

## **1. Zusatzvereinbarung zum 2. Zusatzprotokoll zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag**

abgeschlossen zwischen der Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte der Österreichischen Ärztekammer (im Folgenden BKNÄ) im eigenen Namen sowie im Namen und mit Zustimmung der Kurierversammlungen der niedergelassenen Ärzte aller Landesärztekammern und dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (im Folgenden HV) im eigenen Namen sowie im Namen der im § 3 des Gesamtvertrages genannten Krankenversicherungsträger mit deren Zustimmung und mit Wirkung für diese.

Mit dieser Vereinbarung wird das 2. Zusatzprotokoll (2. ZP VU-GV) zum Vorsorgeuntersuchungs-Gesamtvertrag (VU-GV) geändert und ergänzt.

### **Präambel**

Aufgrund des geänderten Programmbeginns und zur Förderung der Inanspruchnahme durch die Frauen verständigten sich BKNÄ und HV mit Brief/Gegenbriefen über Inhalte, welche gemäß 2. ZP VU-GV sowohl das österreichische Brustkrebs-Früherkennungsprogramm als auch die kurative Mammographie betreffen.

Im Zuge dessen wurden Änderungen und Ergänzungen des 2. ZP VU-GV festgelegt und es wurde vereinbart, dass die gesamtvertragliche Ausformulierung in Ergänzung zum 2. ZP VU-GV erfolgen solle.

Daher vereinbaren die Vertragsparteien in einer 1. Zusatzvereinbarung zum 2. ZP VU-GV das Folgende:

### **Teil I: Änderung der Altersgruppe**

1. *In § 4 Abs. 2 wird die Wortgruppe „bis zum vollendeten 75. Lebensjahr“ gestrichen und durch das Wort „Lebensjahres“ ersetzt.*
2. *§ 4 Abs. 2 wird folgender Abs. 3 angefügt:*

(3) Die Zusendung des Einladungsschreibens nach Anruf bei der Serviceline beziehungsweise über ein web-Opt-in wird ab Herbst 2014 auf wenige Tage verkürzt.

### **Teil II: e-card**

3. *§ 5 werden folgende Abs. 4 bis 6 angefügt:*

(4) Frühestens ab 1. Juli 2014 erfolgt für 18 Monate und weitere 6 Monate (im Hintergrund) die Freischaltung der Leistung der Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung im e-card System für alle Frauen zwischen 45 und 69 Jahren, die ab dem Programmstart noch keine Brustkrebs-Früherkennungsuntersuchung in Anspruch genommen haben.

(5) Zum Ende des ersten Einladungszyklus (voraussichtlich Ende 2015), frühestens jedoch nach Ablauf von 18 Monaten ab Freischaltung, läuft die Regelung des Abs. 4 aus, wird evaluiert und im Erfolgsfall einvernehmlich verlängert.

(6) Während des Freischaltungszeitraumes ist die Vorlage des Einladungsschreibens für die Inanspruchnahme und für die Abrechnung der Leistungen keine Bedingung.

### **Teil III: Beginn und Ende der Programmteilnahme**

#### **Beginn der Programmteilnahme einer Radiologin/eines Radiologen**

4. *Im § 6 Abs. 1 wird der bisherige 2. Satz gestrichen und durch folgenden Satz ersetzt:*

Die Aufnahme einer Radiologin / eines Radiologen in das Programm erfolgt immer mit einem Monatsersten, wobei nach Einbringung aller erforderlichen Unterlagen bei der Akademie der Ärzte GesmbH eine organisatorische Vorlaufzeit von zumindest sechs Kalenderwochen besteht.

#### **Beginn der Programmteilnahme eines Standorts**

5. *Im § 6 Abs. 1 wird nach dem 2. Satz folgender Satz eingefügt:*

Die Aufnahme eines Standorts in das Programm erfolgt mit dem nächstfolgenden Quartalsbeginn nach Mitteilung an den Standort (Vertragspartner) durch die zuständige Gebietskrankenkasse, wobei eine organisatorische Vorlaufzeit von zumindest 10 Kalenderwochen ab Einreichung aller erforderlichen Unterlagen bei der Koordinierungsstelle des Programms besteht.

#### **Ende der Programmteilnahme**

6. *§ 6 Abs. 14 lautet:*

(14) Stellt sich heraus, dass Voraussetzungen gemäß diesen Bestimmungen nicht oder nicht mehr vorliegen, endet die Programmteilnahme bzw. die Verrechenbarkeit der Leistungen nach Mitteilung durch die zuständige Gebietskrankenkasse mit Ende des darauffolgenden Quartals.

### **Teil IV: Leistungserbringung**

#### **Einstiegsregelung für Erstbefunder/Erstbefunderinnen**

7. *In § 6 Abs. 3 lit. a 3. Unterabsatz wird der letzte Halbsatz gestrichen.*

8. *Dem § 6 Abs. 3 lit. a wird folgender Absatz als 4. Unterabsatz eingefügt:*

Neueinsteiger / Neueinsteigerinnen ins Programm, die als Erstbefunder / Erstbefunderin tätig sein wollen und keinen Nachweis über 2000 Befundungen von Mammographieaufnahmen erbringen können, können diese Voraussetzung durch den Nachweis des Absolvierens eines Intensivbefundertrainings gemäß der untenstehenden Bestimmung in den dem Beginn der Programmteilnahme vorangegangenen 24 Kalendermonaten erfüllen. Sollte dies ausnahmsweise nicht möglich sein, kann das Intensivbefundertraining bis zum 30. Juni 2015 nachgewiesen werden.

9. *Dem § 6 Abs. 3 lit. a wird folgender Absatz als 5. Unterabsatz eingefügt:*

Die Einstiegsregelung für Erstbefunder soll auch in der Zertifikatsrichtlinie zum ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2, 2. ZP VU-GV) umgesetzt werden.

#### **Personenbezogenes Erfordernis von Mindestfrequenzen, Intensivbefundertraining – bei Fallzahlen ab 1500**

10. *Dem § 6 Abs. 3 lit. a wird folgender Absatz als 7. Unterabsatz angefügt:*

Können die personenbezogenen Mindestfrequenzen darüber hinaus während der Programmteilnahme nicht erreicht werden, ist das Kriterium gemäß § 6 Abs. 3 lit. a auch erfüllt, wenn ein Intensivbefundertraining einschließlich persönlicher Befundung von 500 Mammographien absolviert wird, wobei aber mindestens 1.500 Befundungen vorliegen müssen. Die Bestätigung der Absolvierung des Intensivbefundertrainings muss bis 31.7. des auf das Kalenderjahr, in dem die personenbezogene Mindestfrequenz nicht erreicht wurde, folgenden Kalenderjahres an die Akademie der Ärzte GesmbH übermittelt werden. Während dieses Zeitraums bleiben das ÖÄK-Zertifikat und die Programmteilnahme aufrecht.

11. Dem § 6 Abs. 3 lit. a wird folgender Absatz als 8. Unterabsatz angefügt:

Die Festlegung der Kriterien für das Intensivbefundertraining sowie die Approbation von Anbietern derartiger Trainings obliegt der Zertifikatskommission, wobei die vom HV genannten Mitglieder der Zertifikatskommission nicht überstimmt werden dürfen.

12. Dem § 6 Abs. 3 lit. a wird folgender Absatz als 9. Unterabsatz angefügt:

Die voranstehende Regelung zum Intensivbefundertraining soll auch in der Zertifikatsrichtlinie zum ÖÄK-Zertifikat Mammadiagnostik (Anlage 2 2. ZP VU-GV) umgesetzt werden.

#### **Teil V: Liste der zertifizierten Radiologinnen und Radiologen**

13. § 6 Abs. 4 wird folgender Satz angefügt:

Die Programmleitung veröffentlicht eine laufend aktualisierte Liste der zertifizierten Radiologinnen und Radiologen auf einer Subseite der Programmwebseite.

#### **Teil VI: Mammographieaufnahmen und Befund**

14. § 7 Abs. 4 lautet:

(4) Jeder Frau kann der Befund samt Mammographieaufnahmen ausgehändigt werden oder ist vom Leistungserbringer verbindlich zu übermitteln. Der Zeitraum zwischen der Durchführung der Screening-Mammographie bzw. im Einzelfall ab Vorlage allenfalls zur Befundung notwendiger Unterlagen und Aushändigung oder Versand des Befundes an die Frau darf sieben Werktage nicht überschreiten. Die Zeitpunkte sind zu dokumentieren. Anfallende Versandkosten trägt der Leistungserbringer.

15. § 7 Abs. 4 werden folgende Abs. 5 bis Abs. 8 angefügt:

(5) Für den Fall, dass die Probandin eine Vertrauensärztin/einen Vertrauensarzt angegeben hat - dafür ist ihr im Zuge der Aufklärung bei der Radiologin/ bei dem Radiologen eine entsprechende Möglichkeit einzuräumen - hat die Radiologin/der Radiologe, diese/diesen über die Tatsache der Durchführung einer Früherkennungs-Mammographie schriftlich zu informieren; eine automatische Befundübermittlung an die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt findet nicht statt.

(6) In Absprache zwischen Vertrauensärztin/Vertrauensarzt und Radiologin/Radiologen sowie nach Zustimmung durch die Probandin kann eine Befundübermittlung an die Vertrauensärztin/den Vertrauensarzt erfolgen. Aus dem Programm ergibt sich keine Verpflichtung der Vertrauensärztin/des Vertrauensarztes, den Befund anzufordern.

(7) Wird der Befund samt Mammographieaufnahmen nicht persönlich ausgehändigt, so erfolgt die Übermittlung an die Probandin durch die Radiologin/den Radiologen gemäß Anlage 8. Handelt es sich um einen auffälligen Befund, der nicht persönlich ausgehändigt und besprochen wird, so ist die Frau in einem qualifizierten Prozess gemäß Anlage 8 von der Radiologin/ vom Radiologen zu einer Befundbesprechung einzuladen.

(8) Im Einladungsschreiben ist eine Passage aufzunehmen, die vorsieht, dass die Probandin bei der Radiologin/beim Radiologen eine Vertrauensärztin/einen Vertrauensarzt angeben kann. Weiters soll der Hinweis aufgenommen werden, dass die Möglichkeit besteht, diese Vertrauensärztin/diesen Vertrauensarzt vor Durchführung der Früherkennungs-Mammographie zu konsultieren.

*Anmerkung: Die entsprechende Formulierung lautet: „Sie haben die Möglichkeit, bei Ihrer Radiologin/Ihrem Radiologen eine Ärztin / einen Arzt Ihres Vertrauens (z.B. Gynäkologin/Gynäkologe, Allgemeinmedizinerin / Allgemeinmediziner) bekannt zu geben. Diese Vertrauensärztin/diesen*

*Vertrauensarzt können Sie im Zusammenhang mit Fragen zum Brustkrebs-Früherkennungsprogramm auch bereits vor dieser Untersuchung aufsuchen.“*

## **Teil VII: Dokumentation**

### **Leermeldungen für kurative Mammographien**

*16. § 9 Abs. 1 wird folgender Abs. 1a angefügt:*

(1a) Ersucht eine Patientin im Rahmen einer kurativen Mammographie, eine – wie im Programm vorgesehene ausschließlich indirekt personenbezogene – Datenweitergabe an die Datenhaltung und Evaluierung ihrer Daten nicht vorzunehmen, erfolgt aus abrechnungstechnischen Gründen eine Leermeldung.

## **Teil VIII: Evaluierung und Qualitätssicherung**

### **Feedbackbericht**

*17. § 14 Abs. 3 wird folgender Satz angefügt:*

Für den Feedbackbericht an die teilnehmenden Radiologinnen und Radiologen werden von den aufbereitenden und datenhaltenden Stellen keine direkt personenbezogenen Patientendaten verarbeitet bzw. an Dritte übermittelt.

## **Teil IX: Sonderregelungen für Standorte**

*18. Nach § 6 wird folgender § 6a samt Überschrift eingefügt:*

### **§ 6a**

#### **Sonderregelungen für Standorte**

(1) Ein neuer Standort ist ein Standort der nach dem 1. Oktober 2012 mit der Durchführung von Mammographien begonnen hat. Er muss in den ersten 24 Monaten der Programmteilnahme die erforderlichen Mindestfrequenzen nachweisen. Alle anderen Anforderungen an den Standort sind vor Programmteilnahme zu erfüllen. Die Vertragspartner bekennen sich dazu, dass die Vorsorgemammographie in erster Linie im niedergelassenen Bereich stattfinden soll.

(2) Im Einzelfall kann im Einvernehmen zwischen HV und BKNÄ aus einem anerkannten wichtigen Grund von der Anforderung der Mindestfrequenzen dauerhaft (z.B. regionale Versorgungsrelevanz) abgewichen werden.

(3) Von der Anforderung der Mindestfrequenzen kann befristet für eine zwischen HV und BKNÄ festgelegte Dauer bei außerordentlichen Umständen (z.B. Ordinationsschließung aufgrund von Umbau, Naturkatastrophen, Karenz, längerfristiger Erkrankung) abgewichen werden.

## **Teil X: Indikationenliste gemäß Anlage 5 2. ZP VU-GV**

*19. § 15 Abs. 2 werden folgende Sätze angefügt:*

Die Indikationenliste (mit Stand 21.5.2014), welche unter Einbindung der Bundesfachgruppe Radiologie, der Bundesfachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte zwischen ÖÄK und HV einvernehmlich erstellt wurde, ersetzt ab 1.7.2014 die ursprüngliche Anlage 5. Zukünftige zwischen ÖÄK und HV vereinbarte Änderungen der Indikationenliste werden auf [www.hauptverband.at](http://www.hauptverband.at) und [www.aerztekammer.at](http://www.aerztekammer.at) veröffentlicht und treten mit dem Datum der Veröffentlichung in Kraft, es sei denn, es wurde ein anderer Zeitpunkt des Inkrafttretens vereinbart.

20. § 15 werden folgende Abs. 3 bis 6 angefügt:

(3) Die Vertragspartner werden die Auswirkungen der Indikation „besondere medizinische Indikation im Einzelfall“ auf Bundesebene gemeinsam beobachten und gemeinsam evaluieren, sowie bei Auffälligkeiten gemeinsame Maßnahmen setzen. Eine gemeinsame Betrachtung hat jedenfalls im zweiten Halbjahr 2015 zu erfolgen. Zahlenmäßige Auffälligkeiten und deren Ursachen, insbesondere bei einzelnen Zuweiserinnen und Zuweisern, werden auch auf Landesebene gemeinsam beobachtet und dort allenfalls notwendige Maßnahmen veranlasst.

(4) Die Vertragspartner werden, sobald einer der beiden dies einfordert, in Verhandlungen bezüglich der Auswirkungen dieser Position sowie deren allfällige Änderung eintreten. Dies kann gegebenenfalls auch zur Übernahme einer einzelnen Indikation in die Indikationenliste oder zur Begrenzung dieser Position führen.

(5) Sollte es hinsichtlich dieses Prozederes sowie der von einer Vertragspartei gewünschten Überarbeitung der Position „besondere medizinische Indikation im Einzelfall“ ab Beginn 2016 unlösbare Differenzen geben, werden die Vertragspartner Gespräche zur Installierung eines Schiedsgerichtes, welches sodann Entscheidungen im gegebenen Zusammenhang zu treffen hat, führen.

(6) Eine entsprechende Adaptierung der kurativen Gesamtverträge ist vorzusehen.

#### Teil XI: Anlagen


21. In § 17 wird der Ausdruck „1 – 7“ durch den Ausdruck „1 – 8“ ersetzt und das Anlagenverzeichnis um die Anlage 8 „Prozessbeschreibung zur Darstellung von speziellen Aufklärungs- und Haftungsfragen“ ergänzt.

Wien, am 1. Juli 2014

Österreichische Ärztekammer  
Bundeskurie der niedergelassenen Ärzte

  
Obmann



  
Präsident

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

  
Verbandsvorsitzender



  
Generaldirektor-Stv.

Beilagen:

Anlage 5 neu: Indikationenliste (Stand 21.5.2014, ersetzt bisherige Anlage 5)

Neue Anlage 8: Prozessbeschreibung zur Darstellung von speziellen Aufklärungs- und Haftungsfragen

## Anlage 5

### Indikationen für die diagnostische Mammographie (für Frauen)

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

Die Übersicht wurde zwischen Österreichischer Ärztekammer (unter Einbindung der Bundesfachgruppe Radiologie, Bundesfachgruppe Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Bundessektion Ärzte für Allgemeinmedizin und approbierte Ärzte) und Hauptverband einvernehmlich erstellt und wird bei Bedarf einvernehmlich gewartet.

| Klinische Angaben/Indikationen   | diagnostisch ja | diagnostisch nein | Erläuterungen  |
|--|-----------------|-------------------|--|
| <b>Asymptomatische Frauen</b>  |                 |                   |  |
| Familiär erhöhte Disposition   | ✓               |                   | Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese siehe Anhang   |
| Zustand nach Mantelfeldbestrahlung vor dem 30. LJ                                    | ✓               |                   | Hochrisikoscreening (Brust) siehe Anhang   |
| Ersteinstellung mit Hormonersatztherapie   | ✓               |                   | vor Ersteinstellung einer Hormonersatztherapie, wenn die letzte Mammographie mehr als ein Jahr zurückliegt<br>Eine laufende Hormontherapie stellt keine Indikation für verkürzte Screening-Intervalle oder kurative Mammographien dar. |
| <b>Symptomatische Frauen</b>   |                 |                   |  |
| Mastopathie  |                 | x                 |  |
| Zyklusabhängige beidseitige Beschwerden  |                 | x                 |  |
| Mastodynie bds.  |                 | x                 |  |
| Z.n. Mamma-OP (gutartig)   |                 | x                 | ggf. 1malige Kontrolle innerhalb von zwei Jahren nach der OP   |
| Tastbarer Knoten, unklarer Tastbefund bzw. positiver Sonographiebefund (jedes Alter) | ✓               |                   |  |
| Mastodynie einseitig   | ✓               |                   |  |
| Histologisch definierte Risikoläsionen   | ✓               |                   | z.B. atypische duktale Epithelhyperplasie, radiäre Narbe, Carcinoma lobulare in situ   |
| Sekretion aus Mamille  | ✓               |                   | Bilddiagnostik nur bei blutiger oder nicht blutiger Sekretion aus einem oder einzelnen, jedoch nicht allen Milchgängen; Bei vielen oder allen Milchgängen bzw. beidseits: Ausschluss   |

| Klinische Angaben/Indikationen  | diagnostisch ja | diagnostisch nein | Erläuterungen  |
|---|-----------------|-------------------|--|
|   |                 |                   | Hormonstörung (Prolaktin!)   |
| Z.n. Mamma-Ca. OP (invasiv und nicht-invasiv; auch bei Zustand nach Aufbauplastik oder Ablatio) | ✓               |                   | jährlich Mammographie und Ultraschall bds., MRT bei Unklarheiten oder Rezidivverdacht  |
| Entzündliche Veränderungen Mastitis/Abszess   | ✓               |                   | DD Abszess, Entzündung, Zyste, diffuse Entzündung. Falls nicht eindeutig zwischen entzündlicher Genese und inflammatorischem Karzinom unterschieden werden kann, in jedem Fall kurzfristige Kontrolle nach Antibiotikatherapie; frühzeitige Nadelbiopsie |
| Neu aufgetretene Veränderungen an der Mamille und/oder Haut                                     | ✓               |                   | z.B. Mamillenretraktion, Peau d'orange (Orangenhaut), Plateaubildung, etc.<br>Bei Vd. auf M. Paget (Ekzem, Ulzeration, Blutung, Juckreiz im Bereich des Mamillen-Areola-Komplexes) Hautbiopsie.  |
| Besondere medizinische Indikation im Einzelfall   | ✓               |                   | Mit Begründung und Dokumentation der Zuweisung sowie Übermittlung einer Kopie der Zuweisung samt Begründung (durch die Radiologin/den Radiologen) an die Regionalstelle.   |

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

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

Stand: 21.05.2014

## ANHANG

**Tabelle 1: Familiär erhöhte Disposition: Definition und Kriterien auf Basis der Familienanamnese**

| Definition                          | 10-Jahres-Risiko in %                                 | Kriterien auf Basis der Familienanamnese<br>(in einer Linie der Familie, d.h. mütterlicherseits oder väterlicherseits)  | Genetische Beratung und nachfolgend gegebenenfalls Hochrisiko-screening | Jährliche Mammographie ab dem 40. LJ |
|-------------------------------------|---|---|---|--------------------------------------|
| <b>Hohes Risiko<sup>1</sup></b>     | 10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und 50. LJ: mehr als 8 % | 3 Brustkrebsfälle vor dem 60. LJ  | ✓   | x                                    |
|                                     |   | 2 Brustkrebsfälle vor dem 50. LJ  | ✓   | x                                    |
|                                     |   | 1 Brustkrebsfall vor dem 35. LJ   | ✓   | x                                    |
|                                     |   | 1 Brustkrebsfall vor dem 50. LJ <u>UND</u> 1 Eierstockkrebsfall jeglichen Alters  | ✓   | x                                    |
|                                     |   | 2 Eierstockkrebsfälle jeglichen Alters  | ✓   | x                                    |
|                                     |   | Männlicher <u>UND</u> weiblicher Brustkrebs jeglichen Alters  | ✓   | x                                    |
| <b>Moderates Risiko<sup>2</sup></b> | 10-Jahres-Risiko zw. dem 40. und 50. LJ: 3-8 %        | 1 weibliche Verwandte ersten Grades mit Brustkrebs vor dem 40. LJ*  | x   | ✓                                    |
|                                     |   | 1 männlicher Verwandter ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters   | x   | ✓                                    |
|                                     |   | 1 Verwandter ersten Grades mit beidseitigem Brustkrebs, wenn der erste Brustkrebs vor dem 50. LJ aufgetreten ist  | x   | ✓                                    |
|                                     |   | 2 Verwandte ersten Grades, oder 1 Verwandter ersten Grades <u>UND</u> 1 Verwandter zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters   | x   | ✓                                    |
|                                     |   | 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters <u>UND</u> 1 Verwandter ersten oder zweiten Grades mit Eierstockkrebs jeglichen Alters (einer davon sollte ein Verwandter ersten Grades sein) | x   | ✓                                    |
|                                     |   | 3 Verwandte ersten oder zweiten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters  | x   | ✓                                    |

\* In begründeten Einzelfällen bei Besorgnis der Frau auch bei Verwandten ersten Grades mit Brustkrebs jeglichen Alters.



**Tabelle 2: Hochrisikoscreening Brust**

| <b>Hochrisikoscreening (Brust)<sup>1</sup></b> |  |
|--|--|
| Ärztliche Brustuntersuchung                    | 1x jährlich ab dem 18. Lebensjahr  |
| Brust MRT                                      | 1x jährlich ab dem 25. Lebensjahr bzw. Beginn der Untersuchung 5 Jahre vor dem jüngsten Erkrankungsfall in der Familie |
| Mammographie                                   | 1x jährlich ab dem 35. Lebensjahr  |
| Mammasonographie                               | bei Bedarf   |

**Tabelle 3: Verwandtschaftsgrade**

| <b>Verwandtschaftsgrad</b> | <b>Verwandte<sup>2</sup></b>  |
|----------------------------|---|
| erster Grad                | Mutter, Vater<br>Schwester, Bruder<br>Tochter, Sohn                                 |
| zweiter Grad               | Großmutter, Großvater<br>Tante, Onkel<br>Nichte, Neffe<br>Halbschwester, Halbbruder |
| dritter Grad               | Urgroßmutter, Urgroßvater<br>Großtante, Großonkel<br>Cousine, Cousin ersten Grades  |

---

<sup>1</sup> Singer CF, Tea MK, Pristauz G, Hubalek M, Rappaport C, Riedl C, Helbich T. Leitlinie zur Prävention und Früherkennung von Brust- und Eierstockkrebs bei Hochrisikopatientinnen, insbesondere bei Frauen aus HBOC (Hereditary Breast and Ovarian Cancer) Familien. Österreichische Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe; 2011; [http://www.oeggg.at/fileadmin/user\\_upload/downloads/Leitlinien/2011\\_11\\_10\\_Leitlinie\\_BRCA\\_Final.pdf](http://www.oeggg.at/fileadmin/user_upload/downloads/Leitlinien/2011_11_10_Leitlinie_BRCA_Final.pdf)

<sup>2</sup> National Institute for Health and Care Excellence. Familial breast cancer: Classification and care of people at risk of familial breast cancer and management of breast cancer and related risks in people with a family history of breast cancer. Clinical Guideline; June 2013. National Collaborating Centre for Cancer; <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/14188/64204/64204.pdf>

## Anlage 8

### Prozessbeschreibung zur Darstellung von speziellen Aufklärungs- und Haftungsfragen, Version 8\_1 vom 11. September 2013

Bespr. vom 11.09.2013 im HVB,

Teilnehmer: Dr. Zahrl, Mag. Hagenauer, Mag. Offenberger, Mag. Obermaier

#### Einladungsversand:

Hinter dem Einladungsschreiben muss eine Anordnung, eine Früherkennungsuntersuchung durchzuführen, durch eine Ärztin/einen Arzt stehen. Diese Ärztin/dieser Arzt ist im Rahmen der Koordinierungsstelle tätig (z.B. die programmverantwortliche Ärztin). Das Einladungsschreiben kann wie in Version 10.0 vorgelegt verwendet werden, die Anordnung muss nicht schriftlich aufscheinen.

Dem Einladungsschreiben ist ein Merkblatt mit allen grundlegenden Informationen zum Programm als Hilfe für eine informierte Entscheidung beigelegt. Für weitere Informationen sowie Informationen in den Sprachen Englisch, Türkisch und Serbisch wird bereits im Einladungsschreiben auf die Homepage und die Telefon-Serviceline verwiesen. Bereits im Merkblatt wird angeführt, dass im Falle eines auffälligen Befundes dieser jedenfalls mit der Radiologin/dem Radiologen bzw. auf Initiative der Frau einer anderen Ärztin/einem anderen Arzt zu besprechen ist.

#### Terminvereinbarung in der Untersuchungseinheit

Die Initiative zur Terminvereinbarung nach Erhalt des Einladungsschreibens erfolgt durch die Frau.

**Aufklärung in der Untersuchungseinheit vor Durchführung der Mammographie** Die Aufklärung über die bevorstehende Untersuchung erfolgt schriftlich anlässlich des Ausfüllens des Selbstauskunftsbogens. Im Aufklärungstext ist darauf hinzuweisen, dass eine mündliche Aufklärung durch die Ärztin/den Arzt erfolgen kann, wenn sich die Probandin durch die schriftliche Aufklärung nicht ausreichend informiert fühlt. Darüber hinaus hat die schriftliche Aufklärung auch die Möglichkeit eines auffälligen Befundes anzuführen, sowie die daraus resultierende Notwendigkeit eine Ärztin/einen Arzt für eine weitere Abklärung aufzusuchen. Mit ihrer Unterschrift bestätigt die Frau, die schriftliche Aufklärung verstanden zu haben und erklärt damit den Verzicht auf die mündliche Aufklärung.

Unberührt bleibt die Haftung der Radiologin/des Radiologen für die Verwendung eines rechtlich einwandfreien Selbstauskunftsbogens (z.B. einem vom Programm empfohlenen), sowie für die mündliche Aufklärung, falls die Probandin diese ausdrücklich wünscht.

Des Weiteren ist die Probandin im Rahmen der Aufklärung in der Untersuchungseinheit darauf hinzuweisen, dass sie ihre Vertrauensärztin/ihren Vertrauensarzt angeben kann.

Im Selbstauskunftsbogen sind die für die nächsten 14 Tage gültigen Kontaktdaten (Adresse, Telefon-N r.) abzufragen.

#### Unterlagen/Dokumente

- Einladungsschreiben
- Merkblatt
- Homepage

- Selbstauskunftsbogen
- Schriftliche Aufklärung

## Anlage 8

### Durchführung der Mammographie

Die Mammographieaufnahme wird durch eine berufsrechtlich geeignete Person durchgeführt. Nach Erst- und Zweitbefundung, ggf. Konsensherstellung sowie evt. notwendige Sonographie durch programmteilnehmende Radiologinnen/Radiologen wird das Ergebnis der Untersuchung festgestellt. Die Befundungsschritte sowie das Ergebnis werden in Form eines Dokumentationsblatts Screening und eines Befunds dokumentiert.

### Befundversand an die Probandin

Der Befund wird mittels Briefes von der Untersuchungseinheit an die Probandin verschickt. Hat die Probandin eine Vertrauensärztin/einen Vertrauensarzt angegeben, wird diese/dieser von der Untersuchungseinheit über die Inanspruchnahme einer Vorsorgemammographie schriftlich verständigt. Bei auffälligem Befund hat das Schreiben eine deutliche Aufforderung zur Abklärung/Befundbesprechung bei der Radiologin/dem Radiologen oder auf Wunsch der Frau bei der Vertrauensärztin/dem Vertrauensarzt zu beinhalten. Dieser Vermerk ist mindestens in folgenden Sprachen anzuführen: Englisch, Türkisch, Serbisch.

### Aufklärung über Abklärungsbedürftigkeit im Falle eines auffälligen Befundes – Verständigung der Frau

Nach dem Versand eines auffälligen Befundes ist mittels Anrufes bzw. Rückscheinbriefes durch die Untersuchungseinheit sicherzustellen, dass die Frau diese Information erreicht hat. Dies kann entweder durch telefonische Kontakte (bei Nicht-Erreichen bis zu 3 Mal) erfolgen, wobei diese Telefonate zu dokumentieren sind, bei endgültigem Nicht-Erreichen bzw. sofort als Alternative durch Briefversand mittels Rückscheinbriefes bis zu zwei Mal (im Mindestabstand von 4 Wochen, um längere Abwesenheiten wie Urlaube, etc. abzudecken).

Wurde die Probandin trotz dieser dokumentierten Vorgehensweise nicht erreicht, endet die Verantwortung (Haftung) der radiologischen Untersuchungseinheit. Im Falle eines Telefonats mit der Probandin hat dieses Telefonat eine deutliche Aufforderung zur Abklärung/Befundbesprechung bei der Radiologin/dem Radiologen oder auf Wunsch der Frau bei der Vertrauensärztin/dem Vertrauensarzt zu beinhalten.

Der Rückscheinbrief muss (wie der Befund selbst) in den unterschiedlichen Sprachen deutlich darauf hinweisen, dass ein Abklärungs-/Befundgespräch notwendig ist.

----- **Ende Haftung Screening Radiologin/Radiologe** -----

### Terminvereinbarung durch die Probandin für ein Abklärungsgespräch

Die Verantwortung, ob die Frau bei einem auffälligen Befund ein Abklärungsgespräch über den Befund und die weitere Vorgehensweise mit einer Ärztin/einem Arzt durchführt, liegt sofern die vorangegangenen Prozessschritte eingehalten wurden bei ihr.

### Unterlagen/Dokumente

- Dokublatt Screening
- Befund

- Befundschreiben als gewöhnlicher Brief

- Aufforderung zur Abklärung (Rückscheinbrief)

## Anlage 8

----- Start Haftung Ärztin/Arzt für ein Abklärungsgespräch -----

### **Durchführung eines Abklärungs-/Befundgespräches**

Das Befundaufklärungsgespräch kann von der Screening-Radiologin/vom Screening-Radiologen oder von einer Vertrauensärztin/einem Vertrauensarzt der Frau durchgeführt werden.