

## Änderungen Anlage 9.2 BMV-Ä

**§ 11 Abs. 1:** Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Konsensuskonferenz durchzuführen. Er lädt die Teilnehmer nach Abs. 2 Satz 3 ein und leitet die Konferenz verantwortlich. Der Programmverantwortliche Arzt kann die Konsensuskonferenz als Online-Konsensuskonferenz durchführen. In diesem Fall ist für alle befundenden Ärzte mindestens halbjährlich eine Konsensuskonferenz mit persönlicher Teilnahme durchzuführen. Das Nähere zur Durchführung der Online-Konsensuskonferenz regelt Anhang 14.

**§ 11 Abs. 2:** In der die Konsensuskonferenz werden die Fälle, ~~die von mindestens einem Arzt in der Befundung als „auffällig und Abklärungsbedarf“ befundet worden sind ( gemäß § 10 Abs. 4 Satz 4 und Abs. 5 Satz 3),~~ eingebracht und an Röntgendiagnostik-Einrichtungen gemäß § 33 kollegial beraten. Dabei sind in der Regel geeignete Voraufnahmen aus dem Früherkennungsprogramm einzubeziehen. Teilnehmer der Konsensuskonferenz sind insbesondere der Programmverantwortliche Arzt und die beiden Ärzte, die an der Doppelbefundung teilgenommen haben.

**§ 15 Abs. 2 Buchst. a:** Unbeschadet von Abs. 1 ist der Programmverantwortliche Arzt verpflichtet, an folgenden methodenübergreifenden Verfahren zur Selbstüberprüfung teilzunehmen (interne Qualitätssicherung):

- a) Der Programmverantwortliche Arzt teilt dem Referenzzentrum in Abständen von drei Monaten mit:
  1. Anteil der Frauen, bei denen die Indikation für die Abklärungsdiagnostik festgestellt wurde und die zur Abklärungsdiagnostik eingeladen wurden
  2. Anteil der Frauen, die zur Abklärungsdiagnostik eingeladen wurden und teilgenommen haben
  3. Anteil positiver Befunde der bildgebenden und der histopathologischen Untersuchungen
  4. Anteil der Karzinome, bei denen vor Veranlassung des Eingriffs eine Stanzbiopsie durchgeführt worden ist
  5. Verhältnis der Stanzbiopsien mit benignem und malignem Befund
  6. Zeit zwischen Feststellung der Indikation für die Abklärungsdiagnostik und der Diagnose
  7. Anteil der Frauen, bei denen ausnahmsweise eine Mammographie zur Kontrolle innerhalb eines bestimmten Zeitraums für notwendig erachtet wurde
  8. Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von höchstens 7 Werktagen zwischen der Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen und der Übermittlung des Ergebnisses der Screening-Mammographie
  9. Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von höchstens einer Woche zwischen der Mitteilung des Verdachts auf eine maligne Erkrankung und dem angebotenen Termin zur diagnostischen Abklärung
  10. Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von höchstens einer Woche zwischen dem Beginn der diagnostischen Abklärung und der Mitteilung des Ergebnisses der Abklärungsdiagnostik
  11. Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von höchstens zwei Wochen zwischen dem Beginn der diagnostischen Abklärung und der Mitteilung des Ergebnisses der Abklärungsdiagnostik

**§ 20 Abs. 2:** Nach Aufnahme der Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms übersendet der Pathologe nach Absatz 1 die Präparate der ersten 50 von ihm beurteilten Fälle zusammen mit seiner Beurteilung an einen im Mammographie-Screening erfahrenen Pathologen, der hierfür vom Leiter des Referenzzentrums benannt wird weiteren Pathologen, der eine Genehmigung nach § 16 hat und mindestens 500 histopathologische Beurteilungen im Rahmen des Früherkennungsprogramms durchgeführt hat. Dieser Pathologe beurteilt die Präparate und teilt sein Ergebnis dem Pathologen nach Abs. 1 mit. Dieser übermittelt die beiden Beurteilungen an den Programmverantwortlichen Arzt. Bei unterschiedlichen Beurteilungen entscheidet der Programmverantwortliche Arzt über das weitere Vorgehen.

**§ 32 Abs. 2:** Die Erfassung der geforderten Angaben zu den Dokumentationen sowie die Abrechnung der Leistungen mit der Kassenärztlichen Vereinigung müssen EDV-gestützt erfolgen. Die für die Abrechnung verwandte Software muss die Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation nachweisen und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert sein. Die für die ärztliche Dokumentation und die Dokumentation durch die Zentralen Stellen verwandte Software muss von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zertifiziert und in regelmäßigen Abständen von 24 Monaten rezertifiziert werden, erstmals zum 1. April 2009. Die Zertifizierung bzw. Rezertifizierung erfolgt jeweils zum 1. Oktober. Danach darf über einen Zeitraum von 3 Monaten neben der neu zertifizierten Software die vorherige Version weiter verwendet werden. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung verpflichtet sich, die Software innerhalb von 8 Wochen nach Vorlage zu zertifizieren bzw. zu rezertifizieren, sofern im Verlauf des Zertifizierungsprozesses bzw. Rezertifizierungsprozesses keine Mängel festgestellt werden.

**§ 32 Abs. 3:** Das Nähere zu den erforderlichen Angaben zur Dokumentation und deren Umsetzung bestimmt der Beirat der Kooperationsgemeinschaft in Protokollen, die veröffentlicht werden. Die Zertifizierung und Rezertifizierung nach Abs. 2 Satz 3 umfasst sämtliche in den Protokollen spezifizierte Produkteigenschaften, insbesondere die als obligat für die ärztliche Dokumentation und die Dokumentation durch die zentralen Stellen gekennzeichneten Parameter. Die verbindliche Grundlage für die Rezertifizierung sind die veröffentlichten Protokolle in ihrer Version vom 1. September des der Rezertifizierung vorangehenden Jahres 1. Februar des Kalenderjahres, in dem die Zertifizierung bzw. Rezertifizierung erfolgen soll.

**§ 36 Abs. 2 Buchst. e:** In die jährlichen Auswertungen nach Abs. 1, die bezogen auf die Teilnehmerin anonymisiert, aber arztbezogen zu erfolgen haben, sind einzubeziehen:

...

- e) Methodenübergreifende Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)
  1. Anteil der Frauen, bei denen die Indikation für die Abklärungsdiagnostik festgestellt wurde und die zur Abklärungsdiagnostik eingeladen wurden
  2. Anteil der Frauen, die zur Abklärungsdiagnostik eingeladen wurden und teilgenommen haben
  3. Anteil positiver Befunde der bildgebenden und der histopathologischen Untersuchungen
  4. Anteil der Karzinome, bei denen vor Veranlassung des Eingriffs eine Stanzbiopsie durchgeführt worden ist
  5. Verhältnis der Stanzbiopsien mit benignem und malignem Befund
  6. Zeit zwischen Feststellung der Indikation für die Abklärungsdiagnostik und Feststellung der Diagnose
  7. Anteil der Frauen, bei denen ausnahmsweise eine Mammographie zur Kontrolle innerhalb eines bestimmten Zeitraums für notwendig erachtet wurde
  8. Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von höchstens 7 Werktagen zwischen der Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen und der Übermittlung des Ergebnisses der Screening-Mammographie

9. Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von höchstens einer Woche zwischen der Mitteilung des Verdachts auf eine maligne Erkrankung und dem angebotenen Termin zur diagnostischen Abklärung
10. Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von höchstens einer Woche zwischen dem Beginn der diagnostischen Abklärung und der Mitteilung des Ergebnisses der Abklärungsdiagnostik
11. Anteil der Frauen mit einer Wartezeit von höchstens zwei Wochen zwischen dem Beginn der diagnostischen Abklärung und der Mitteilung des Ergebnisses der Abklärungsdiagnostik

**§ 41 Buchst. f:** ~~Mammographie-Systeme, die zum 01.01.2009 im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms eingesetzt wurden und die Anforderungen nach Anhang 10 zweite Tabelle (Erstellung von Screening-Mammographieaufnahmen) nicht erfüllen, dürfen längstens bis zum 01.01.2014 weiterverwendet werden.~~(weggefallen)

**§ 41 Buchst. h:** ~~Bis zum 30.06.2012 kann von den Vorgaben nach § 28, Abs. 2 Buchstabe c) und e), § 36 Abs. 3 Buchstabe f), Anhang 9 Abschnitt IV.1, 5. Absatz und Anhang 12 abgewichen werden. In diesem Fall muss der Pathologe die Teilnahme an einer von der Kooperationsgemeinschaft anerkannten Fortbildungsveranstaltung von mindestens acht Stunden Dauer innerhalb von jeweils zwei Kalenderjahren gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen.~~(weggefallen)

**§ 41 Buchst. j:** ~~Abweichend von § 32 Abs. 2 Satz 3 wird die regelhaft anstehende Rezertifizierung für das Jahr 2016 auf den 01.04.2017 verschoben.~~(weggefallen)

**§ 41 Buchst. m:** Die Vorgaben bei der Erlangung der Voraussetzungen zur fachlichen Befähigung nach § 5 Abs. 5 Buchst. e) Satz 2 und Abs. 7, § 24 Abs. 2 Buchst. b) Satz 2, c) Satz 2, d) Satz 4, § 25 Abs. 2 Buchst. b) Satz 2, c) Satz 2, e), § 27 Abs. 3 Buchst. b) Satz 2 können im Hinblick auf die Zeitvorgaben und die Vorgabe an die Abfolge flexibel anerkannt werden solange die Fortbildungsangebote der Referenzzentren durch Maßnahmen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie Einschränkungen unterworfen sind. Ab 01.01.2021 sind die Fortbildungen wieder nach den festgelegten Vorgaben zu Zeit und Abfolge gemäß Satz 1 zu absolvieren.

**§ 41 Buchst. n:** In den gemäß § 30 durchgeführten Anerkennungsverfahren von Fortbildungskursen kann die Einhaltung der Anforderungen an die Durchführung der Kurse gemäß Anhang 2 der Anlage 9.2 ausgesetzt werden, sofern dies wegen der COVID-19-Pandemie geboten ist, längstens bis zum 31.12.2020.

**Anhang 12 Nummer 7:** Zur Durchführung der Fortbildungsveranstaltung wird vom Referenzzentrumsleiter ein im Mammographie-Screening erfahrener Pathologe benannt.

#### **Anhang 14:** Organisation und Durchführung von Online-Konsensuskonferenzen

Werden die Konsensuskonferenzen nach § 11 als Online-Konsensuskonferenz durchgeführt, müssen die folgenden Voraussetzungen erfüllt werden:

1. Die Organisation und Durchführung der Online-Konsensuskonferenz obliegen dem Programmverantwortlichen Arzt.
2. Die Genehmigung zur Durchführung der Konsensuskonferenz als Online-Konsensuskonferenz erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung. Der Referenzzentrumsleiter gibt hierzu nach Prüfung der

- Voraussetzungen nach Nr. 8 eine Empfehlung ab. Der Programmverantwortliche Arzt hat jede Veränderung der technischen und organisatorischen Voraussetzungen nach Nr. 8 der Kassenärztlichen Vereinigung unverzüglich mitzuteilen. Die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt die Änderung(en) an das Referenzzentrum zur Überprüfung des Fortbestandes der Voraussetzungen nach Nr. 8.
3. Der Fortbestand der Empfehlung des Referenzzentrums zur Durchführung der Konsensuskonferenz als Online-Konsensuskonferenz wird durch das Referenzzentrum regelmäßig anhand der Ergebnisse der internen Qualitätssicherung und der Leistungsparameter der Screening-Einheit überprüft.
  4. Die teilnehmenden befundenden Ärzte müssen eine unbefristete Genehmigung gemäß § 25 Abs. 3 nachweisen. Alle teilnehmenden Ärzte müssen den Nachweis über die fristgerechte und erfolgreiche Teilnahme an der Beurteilung einer Fallsammlung von Screening-Mammographieaufnahmen gemäß § 24 Abs. 3 Buchst. e oder § 25 Abs. 4 Buchst. d Nr. 2 erbringen.
  5. Der Programmverantwortliche Arzt hat einem ärztlichen Mitarbeiter des Referenzzentrums die Teilnahme an der Online-Konsensuskonferenz zu ermöglichen.
  6. Der Programmverantwortliche Arzt hat die Erfüllung der technischen und organisatorischen Voraussetzungen nach Nr. 8 sicherzustellen.
  7. Jeder befundende Arzt, der an der Online-Konsensuskonferenz teilnehmen will, muss die Erfüllung oder Änderung der fachlichen Voraussetzungen nach Nr. 4 und der technischen und organisatorischen Voraussetzungen in seinen Räumlichkeiten nach Nr. 8 unverzüglich gegenüber dem Programmverantwortlichen Arzt erklären.
  8. Technische und organisatorische Voraussetzungen für die Durchführung der Konsensuskonferenz mit Teilnehmern an entfernten Arbeitsplätzen (Online-Konsensuskonferenz):
    - a) Die zu besprechenden Bilddaten müssen allen Teilnehmern zum Zeitpunkt der Konferenz vorliegen. Diese Bilddaten können auch bereits im Vorfeld an die lokalen Arbeitsplätze der Teilnehmer übertragen werden.
    - b) Die apparative Ausstattung der im Rahmen einer Online-Konsensuskonferenz verwendeten Röntgendiagnostikeinrichtungen nach § 33 hat derart kompatibel zu sein, dass die unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes erstellten Screening-Mammographieaufnahmen von allen teilnehmenden Ärzten adäquat und einheitlich befundet werden können.
    - c) An allen Arbeitsplätzen müssen der Aufruf und die Darstellung der einzelnen Ansichten zentral gesteuert durch den Programmverantwortlichen Arzt erfolgen. Dabei sollte die Verzögerung zwischen dem Aufruf eines Falles durch den Programmverantwortlichen Arzt und der Darstellung dieses Falles auf den entfernten Arbeitsplätzen, abweichend von Anhang 6 Nr. 1.14.2 letzter Satz, 10 Sekunden nicht überschreiten.
    - d) Alle auf den Bildern vorhandenen, sowie während der Konferenz hinzugefügten Annotationen, Distanzmessungen und Markierungen müssen automatisch bei allen Teilnehmern erscheinen. Annotationen, Distanzmessungen und Markierungen können von jedem Teilnehmer eingebracht werden.
    - e) Der Programmverantwortliche Arzt bestimmt, wer an der Konferenz teilnimmt. Jeder Teilnehmer muss einen Überblick über die aktuell angemeldeten Teilnehmer haben. Für die Sprachübertragung ist ein Telefon mit einer Freisprechfunktion ausreichend.
    - f) Die Vorgaben der DSGVO, des Bundesdatenschutzgesetzes und die berufsrechtlichen Anforderungen an die Schweigepflicht sind zu beachten.
  9. Die Durchführung der Konsensuskonferenz als Online-Konsensuskonferenz und die Art der Teilnahme (persönlich, online) pro teilnehmenden Arzt sind zu dokumentieren.

10. Die Durchführung der Online-Konsensuskonferenz ist zu evaluieren, erstmalig 6 Monate nach Inkrafttreten dieses Anhangs. Das Nähere zur Evaluation bestimmen die Partner der Bundesmantelverträge.