

# VEREINBARUNG

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

und

der AOK Bayern,

- Körperschaft des öffentlichen Rechts -

über

eine Anlage I

zum Gesamtvertrag

**„Flächendeckendes Mammographie-Screening in Bayern“**

in der Fassung des 2. Nachtrags vom 13.09.2004 gültig ab 01.04.2004

## **§ 1 Präambel**

Mit seiner richtungsweisenden Entscheidung hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in seiner Sitzung am 24. März 2003 den Weg für die Einführung des Brustkrebs-Screenings für Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren freigemacht. Zur Umsetzung dieser Entscheidung in der vertragsärztlichen Versorgung in Bayern schließen die Vertragspartner nachfolgende Vereinbarung.

## **§ 2 Ziel der Vereinbarung**

Mit dieser Vereinbarung soll ein qualitätsgesichertes Mammographie-Screening durch Nutzung patientennaher dezentraler Screeningeinheiten bis 01.01.2004 flächendeckend in Bayern umgesetzt werden.

## **§ 3 Durchführung**

Die Durchführung des patientennahen, qualitätsgesicherten, dezentralen Mammographie-Screenings erfolgt gemäß der Konzeption „Bayerisches Mammographie-Screening“ (BMS) in der jeweils geltenden Fassung (Anlage 1) auf der Grundlage der Zulassung des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz nach § 25 Abs. 1 Satz 2 Röntgenverordnung. Die Leistungen nach dieser Vereinbarung können erbracht und abgerechnet werden, sobald diese Zulassung vorliegt.

## **§ 4 Räumliche Umsetzung**

- (1) Die räumliche Umsetzung des patientennahen, qualitätsgesicherten, dezentralen Mammographie-Screenings erfolgt bezogen auf bestimmte Regionen. Diese Regionen werden bestimmt durch den Zusammenschluss der an der Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte zu Screening-Einheiten.
- (2) Die Umsetzung des Mammographie-Screenings beginnt ab 01.04.2003 in den Regionen Münchner Nordwesten (Landkreise Dachau, Fürstentfeldbruck und Freising) und Regierungsbezirk Oberfranken.
- (3) Weitere Regionen kommen quartalsweise hinzu. Die Regelung, welche Regionen zu welchem Zeitpunkt hinzukommen, erfolgt im Lenkungsausschuss der KVB gemäß den in der Konzeption festgelegten Qualitätskriterien (Kapitel 6.5., 6.6., 6.7. der Konzeption BMS).

## **§ 5 Anspruchsberechtigte Versicherte**

Anspruchsberechtigt aufgrund dieser Vereinbarung sind Frauen im Alter zwischen 50 und 69 Jahren, die bei der AOK Bayern versichert sind und ihren Erstwohnsitz in der jeweiligen Region nach § 4 Abs. 2 bzw. § 4 Abs. 3 haben.

## **§ 6 Einladungswesen**

- (1) Die anspruchsberechtigten Frauen werden durch ein organisiertes Einladungswesen alle zwei Jahre gezielt auf die Früherkennungsmaßnahme aufmerksam gemacht und ggf. daran erinnert.
- (2) Das Einladungswesen erfolgt anhand der entsprechenden Adressdaten der Melderegister für die jeweiligen Modellregionen gemäß § 4 Abs. 2 bzw. § 4 Abs. 3. Die AOK Bayern und andere Verbände der Krankenkassen in Bayern stellen die Adressdaten der gemäß § 219 Abs. 1 SGB V gegründeten Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung. Näheres wird noch gesondert vereinbart. (Übergangslösung siehe Protokollnotiz)
- (3) Ab 01.01.2004 erfolgt das Einladungswesen gemäß des zum 01.04.2004 zwischen der Arbeitsgemeinschaft Bayerisches Mammographie-Screening GbR und der KVB abzuschließenden Beauftragungsvertrages (Anlage 6).

## **§ 7 Teilnahmeberechtigte Vertragsärzte**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte der jeweiligen Region nach § 4 Abs. 2 bzw. § 4 Abs. 3, die über die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen auf der Grundlage der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen und darüber hinaus die weiteren Bedingungen zur Teilnahme an dem Bayerischen Mammographie-Screening-Programm erfüllen und die Qualifikationserfordernisse in schriftlicher Form als für sich verbindlich anerkennen (vgl. Anlage 2).
- (2) Über die Genehmigung zur Teilnahme an dem Bayerischen Mammographie-Screening-Programm entscheidet auf Antrag die KVB.
- (3) Anträge sind unter Verwendung der als Anlage 2 geregelten Formularerklärung (Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme am Bayerischen Mammographie-Screening-Programm – Anlage 2) an die insoweit zuständige KVB-Bezirksstelle Schwaben zu richten.
- (4) Die Erbringung und Abrechnung der Leistungen ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KVB zulässig.
- (5) Die Genehmigung kann widerrufen werden, wenn die Voraussetzungen für die Teilnahmeberechtigung nach Abs. 1 entfallen oder der Arzt gegen eine Nebenbestimmung der Genehmigung bzw. eine der ihm aufgrund der Teilnahme an dem Bayerischen Mammographie-Screening-Programm obliegenden Pflichten (u.a. aus dieser Vereinbarung einschließlich aller Anlagen) verstößt bzw. diese nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt.

## **§ 8 Leistungen**

- (1) Im Rahmen dieser Vereinbarung können folgende ärztlichen Leistungen erbracht werden:
  1. Durchführung der Screening-Mammographie inklusive standardisierter Anamnese, Bilddokumentation und Erstbefundung der mammographischen Aufnahmen

2. Zweitbefundung der mammographischen Aufnahmen
  3. ggf. Drittbefundung der mammographischen Aufnahmen und klinischen Befunde
  4. ggf. Durchführung eines abklärenden Assessments unter Einsatz weiterer abklärender Verfahren/Diagnostik
    - a) Visite des Erstbefunders beim Drittbefunder
    - b) Wegegeld des Erstbefunders
    - c) Konsiliargespräch zwischen Erstbefunder und Drittbefunder
    - d) Ultraschall
    - e) Vergrößerungsmammographie
    - f) MRT
    - g) Minimalinvasive Abklärungen (Vakuumstanze)
    - h) Pathologische Erst- und Zweitbefundung sowie immunhistochemische Zusatzuntersuchung im Rahmen der Erst- oder Zweitbefundung
- (2) Alle Screeningfälle und klinischen Fälle müssen von den an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzten gemäß § 9 in Verbindung mit der Konzeption BMS (Anlage 1) dokumentiert werden.
- (3) Regelmäßige Fallbesprechungen aller an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte sowie prä- und postoperative interdisziplinäre Fallkonferenzen sollen durchgeführt werden.
- (4) Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte sollen darauf hinwirken, dass Patientinnen, bei denen im Rahmen der ärztlichen Leistungen nach dieser Vereinbarung eine gesicherte Brustkrebs-Diagnose gestellt wurde, spätestens im Folgequartal der Diagnose in das DMP MammaCa der KVB und der AOK Bayern eingeschrieben werden.

## **§ 9**

### **Datenmanagement, Qualitätssicherung, Dokumentation**

Durch das umfassende Datenmanagement im Rahmen dieser Vereinbarung soll eine ständige Qualitätssicherung von Ärzten, Geräten und Prozessen im Screening gewährleistet sein. Zu diesem Zweck erfolgt eine vollständige Datenerhebung von der Anamnese bis zum Befund inklusive der Erfassung abklärender Verfahren und der Pathologie als wichtige Grundlage für die wissenschaftlich korrekte Evaluation. Näheres regelt das Datenflusskonzept (Anlage 7).

## **§ 10**

### **Vergütung/Abrechnung**

Vorbemerkung: Die Vertragspartner sind sich einig, dass die im Folgenden festgelegten Vergütungssätze im Vorgriff auf die zu treffenden Regelungen im EBM vereinbart wurden und kein Präjudiz für die vorzunehmenden Bewertungen im EBM darstellen.

- (1) Die erbrachten Leistungen werden wie folgt vergütet und abgerechnet:
1. Die Durchführung der Screening-Mammographie inklusive standardisierter Anamnese, Bilddokumentation und Erstbefundung der mammographischen Aufnahmen wird je Seite mit 35,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9850).
  2. Die Zweitbefundung der mammographischen Aufnahmen wird je Seite mit 7,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9851).
  3. Die Drittbefundung der mammographischen Aufnahmen und klinischen Befunde wird je Seite mit 17,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9852). (siehe auch Protokollnotiz)
  4. Die Leistungen bei Durchführung eines abklärenden Assessments werden wie folgt vergütet:
    - a) Die Visite des Erstbefunders wird mit 12,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9853V), einmal pro Assessment-Sitzung.
    - b) Das Wegegeld des Erstbefunders wird einmal pro Assessment-Sitzung entsprechend Anlage B II Ziffer 9 wie folgt vergütet:
      - Die Vergütung für Entfernungen bis zu 2 km beträgt 4,44 € (Abrechnungsnummer 7234M).
      - Die Vergütung für Entfernungen von mehr als 2 km bis zu 5 km beträgt 8,88 € (Abrechnungsnummer 7235M).
      - Die Vergütung für Entfernungen von mehr als 5 km bis zu 10 km beträgt 12,88 € (Abrechnungsnummer 7236M).
      - Die Vergütung für Entfernungen von mehr als 10 km beträgt 15,04 € (Abrechnungsnummer 7160M).
    - c) Das Konsiliargespräch wird mit 8,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9853K).
    - d) Ultraschall wird mit 28,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9853U).
    - e) Die Vergrößerungsmammographie wird mit 32,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9853M).
    - f) MRT wird mit 240,50 € vergütet (Abrechnungsnummer 9854).<sup>1</sup>
    - g) Minimalinvasive Abklärungen (Vakuumstanze) werden mit 700,00 € (inklusive Sachkosten) vergütet (Abrechnungsnummer 9855).
    - h) Die pathologische Untersuchung des Präparats im Rahmen der Erstbefundung wird mit 32,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9855P).
    - i) Die Einsendung eines Präparates zur Qualitätskontrolle wird mit 1,50 € vergütet (Abrechnungsnummer 9855Q).
    - j) Die pathologische Untersuchung des Präparats im Rahmen der Zweitbefundung wird mit 25,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9855Z).

---

<sup>1</sup> Hinsichtlich der Vergütung der verwendeten Röntgenkontrastmittel ist die Vereinbarung zur Abrechnung von Röntgen-, MRT- und Ultraschallkontrastmitteln zwischen der KVB und der AOK Bayern entsprechend anwendbar.

- k) Die immunhistochemische Zusatzuntersuchung im Rahmen einer pathologischen Erst- oder Zweitbefundung wird mit 25,00 € vergütet (Abrechnungsnummer 9855I).
  - l) Für jede Patientin, bei der im Rahmen der ärztlichen Leistungen nach dieser Vereinbarung eine gesicherte Brustkrebs-Diagnose gestellt wurde und die daher in das DMP MammaCa der KVB und der AOK Bayern eingeschrieben worden ist, werden der Screening-Einheit über den Drittbefunder 20,00 € vergütet, ohne das es einer gesonderten Abrechnung des teilnehmenden Arztes bedarf.
- (2) Die gemäß § 8 Abs. 2 in Verbindung mit § 9 erforderliche Dokumentation durch die teilnehmenden Vertragsärzte ist mit der Vergütung aus Abs. 1 abgegolten. Gleiches gilt für Fallbesprechungen und interdisziplinäre Fallkonferenzen.
  - (3) Die Leistungen nach Absatz 1 werden außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung vergütet.
  - (4) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns nach den jeweils geltenden Grundsätzen.
  - (5) Die Leistungen nach Absatz 1 werden mit Ausnahme von Absatz 1 Ziffer 4.I) im Formblatt 3 unter der Formblattposition D-42-06-08<sup>2</sup> ausgewiesen. Die Vergütung nach Absatz 1 Ziffer 4.I) wird im Formblatt 3 unter der Formblattposition D-03-54-02 gesondert ausgewiesen (Nummer 9696). Zusätzlich erfolgt die Ausweisung der Abrechnungsnummern in der kassenbezogenen Häufigkeitsstatistik L'IHG053.
  - (6) Ab 01.04.2004 splittet die KVB die nach Absatz 1 abgerechneten Abrechnungsnummern - mit Ausnahme der Vergütung nach Absatz 4.I) - in einen 90%-igen Vergütungsanteil und einen 10%-igen „Overhead“ auf. Die KVB ordnet den jeweiligen Anteilen je Abrechnungsnummer gesonderte Positionen zu (Näheres regelt Anlage 8). Der AOK Bayern werden die Leistungen nach Absatz 1 in voller Höhe (100 %) in Rechnung gestellt. Der abrechnende Arzt erhält den 90%-igen Vergütungsanteil vergütet. Der 10%-ige „Overhead“ wird von der KVB einbehalten.

## **§ 11 Kosten**

- (1) **Einmalkosten:**  
An den Kosten zum Aufsetzen des Programms (Einmalkosten) beteiligt sich die AOK Bayern mit dem ihrem Versichertenanteil aus der amtlichen Statistik KM 6 zum 01.07.2003 entsprechenden Prozentsatz. Die Aufstellung der geschätzten Einmalkosten enthält Anlage 3.
- (2) **Laufende Kosten:**  
Die KVB erfasst und dokumentiert die laufenden Kosten des Programms aufwandsbezogen. Die laufenden Kosten werden von der AOK Bayern entsprechend ihrem jeweiligen Anteil an den teilnehmenden Frauen getragen. Eine Abschätzung der voraussichtlichen Kosten enthält Anlage 4. Die Abrechnung der tatsächlichen laufenden Kosten erfolgt halbjährlich durch die KVB. Ab 01.04.2004 werden die laufenden Kosten – mit Ausnahme der Zentralen Stelle (Einladungswesen) und der Evaluation – durch den 10%-igen Overhead, der der Finanzierung der Organisation des Programms dient, gedeckt.

---

<sup>2</sup> Formblattposition geändert mit Schreiben der KVB vom 22.08.2003

## **§ 12 Schnittstellen**

Gegebenenfalls vorhandene Schnittstellen zu anderen Mammographie-Screening Projekten in Bayern werden in Anlage 5 geregelt.

## **§ 13 Projektausschuss**

- (1) Es wird ein Projektausschuss Mammographie-Screening gebildet.
- (2) Der Projektausschuss ist paritätisch mit Vertretern der Vertragspartner KVB einerseits und der AOK Bayern andererseits besetzt. Den Vorsitz übernimmt die KVB.

Der Projektausschuss hat folgende Mitglieder (siehe auch Protokollnotiz):

- a) zwei vom Vorstand der KVB bestellte stimmberechtigte Vertreter der KVB und
- b) zwei stimmberechtigte Vertreter der AOK Bayern.

Den Vertretungsfall regelt die entsendende Stelle.

- (3) Der Projektausschuss ist zuständig für die Klärung der sich aus der Durchführung dieser Vereinbarung ergebenden Fragen. Er hat insbesondere folgende Aufgaben:
  - gegenseitige Information der Vertragspartner (u.a. Information über den stufenweisen Aufbau der flächendeckenden Versorgung)
  - Auslegung dieser Vereinbarung
  - Prüfung, ob die mit dieser Vereinbarung verbundenen Zielsetzungen erreicht werden
  - Abstimmung über die Berichte der Evaluierung
- (4) Der Projektausschuss entscheidet mit der Mehrheit seiner stimmberechtigten Mitglieder durch Beschluss.
- (5) Die Beschlüsse des Projektausschusses, die nach Abs. 3 in seine Zuständigkeit fallen, sind für die Vertragspartner und die nach § 7 teilnehmenden Ärzte verbindlich.
- (6) Der Projektausschuss ist auf Verlangen einer Vertragspartei, aber mindestens ein Mal im Jahr einzuberufen. Bei den Ausschusssitzungen ist Protokoll zu führen.
- (7) Zu den Ausschusssitzungen können weitere Teilnehmer, insbesondere Experten, eingeladen werden. Diese sind nicht stimmberechtigt.
- (8) Der Projektausschuss kann Arbeitsgruppen einsetzen. Die Mitglieder der Arbeitsgruppen müssen nicht Mitglieder des Ausschusses sein.
- (9) Die organisatorischen Kosten für die Errichtung und den Bestand des Projektausschusses trägt die KVB. Reisekosten und Aufwendungen zur Wahrnehmung der Aufgaben des Projektausschusses tragen die Mitglieder und Gäste selbst bzw. trägt die entsendende Stelle.

## **§ 14 Evaluation**

- (1) Zur Evaluierung eines medizinisch und datentechnisch sachgerechten Screenings wird eine wissenschaftliche Begleitstudie durch ein unabhängiges Institut, dem alle relevanten Daten anonymisiert zur Verfügung gestellt werden, durchgeführt. Näheres regelt die Konzeption BMS.
- (2) Die wissenschaftliche Begleitstudie erfolgt durch das Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Biometrie und Epidemiologie, Klinikum Großhadern, München.
- (3) Die Kosten der wissenschaftlichen Begleitstudie werden zur Hälfte von der KVB getragen. Von der andere Hälfte übernimmt die AOK Bayern den Anteil, der dem Verhältnis der teilnehmenden AOK-Versicherten zur Gesamtzahl der teilnehmenden Versicherten entspricht. Herangezogen werden die Teilnehmerzahlen des den Studien vorangehenden Jahres, erstmalig die des Jahres 2004.

## **§ 15 Datenschutz**

Die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften ist von den Vertragspartnern zu gewährleisten. Näheres regelt der zum 01.04.2004 zwischen der AOK Bayern und der KVB abzuschließende Datenschutzvertrag (Anlage 9).

## **§ 16 Laufzeit**

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2003 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Quartals in schriftlicher Form gekündigt werden, frühestens zum 31.03.2006.

## **§ 17 Schlussbestimmungen**

- (1) Änderungen und Ergänzungen der Anlagen können im Einvernehmen der Vertragspartner erfolgen. Einer Kündigung der Vereinbarung bedarf es hierfür nicht.
- (2) Bei Änderungen/Ergänzungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und sonstigen Rechtsänderungen stimmen die Vertragspartner überein, eine gegebenenfalls notwendige Anpassung dieser Vereinbarung vorzunehmen, ohne dass es einer Kündigung bedarf.
- (3) Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Vereinbarung unwirksam sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die Vertragspartner werden einvernehmlich die unwirksame Bestimmung durch eine ihr gleichkommende wirksame Regelung ersetzen.



München, den 27.03.2003

**Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

**AOK Bayern – Die Gesundheitskasse**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Dr. med. Axel Munte  
Vorsitzender des Vorstandes

Dr. Helmut Platzer  
Vorsitzender des Vorstandes

#### Protokollnotiz zu § 6 Abs. 2

Die Vertragspartner sind sich einig, dass durch das organisierte Einladungswesen alle Frauen der Zielgruppe (Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren mit Erstwohnsitz in Bayern) zur Teilnahme am Bayerischen Mammographie-Screening motiviert werden sollen. Der Ausbau des Programms wird stufenweise und kurzfristig erfolgen. Die Arbeitsgemeinschaft wird gegründet, sobald dies aus Effizienzgründen gerechtfertigt ist. Bis dahin wird das Einladungswesen aus den Daten der AOK Bayern organisiert.

#### Protokollnotiz zu § 8 Abs. 1 Ziffer 3

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die Anzahl der erforderlichen Drittbefunde 10 % der teilnehmenden Versicherten nicht übersteigt. Sollte dies dennoch der Fall sein, werden sich die Vertragspartner einvernehmlich auf eine Neufestsetzung der Vergütung einigen.

#### Protokollnotiz zu § 10

Sollte die KVB mit einer anderen Krankenkasse eine dieser Vereinbarung hinsichtlich der ärztlichen Leistungen entsprechende Mammographie-Screening-Vereinbarung schließen, bei der die Vergütung niedriger ist, als bei dieser Vereinbarung, erklärt sich die KVB bereit, die Verhandlungen mit der AOK Bayern umgehend wieder aufzunehmen.

#### Protokollnotiz zu § 13 Abs. 2

Übernehmen andere Kassenarten/Krankenkassen diese Vereinbarung, stimmen die Vertragspartner überein, den Projektausschuss personell entsprechend anzupassen.

#### Protokollnotiz zu § 14 Abs. 3

Übernehmen andere Kassenarten/Krankenkassen diese Vereinbarung, verringert sich der Kostenanteil der AOK Bayern entsprechend.

**Anlage 1**

zu § 3

Konzeption BMS

**separates Dokument**

## Anlage 2

zu § 7 Abs. 2

### Antrag auf Genehmigung

zur Teilnahme am Bayerischen Mammographie-Screening-Programm  
(kurz: „BMS“)

an die

Kassenärztliche Vereinigung Bayern KdöR (kurz: „KVB“)  
Anschrift

von

Herrn/Frau  
Dr. med.

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

KV-Nummer \_\_\_\_\_

Der Unterzeichner/die Unterzeichnerin beantragt hiermit bei der KVB/Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns KdöR die Genehmigung zur Teilnahme am Bayerischen Mammographie-Screening-Programm (kurz „BMS“) zur Durchführung von freiwilligen Mammographie-Untersuchungen an nicht-symptomatischen Frauen der Altersgruppe von 50-69 Jahre auf Grundlage von § 25 Abs. 1 S. 2 der Röntgenverordnung

- als Erstbefunder  
 als Zweitbefunder  
 als Drittbefunder

gemäß folgender Kriterien:

1. Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin hat folgende notwendigen Einstiegs-kriterien für das Bayerische Mammographie-Screening zur Kenntnis genommen und verpflichtet sich, diese zum Zeitpunkt des Einstiegs zu erfüllen:

- 1.1 Genehmigung des Arztes/der Ärztin zur Durchführung mammographischer Untersuchungen gemäß der jeweils aktuellen Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V;
- 1.2 Verpflichtung zur fortlaufenden Erfüllung der Kriterien der European Guidelines an den eingesetzten Geräten und Einhaltung des Prüfprotokolls gemäß der European Guidelines (zu bestellen beim Office for Official Publications der Europäischen Kommission in L-2985 Luxemburg, <http://europa.eu.int>) unter Beachtung der DIN EN 61223-3-2:2001-03 und des Norm-Entwurfs E DIN 6868-152:2001-12 (siehe Studienprotokoll – hier Anlage 1 mit dortigem Anhang C);
- 1.3 Zur Vorbereitung auf das Screening: Teilnahme an von der KVB organisierten qualifizierten Weiterbildungsmaßnahmen; der Zweitbefunder muss bereits vor Aufnahme seiner Tätigkeit im BMS erfolgreich eine Screening-Mammographie Prüfung absolviert haben.
- 1.4 In der Funktion als Erstbefunder: Befundung von mindestens 2000 Mammographien in 2002 (für die beiden am 01.04.2003 beginnenden Netze) bzw. in den vorangegangenen vier Abrechnungsquartalen (alle weiteren Netze). Die Anzahl der Mammographien setzt sich zusammen aus den abgerechneten GOP-Ziffern 5092 und 5091;
- 1.5 In der Funktion als Zweitbefunder: Befundung von mindestens 5000 Mammographien in 2002 (für die beiden am 01.04.2003 beginnenden Netze) bzw. in den vorangegangenen vier Abrechnungsquartalen (alle weiteren Netze). Die Anzahl der Mammographien setzt sich zusammen aus den abgerechneten GOP-Ziffern 5092 und 5091;
- 1.6 In der Funktion als Drittbefunder: Befundung von mindestens 5000 Mammographien in 2002 (für die beiden am 01.04.2003 beginnenden Netze) bzw. in den vorangegangenen vier Abrechnungsquartalen (alle weiteren Netze). Die Anzahl der Mammographien setzt sich zusammen aus den abgerechneten GOP-Ziffern 5092 und 5091;
- 1.7 Der Drittbefunder, der vom Lenkungsausschuss eingesetzt wird, muss zudem über eine hohe Erfahrung zum Beispiel durch Lehrtätigkeit im Bereich der Mammographie und Mammadiagnostik in einem Universitätsklinikum oder Akademischen Lehrkrankenhaus verfügen.
2. Im laufenden Screening im Rahmen des BMS verpflichtet sich der Arzt/die Ärztin zur Einhaltung folgender Kriterien, wobei er/sie bezüglich der Befundung der einzelnen Patientinnen eine ausschließlich eigene Tätigkeit, ohne Zuziehung dritter Ärzte (insbesondere Assistenten oder Vertreter) garantiert:
  - 2.1 In der Funktion als Erstbefunder: Befundung von mindestens 2000 Mammographien pro Jahr;
  - 2.2 In der Funktion als Zweitbefunder: Befundung von mindestens 5000 Mammographien pro Jahr;
  - 2.3 In der Funktion als Drittbefunder: Befundung von mindestens 5000 Mammographien pro Jahr.;

- 2.4 Im Hinblick auf die für das Programm angestrebte EUREF-Zertifizierung: Übernahme der Verpflichtung zur fortlaufenden eigenen Teilnahme sowie zur Veranlassung des mit der technischen Durchführung betrauten Praxispersonals zu deren Teilnahme an Schulungen im Umfang des EUREF-Protokolls (mindestens 60 Stunden für die Mammographeure und 40 Stunden für das mit der technischen Durchführung betraute Praxispersonal; das EUREF-Protokoll ist zu bestellen unter <http://www.euref.org>) unter Beachtung der in den European Guidelines gegebenen Inhalte;
- 2.5 Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Mammographie (jährlich mindestens 20 Punkte in mindestens drei Veranstaltungen gem. CME-/BLÄK-Punktesystem; Qualitätszirkel und Fallbesprechungen zählen nicht zu den Fortbildungsveranstaltungen) sowie erfolgreiche Absolvierung einer Screening-Mammographie Prüfung innerhalb des ersten Jahres;
- 2.6 Verpflichtung des Erstbefunders, mit der Person, die die Mammographie technisch durchführt, abzustimmen, ob bei der Klientin bei der Aufnahme spezielle Gegebenheiten zu beachten oder spezielle Anforderungen bei der Untersuchung zu berücksichtigen sind;
- 2.7 Zusage des Erstbefunders, dass aus Anlass der Untersuchung der einzelnen Screening-Klientin für den selben Tag für diese Klientin keine Honorar- und Kostenposition zur Abrechnung gebracht werden darf, die über die im Vertrag mit den Krankenkassen vorgesehenen Leistungen hinausgeht;
- 2.8 Verbindliche Einwilligung und fortlaufende Sicherstellung, dass ein praxiseigener Computer des teilnehmenden Arztes/der teilnehmenden Ärztin an die gemeinsame, von der KVB treuhänderisch allein für die datentechnische Abwicklung des BMS vorgehaltene technische Datenhaltung aller am BMS teilnehmenden Ärzte zum fortlaufenden Datenaustausch angebunden wird; Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin muss auch sicherstellen, dass durch hierfür geeignete technische Vorkehrungen (insbesondere Passworte und Accounts) nur er/sie selbst und das von ihm/ihr speziell eingewiesene Personal technischen Zugriff auf die im Rahmen des BMS bei dem Erst-/Zweit-/Dritt-Befunder erhobenen und dann gespeicherten und zwischen den Befundern versandten Daten hat;
- 2.9 Verpflichtung zur Dokumentation aller kurativen und Screening-Mammographien sowohl von GKV-Versicherten als auch von Privatpatientinnen/-klientinnen;
- 2.10 Verpflichtung, alle im Screening anfallenden Transporte über das zentral beauftragte Logistikunternehmen durchführen zu lassen sowie Erlaubniserteilung an die KVB, dem Logistikunternehmen die Praxisanschrift mitzuteilen;
- 2.11 Verpflichtung zur umgehenden Meldung von Urlaub oder sonstiger, ggf. auch krankheitsbedingter Abwesenheit an die KVB zur evtl. Umleitung von zu befundenden Aufnahmen;
- 2.12 Verpflichtung zur Einhaltung der im Studienprotokoll (Anlage 1) festgelegten standardisierten Prozesse (vgl. insbesondere Kapitel 7.3. bis 7.11. des Studienprotokolls);
- 2.13 Verpflichtung zur Beachtung der im Studienprotokoll (Anlage 1) definierten Verantwortlichkeiten im Netz: der Zweitbefunder ist für die Qualität der in seinem Netz durchgeführten Aufnahmen, der Drittbefunder für die Qualität der in seinem Netz durchgeführten Befundungen verantwortlich.
- 2.14 In der Funktion als Drittbefunder: Verpflichtung sicherzustellen, dass innerhalb des Netzes regelmäßige, in der Regel wöchentliche Fallbesprechungen unter der Leitung

des Drittbefunders bzw. eines von ihm benannten Vertreters stattfinden. Zusätzlich sind prä- und postoperative interdisziplinäre Fallkonferenzen in Anwesenheit der beteiligten Mammographen, des zuständigen Pathologen sowie des Operateurs abzuhalten (näheres vgl. Kapitel 6.3. des Studienprotokolls).

- 2.15 Verpflichtung, an diesen Fallbesprechungen und ggf. an den prä- und postoperativen Fallkonferenzen regelmäßig teilzunehmen (nachzuweisen durch eine vom Leiter der Fallbesprechungen bzw. Fallkonferenzen ausgestellte Teilnahmebescheinigung).
3. Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin verpflichtet sich, für eine weitere Teilnahme am Programm solchen inhaltlichen Anforderungen zu genügen, die durch die KVB bezüglich fachlicher Voraussetzungen für die Teilnahme am Programm und Vorgehensweise bei der Befundung festgelegt werden. Für die Umsetzung der Anforderungen wird dem teilnehmenden Arzt/der teilnehmenden Ärztin ein Zeitraum von einem Monat eingeräumt, beginnend mit der Information zu geänderten oder erweiterten Anforderungen und dem Zeitpunkt des Verbindlichwerdens der Anforderungen.
4. Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin verpflichtet sich, an der Überprüfung der fachlichen Befähigung in den Zeitabständen, die in der jeweils aktuellen Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vorgesehen sind, so teilzunehmen, dass eine fortlaufend vorhandene Rezertifizierung vorhanden ist. In diesem Zusammenhang erklärt der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin ausdrücklich, dass er/sie mit einer regelmäßigen Überprüfung seiner/ihrer fachlichen Fähigkeiten gemäß der jeweils aktuellen Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie anhand einer digitalen Befundungsstation, die seit Januar 2002 im Rahmen der Rezertifizierung von Mammographen durch die KVB bereit gehalten und durch Interessenten zur Rezertifizierung genutzt wird, einverstanden ist.
5. Die Teilnahme des Arztes/der Ärztin setzt den fortlaufenden Fortbestand des BMS-Programms voraus. Der Fortbestand dieses Programms ist unter anderem von Entscheidungen der Rechtsaufsicht der KVB, dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, und der Behörde, die das BMS auf Grundlage von § 25 Abs. 1 S. 2 der Röntgenverordnung zugelassen hat, dem Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz, abhängig. Im Falle der Beendigung des BMS aufgrund Entscheidungen vorstehender Behörden endet die Teilnahme des Arztes/der Ärztin automatisch. Für diesen Fall verzichtet der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin mit der heutigen Erklärung auf Ansprüche gegenüber der KVB und sonstigen Dritten auf Ersatz von Vermögensschäden aus diesem Rechtsverhältnis.
6. Der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin erklärt sich verbindlich damit einverstanden, dass die Teilnahme an dem Programm nicht zu gesonderten Ansprüchen auf Vergütung und/oder gesonderten Ansprüchen auf Ersatz von Aufwendungen führt, die der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin aus Anlass seiner/ihrer Teilnahme am Programm tätigt, wie z.B. Teilnahme an Schulungen, Installation von Software oder Router, oder Geräteaufrüstung bzw. -neuanschaffung. Davon ausgenommen sind die in § 11 des Vertrags zwischen der KVB und den Krankenkassen aus Anlass der Durchführung des BMS zugunsten eines teilnehmenden Arztes/einer teilnehmenden Ärztin aufgeführten Leistungen anlässlich des genannten Programms (Durchführung der Screening-Mammographie inklusive standardisierter Anamnese, Bilddokumentation und Erstbefundung der mammographischen Aufnahmen, Zweitbefundung, Drittbefundung, Leistungen bei Durchführung eines abklärenden Assessments). Bei Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes und sonstigen Rechtsänderungen können sich nach Prüfung durch KVB und Krankenkassen ggf. Anpassungen bzgl. der Vergütung ergeben.

7. Wenn der teilnehmende Arzt/die teilnehmende Ärztin den Anforderungen der Ziffern 2 bis 6 in einer oder mehrfacher Hinsicht nicht mehr genügt, kann die KVB die Genehmigung zur Teilnahme am BMS mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift  
teilnehmender Arzt/  
teilnehmende Ärztin



### Anlage 3

zu § 11 Abs. 1

#### Vorläufige Schätzung der Einmalkosten

Abgerechnet werden die tatsächlichen Kosten. Externe Kosten werden entsprechend der ausgestellten Rechnungen abgerechnet, für interne Mitarbeiter wird ein Durchschnitts-Jahressatz von 75.000 € angesetzt. Die nachfolgende Berechnung der zu erwartenden Kosten ist nicht ausschlaggebend für die tatsächlich abzurechnenden Kosten.

<b>Konzepterarbeitung</b>	
4 Projektmitarbeiter / 6 Mannmonate	150.000
EDV Datenbank Server	50.000
Initiale Schulungen Ärzte und MTA's	250.000
Ausstattung (Messmittel,Büro)	50.000
<b>Summe Investitionen</b>	<b>500.000</b>

## Anlage 4

zu § 11 Abs. 2

### Abschätzung Laufende Kosten pro Jahr

<b>Kommunikation / Information Klientinnen</b>	1.000.000
<b>EDV</b>	
Datenbank und Programmierung extern	350.000
Online-Anbindung Extranet (Pironet)	48.000
Datenbankpflege 1 Informatiker	75.000
Hotline Servicetechniker 100 Std/a	7.500
<b>Einladungswesen extern</b>	800.000
<b>Servicecenter Geräteprüfung</b>	
5 Sachbearbeiter	375.000
1 Physiker	75.000
<b>Wissenschaftliche Evaluation</b>	
4*5 Manntage a 3.000 Eur /d	60.000
1 BAT II A multiple Assistenten	80.000
<b>Projekt- und Daten-Management</b>	
1 Projektleiter, 3 Projektassistenten	300.000
3 Sachbearbeiter	150.000
<b>SUMME Laufende Kosten KVB</b>	<b>3.320.500</b>

Abgerechnet werden die tatsächlichen Kosten. Externe Kosten werden auf der Grundlage der ausgestellten Rechnungen abgerechnet, für interne Mitarbeiter wird ein Durchschnitts-Jahressatz von 75.000 € angesetzt.

## **Anlage 5**

zu § 12

### **Schnittstellen**

- derzeit nicht besetzt -

## **Anlage 6**

zu § 6

Beauftragungsvertrag

**separates Dokument**

## **Anlage 7**

zu § 9

Datenflusskonzept

**separates Dokument**

## Anlage 8

zu § 10

Abrechnungsnummern nach § 10		90%-iger Vergütungsanteil in €		10%-iger Overhead in €	
9850	35,00	9850A	31,50	9850B	3,50
9851	7,00	9851A	6,30	9851B	0,70
9852	17,00	9852A	15,30	9852B	1,70
9853K	8,00	9853A	7,20	9853B	0,80
9853M	32,00	9853C	28,80	9853D	3,20
9853U	28,00	9853E	25,20	9853F	2,80
9853V	12,00	9853G	10,80	9853H	1,20
9854	240,50	9854A	216,45	9854B	24,05
9855	700,00	9855A	630,00	9855B	70,00
9855I	25,00	9855C	22,50	9855D	2,50
9855P	32,00	9855E	28,80	9855F	3,20
9855Q	1,50	9855G	1,35	9855H	0,15
9855Z	25,00	9855J	22,50	9855M	2,50