an die GINA) sind die Daten (mit Ausnahme der Arzt-SW spezifischen Patienten-ID) noch nicht verschlüsselt oder pseudonymisiert: Die Daten stehen nur dem Arzt lokal zur Verfügung bzw. sind lokal in der GINA und werden dort für die weitere Datenübertragung aufbereitet. In den DF5 (Übergabe der Daten von der lokal beim Arzt aufgestellten GINA zum e-card Server) werden die Daten von der GINA nur mehr wie in Spalte 5 der folgenden Tabelle gesichert übermittelt.

Voraussetzung:

Die Patientin ist dem e-card System bekannt. Eine Einladung bzw. ein Token für das BKF-Programm ist im kurativen Fall nicht notwendig. Für eine Verrechnung mit dem entsprechenden Träger ist jedoch eine Bindung an eine Konsultation Voraussetzung.

Für nichtversicherte Personen ist eine Übermittlung der Befundblätter möglich, wenn die Person dem e-card System bekannt ist. In diesem Fall wird das Befundblatt nicht an eine Konsultation gebunden.

Datenherkunft:

- M: diese Daten sind vom Radiologen bzw. vom Radiologiesystem zu übergeben.
- A: diese Daten werden vom e-card System selbst ermittelt.

Datentransformation:

- V (DH) ... verschlüsselt für BKF Datenhaltung
- V (MED) ... verschlüsselt für wissenschaftliche Evaluierungsstelle
- V (PST) ... verschlüsselt für die Pseudonymisierungsstelle
- V (BPKS) ... verschlüsselt für das bPK Anreicherungsservice
- X ... keine Transformation

Tabelle 1: a) Befundblatt Mammographie Erstbefunder „mammo1“

| Kurzbezeichnung | Beschreibung | Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung durch das e-card System | Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ | Datentransformation bei Weiterverarbeitung V...Verschlüsselt für Zielsystem PS...Pseudonymisiert x...keine transformation | Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG |
|--------------------|--|--|--|--|--|
| vsnr | 10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin. | A mit e-card M ohne e-card | P | V (PST) V (BPKS) | Zahl |
| vp nord | Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort) | A | P | V (MED) | String (Zahl) |
| standort_id | Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können. | A | P | V (MED) | Zahl |
| arzt_id | Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifizier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arzt Nummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.) | M | P | V (MED) | maximal 10-stellig numerisch plus Bindestrich |
| mammo1_zeitstempel | Zeitstempel der Befundung der Mammographie durch den Erstbefunder | M/A* | M | V (DH) | Befund1.zeit Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss) |
| mammo1_dichte | Parenchymdichte | M | M | V (DH) | Befund1.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4 |

| | | | | | |
|-----------------|---|---|---|--------|---|
| mammo1_ergebnis | Ergebnis:Mammographiebefundung des Erstbefunders (MG-Score) | M | M | V (DH) | Befund1.mammo Werte: 0: MG0 1: MG1 2: MG2 3: MG3 4: MG4 5: MG5 6: MG6 |
|-----------------|---|---|---|--------|---|

Tabelle 2: b) Befundblatt Ultraschall "us" (nur Erstbefunder) (optional)

| Kurzbezeichnung | Beschreibung | Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung durch das e-card System | Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a...administrativ | Datentransformation bei Weiterverarbeitung V...Verschlüsselt für Zielsystem PS...Pseudonymisiert x...keine transformation | Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG |
|-----------------|--|--|--|--|--|
| vsnr | 10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin. | A mit e-card M ohne e-card | P | V (PST) V (BPKS) | Zahl |
| vpnord | Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort) | A | P | V (MED) | String (Zahl) |
| standort_id | Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können. | A | P | V (MED) | Zahl |
| arzt_id | Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifizier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arzt Nummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.) | M | P | V (MED) | maximal 10-stellig numerisch plus Bindestrich |

| | | | | | |
|----------------|-------------------------------------|------|---|--------|---|
| us_grund | Grund für US | M | M | V (DH) | <p>Werte:</p> <p>1 dichte Brust bei nicht suspektem Befund durch Erstbefunder (D3-4 bei MG1-2)</p> <p>2 suspekter Befund durch Erstbefunder (MG4-6) (Dichte der Brust unerheblich)</p> <p>3 Herdbefund durch Erstbefunder</p> <p>4 sonstiges durch Erstbefunder</p> <p>5 dichte Brust bei nicht suspektem Befund (D3-4 bei MG1-2) durch Zweitbefunder</p> <p>6 suspekter Befund durch Zweitbefunder (MG4-6) (Dichte der Brust unerheblich)</p> <p>7 Herdbefund durch Zweitbefunder</p> <p>8 sonstiges durch Zweitbefunder</p> |
| us_zeitstempel | Zeitstempel der Sonographieleistung | M/A* | M | V (DH) | zeit „us“ Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss) |
| us_ergebnis | Ergebnis: US (US-Score) | M | M | V (DH) | <p>Us</p> <p>Werte:</p> <p>0: US0</p> <p>1: US1</p> <p>2: US2</p> <p>3: US3</p> <p>4: US4</p> <p>5: US5</p> <p>6: US6</p> |

Tabelle 3: d) Befundblatt Mammografie Zweitbefunder „mammo2“ (optional)

| | | | | | |
|-----------------|--------------|---|---|--|---|
| Kurzbezeichnung | Beschreibung | <p>Datenherkunft</p> <p>M ... manuell</p> <p>A... automatische Ermittlung durch das e-card System</p> | <p>Datenart</p> <p>P ... Personenstammdaten</p> <p>m ... medizinisch</p> <p>a...administrativ</p> | <p>Datentransformation bei Weiterverarbeitung</p> <p>V... Verschlüsselung für Zielsystem</p> <p>PS...Pseudonymisiert</p> <p>x...keine transformation</p> | <p>Dateninhalt (mögliche Werte)</p> <p>RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG</p> |
|-----------------|--------------|---|---|--|---|

| | | | | | |
|--------------------|---|-------------------------------|---|---------------------|---|
| vsnr | 10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin. | A mit e-card M ohne e-card | P | V (PST) V (BPKS) | Zahl |
| id2_arzt | Ein programmweit eindeutiger Arzt-Identifizier (d.h. über Standorte und Radiologiesysteme hinweg) (Es handelt sich um die ÖÄK-Arztnummer, welche über http://abfrage.aerztekammer.at/index.jsf abgefragt werden kann.) | M | P | V (MED) | Rid maximal 10-stellig numerisch plus Bindestrich |
| mammo2_zeitstempel | Zeitstempel der Befundung der Mammographie durch den Zweitbefunder | M/A* | M | V (DH) | Befund2.zeit Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss) |
| mammo2_dichte | Parenchymdichte 2.Befund | M | M | V (DH) | Befund2.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4 |
| mammo2_ergebnis | Ergebnis der Mammografiebefundung des Zweitbefunders (MG-Score) | M | M | V (DH) | Befund2.mammo Werte: 0: MG0 1: MG1 2: MG2 3: MG3 4: MG4 5: MG5 6: MG6 |

Tabelle 4: c) Endbefund aus a und b) (optional) bzw. d) (optional) „radiologie“

| Kurzbezeichnung | Beschreibung | Datenherkunft M ... manuell A ... automatische Ermittlung durch das e-card System | Datenart P ... Personenstammdaten m ... medizinisch a ... administrativ | Datentransformation bei Weiterverarbeitung V ... Verschlüsselt für Zielsystem PS ... Pseudonymisiert x ... keine transformation | Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG |
|-----------------|--|---|--|--|---|
| vsnr | 10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin. | A mit e-card M ohne e-card | P | V (PST) V (BPKS) | Zahl |

| | | | | | |
|------------------------------|--|-----|---|---------|--|
| leistungs_SVT | leistungszuständiger SVT aus der Konsultation, wenn die Dokumentation an eine Konsultation gebunden wird. | A | P | V (DH) | 2 stelliger Codewert (alphanumerisch) |
| patienten_id | Verschlüsselte Patienten ID von der Arztsoftware des VP erzeugt. | A | P | V (MED) | 64 stellig alphanumerisch |
| gebjahr | Geburtsjahr der Patientin: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden | A | P | V (DH) | Zahl: Jahr |
| bundesland | Wohnbundesland: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden | A | P | V (DH) | Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W |
| politischer_be zirk | Politischer Bezirk: wird aus den Daten des e-card Systems ermittelt, wenn vorhanden | A | P | V (DH) | |
| vpnord | Vertragspartnernummer + Ordinationsnummer der Leistenden Stelle (Standort) | A | P | V (MED) | String (Zahl) |
| standort_id | Ein künstlicher Schlüssel für den Standort, um bei Stempelverlust oder Übersiedelung weiterhin auf denselben Standort verweisen zu können. | A | P | V (MED) | Zahl |
| ue_bundeslan d | Bundesland der Untersuchungseinheit | A | P | V (DH) | Werte: 1 B, 2 K, 3 NÖ, 4 OÖ, 5 S, 6 St, 7 T, 8 V, 9 W |
| datum | Datum Beginn der Leistungserbringung KU-MAM. Entspricht dem Datum Konsultationsbuchung im e-card System (Scheinabgabe) | A/M | M | V (DH) | radiologie.datum |
| zeitstempel_ü bermittlung | | A | A | V (DH) | Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss) |
| untersuchung sart | Kurativ oder Früherkennung | A | M | V (DH) | radiologie.Screening Werte: 0 Kurativ 1 Früherkennung |
| bildmedanat | Aus medizinischen bzw. anatomischen Gründen wurden mammographische Zusatzaufnahmen durchgeführt | M | M | V (DH) | radiologie.bildMedAnat Werte: 1 ja 0 nein |
| inakzeptabel | Zumindest eine Aufnahme war radiologisch inakzeptabel | M | M | V (DH) | radiologie.inakzeptabel Werte: 1 ja 0 nein |
| wh_tech | Zumindest eine Aufnahme musste aus technischen | M | M | V (DH) | radiologie.whTech Werte: |

| | | | | | |
|--------------------|--|------|---|-----------|--|
| | Gründen wiederholt werden | | | | 1 ja 0 nein |
| befund_zeitstempel | Zeitstempel des Erfassens der Endbefundung | M/A* | M | V (DH) | radiologie.zeit Werte: Zeitstempel (Datum + hh:mm:ss) |
| befund_ergebnis | Endbefund Radiologie | M | M | V (DH) | radiologie.ergebnis Werte: 0: KUM0 1: KUM1 2: KUM2 3: KUM3 4: KUM4 5: KUM5 6: KUM6 |
| befund_dichte | Parenchymdichte laut Endbefund | M | M | V (DH) | radiologie.dichte Werte: 1: D1 2: D2 3: D3 4: D4 |
| groesse_l | KUM 4-5: Links: Größe der Läsion in mm | M | M | V (DH) | radiologie.groesseL Zahl: mm [1...200] |
| groesse_r | KUM 4-5: Rechts: Größe der Läsion in mm | M | M | V (DH) | radiologie.groesseL Zahl: mm [1...200] |
| info_datum | Datum wann der Befund "versandbereit-abholbereit" ist | M | M | V (DH) | Datum |
| datum_recall | Datum der nächsten Einladung. Wird dem Einladungsmanagement übermittelt. | A | A | X, V (DH) | Datum |
| | Grund für die Wiedereinbestellung der Patientin | M | A | V (DH) | 0 .. Keine Wiedereinbestellung 1 .. US veranlasst (durch Zweitbefunder) 2 .. Röntgen Zusatzaufnahmen 3 .. Technische Mängel 4 .. Sonstiges |

Tabelle 5: Informationen an das Einladungssystem aus c) Endbefund

| Kurzbezeichnung | Beschreibung | Datenherkunft M ... manuell A... automatische Ermittlung durch das e-card System | Datenart P ... Personendaten m ... medizinisch a ... administrativ | Datentransformation bei Weiterverarbeitung V ... Verschlüsselt für Zielsystem PS ... Pseudonymisiert x...keine transformation | Dateninhalt (mögliche Werte) RefBez... Referenz auf Attribut Datentabelle GÖG |
|-----------------|--|--|---|--|--|
| vsnr | 10 stellige Sozialversicherungsnummer der Patientin. | A mit e-card M ohne e-card | P | X | Zahl |
| datum_recall | Datum der nächsten Einladung. Wird dem Einladungsmanagement übermittelt. | A | A | X, V (DH) | Datum |

Es werden aus der Dokumentation der KU-MAM Wiedereinladungstermine an das Einladungssystem kommuniziert und diese für weitere Einladungen im Rahmen des BKF Programmes berücksichtigt.
Da sich das Einladungssystem und das e-card System innerhalb des gleichen geschützten Systems befinden, ist hier keine weitere Verschlüsselung der Daten notwendig.

3.2 Datenfluss 4 und 5 (DF4, DF5): Assessment

Nach einer KU-MAM kann es zu weiterführenden Untersuchungen im Rahmen eines Assessment kommen. Dies beinhaltet invasive und nicht-invasive Untersuchungen.
Ein Assessment kann in Folge zu einer weiteren Behandlung (z.B. Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie,...) in geeigneten Zentren führen. Pro Frau und kurativer Mammographie kann es mehrere Assessments geben (z.B. zuerst ein MRT, dann eine Biopsie).

3.3 Weitere Datenflüsse

Datenfluss 2 zwischen Erst- und Zweitbefunder ist optional, da bei der kurativen Mammografie die Doppelbefundung optional ist.

4. Literaturverweise

| Verweisnummer | Bezeichnung |
|---------------|---|
| [1] | Anlage 7: Datenflussmodell des 2.Zusatzprotokolls zum VU-GV (Mammografie) |