

ORGANISIERTE KREBSFRÜHERKENNUNGSPROGRAMME FÜR GEBÄRMUTTERHALSKREBS UND DARMKREBS FRAGEN UND ANTWORTEN

Im Folgenden werden die häufigsten Fragen von Praxen zur den organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen (oKFE) für das Kolon- und das Zervixkarzinom beantwortet.

ALLGEMEINE FRAGEN ZU BEIDEN PROGRAMMEN

Stellt die KBV Informationen zu den organisierten Krebsfrüherkennungsprogrammen zur Verfügung?

Ja. Auf der Website der KBV gibt es zu beiden Programmen umfangreiche Informationen:

- › Darmkrebs: www.kbv.de/html/praevention_darmkrebsfrueherkennung.php
- › Zervixkarzinom: www.kbv.de/html/43282.php

Was ist die Programmnummer und wie wird sie eingetragen?

Die Programmnummer dient dem Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) zur Unterscheidung zwischen den diversen Qualitätssicherungsprogrammen.

Sie lautet für das organisierte Früherkennungsprogramm (oKFE) Zervixkarzinom immer „ZK“ und für das oKFE Darmkrebs „DK“

Wie kann die oKFE-Dokumentation für besondere Personengruppen erfolgen?

Das IQTIG sieht in seinen Spezifikationen keine Auswertung von Datensätzen zu Patienten aus den besonderen Personengruppen vor. Es unterbindet deren Dokumentation durch einen Filter, der von den PVS-Herstellern laut Spezifikation so zu programmieren ist, dass sich das Dokumentationsmodul bei diesen Versicherten nicht öffnet.

Somit kann eine Dokumentation für Patienten der besonderen Personengruppen nur in der PVS-Software und nicht im oKFE-Dokumentationsmodul durchgeführt werden.

Wie müssen die Felder Betriebsstättennummer (BSNR) und Nebenbetriebsstättennummern (NBSNR) bearbeitet werden?

Bei Vorsorgeuntersuchungen, die in der Hauptbetriebsstätte erbracht werden, wird nur die BSNR dokumentiert.

Vorsorgeuntersuchungen, die in der Nebenbetriebsstätte erbracht werden, erfordern die Dokumentation sowohl der BSNR als auch der NBSNR.

Worum handelt es sich bei der einrichtungsinternen Identifikationsnummer des Patienten?

Bei diesem Feld geht es um die Nummer, die der Patient vom PVS zugewiesen bekommt. Bitte beachten: Hier sind nur Eingaben bis 16 Stellen zulässig.

Wird die Dokumentationspflicht in den oKFE-Programmen durch das Ausfüllen von Mustern nach dem Bundesmantelvertrag (z.B. Muster 6, 10, 39) erfüllt?

Nein. Es muss immer die komplette Programmdokumentation des IQTiG durchgeführt werden.

Im Dokumentationsmodul der Praxissoftware sind mehrere Bögen (z.B. Zervixkarzinomscreening – Primärscreening, HPV-Test, Zytologie, Abklärungskolposkopie) eingespielt. Müssen alle Bögen ausgefüllt werden?

Nein. Jeder Programmbeteiligte füllt nur den Bogen für die Leistung(en) aus, die er erbringt:

ZERVIXKARZINOM

Gynäkologen: ZKP-Bogen

Gynäkologen nutzen für die elektronische Dokumentation des Primärscreenings und der Ergebnisse der veranlassten Abklärung von Zytologie und HPV-Test den ZKP-Bogen (Zervixkarzinom-Primärscreening/Abklärungsuntersuchung-Bogen).

Zytologen, Pathologen oder Labormediziner: ZKZ und ZKH-Bogen

Ergebnisse einer zytologischen Diagnostik beziehungsweise des HPV-Tests werden durch den Zytologen, Pathologen oder Labormediziner dokumentiert, der die Leistung durchgeführt hat. Dieser nutzt dazu die Bögen ZKZ (Zervixkarzinom-Zytologie-Bogen) und ZKH (Zervixkarzinom-HPV-Test-Bogen).

Vertragsärzte, die Abklärungskolposkopien durchführen: ZKA-Bogen

Vertragsärzte, die Abklärungskolposkopien durchführen, dokumentieren Angaben zur kolposkopischen Diagnostik und zu etwaigen therapeutischen Eingriffen auf dem ZKA-Bogen (Zervixkarzinom-Abklärungskolposkopie-Bogen).

DARMKREBS

Vertragsärzte, die Koloskopien durchführen: DKK-Bogen

Vertragsärzte, die Früherkennungskoloskopien und/oder Abklärungskoloskopien nach positivem Früherkennungs-i-FOB-Test durchführen, dokumentieren Angaben zur koloskopischen Diagnostik und zu etwaigen therapeutischen Eingriffen auf dem DKK-Bogen (Darmkrebs-Koloskopie-Bogen).

Labormediziner: DKI-Bogen

Ergebnisse der i-FOB-Tests werden von den Labormedizinern dokumentiert. Sie verwenden dazu den DKI-Bogen (Darmkrebs-i-FOB-Test-Bogen).

Vertragsärzte, die die i-FOB-Tests an die Patienten herausgeben, müssen die i-FOB-Testergebnisse nicht dokumentieren.

Ist eine Rückmeldung von der Auswertungsstelle vorgesehen?

Ja, die KV als Datenannahmestelle erhält von der Auswertungsstelle ein Datenflussprotokoll mit technischen Informationen (richtiger Schlüssel, richtige Globally Unique Identifier (GUID), richtige Programmnummer, bekannter Datenlieferant etc.).

Das Datenflussprotokoll enthält zudem die Informationen, ob die Datenverarbeitung erfolgreich war, oder ob eine technische oder inhaltliche Fehlermeldung „Error“ vorliegt. Gegebenenfalls können bei inhaltlichen Fehlern im Dokumentationsbogen Korrekturen durch den Arzt erforderlich sein. Dann ist ein erneuter Export des korrigierten Dokumentationsbogens durch das PVS als „Update“ erforderlich.

Die Datenflussprotokolle können derzeit über die KV-Portale als XML-Dateien heruntergeladen werden und/oder stehen als HTML-Format zur Einsicht bereit. Die (in der IQTIG-Spezifikation vorgesehene) Importfunktion für die Datenflussprotokolle in das PVS-System ist momentan noch nicht flächendeckend etabliert. An einer vollautomatisierten Rückübertragung via KIM-Anwendungsdienst in die Praxen wird derzeit gearbeitet, damit perspektivisch kein manueller Download mehr über die KV-Portale erforderlich ist.

Kann die Datenannahmestelle Einsicht in die Programmdokumentation nehmen?

Nein, das ist nicht vorgesehen.

Ist die Übermittlung der Daten im Rahmen der oKFE-Programme datenschutzkonform? Wie ist mit Widersprüchen von Patientinnen und Patienten bezüglich der Datenübermittlung umzugehen?

Ja, die Übermittlung von Daten im Rahmen der verpflichtenden Dokumentation für die oKFE-Programme ist datenschutzkonform. Eine Prüfung – insbesondere auch der Widerspruchsverwaltung durch eine zentrale Widerspruchsstelle – ist durch den Bundesdatenschützer erfolgt. Die Abrechnung der Leistung ist zwingend an die Programmdokumentation gebunden und muss folglich auch bei explizitem Widerspruch des Patienten erfolgen.

Daten von Versicherten, die der Nutzung ihrer Daten widersprochen haben, werden durch eine Interaktion von Widerspruchsstelle und Vertrauensstelle der Auswertung entzogen. Mit Einlegen des Widerspruchs tritt ein Verarbeitungsverbot ein (nach Artikel 21 Absatz 1 Datenschutzgrundverordnung) und es folgt daraus eine Löschpflicht aller personenbezogenen Daten (auch bereits pseudonymisierter Daten) zu der betroffenen Person. Insofern hat die Auswertungsstelle alle zum Zwecke der Programmbeurteilung bereits erhobenen Daten der versicherten Person rückwirkend zu löschen. Für die beteiligten Vertragsärzte ist somit sichergestellt, dass sie die zur Abrechnung erforderliche Programmdokumentation rechtssicher und unabhängig von einem möglichen Widerspruch der Patientinnen und Patienten durchführen können.

Jeder Vertragsarzt sollte sich zumindest grob mit dem Ablauf der Datenübermittlung beschäftigen, um Nachfragen der Versicherten beantworten zu können. Grundsätzlich sind die Versicherten durch die Einladung zum Programm und die Versicherteninformation, die gesondert in der Praxis in ausreichender Anzahl zur Verfügung stehen sollte, über ihre Widerspruchsrechte informiert.

Wo können die Versicherten der Verarbeitung ihrer Daten widersprechen?

Die Versicherten müssen sich für einen Widerspruch an die zentrale Widerspruchsstelle wenden:

Zentrale Widerspruchsstelle
Hainstraße 16
04109 Leipzig

E-Mail: g-ba@widerspruchsstelle.de

Telefon: 0341-98 988 383

Fax: 0341-98 988 384

Für einen gültigen Widerspruch müssen die folgenden Daten enthalten sein:

Krankenversicherungsnummer; Vor- und Nachname; Programmnummer des Früherkennungsprogramms; Unterschrift/digitale Signatur; Anschrift (bei postalischem Widerspruch oder Widerspruch per Fax)

Kann ich die Dokumentation schriftlich bei meiner KV einreichen?

Nein. Die Datenübertragung zur Datenannahmestelle der KV darf nur elektronisch und durch die vom IQTIG definierten Programmmodule erfolgen.

Was hat es mit den Altershinweisen beim Ausfüllen der Dokumentation auf sich?

Altershinweise sind vom IQTIG beabsichtigt und erfordern gegebenenfalls nur eine Kenntnisnahme. Sie sollten die Möglichkeit zur abschließenden Dokumentation nicht beeinträchtigen und haben keinen Zusammenhang mit dem Leistungsanspruch einzelner Versicherter in den organisierten Früherkennungsprogrammen. Seit den Spezifikationen zur Version 2021 wurden die Altersgrenzen für die Hinweise auf 100 Lebensjahre heraufgesetzt.

Wie ist der Umgang mit Mehrfachinanspruchnahmen einer Vorsorgeleistung durch Versicherte in mehreren Arztpraxen (Beispiel zytologische Leistungen)?

KBV und KVen vertreten die Auffassung, dass eine Mehrfachinanspruchnahme einer Screening-Leistung nicht zur Streichung der Leistungen führt, sofern der Patient auf Nachfragen des Vertragsarztes keine wahrheitsgemäße Angabe zur Inanspruchnahme der vorhergehenden Früherkennungsmaßnahme gemacht hat. Der Vertragsarzt muss die Anspruchsvoraussetzungen für Früherkennungsuntersuchungen nur anhand der Angaben des Versicherten und seiner ärztlichen Unterlagen und Aufzeichnungen prüfen und darf sich somit auf die Angaben des Patienten verlassen (vgl. § 22 Abs. 3 BMV-Ä).

Allerdings entscheidet die Kassenärztliche Vereinigung nicht allein, ob eine Leistung abrechenbar ist oder nicht: Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, Anträge zur Prüfung von abgerechneten Gebührenordnungspositionen zu stellen (gemäß § 106d SGB V). Ob die Gerichte im Falle von Prüfanträgen ebenfalls die Mehrfachabrechnung zulassen, kann nicht garantiert werden.

Soweit erst der Zytologe erkennt, dass Mehrfachaufträge innerhalb desselben Anspruchszeitraums von verschiedenen Gynäkologen zur selben Frau vorliegen, darf er die zytologischen Untersuchungen nur im Hinblick auf den ersten Auftrag durchführen und abrechnen. Der Zytologe müsste in diesem Fall dem Zweit- oder Drittüberweiser mitteilen, dass bei seiner Patientin bereits eine Untersuchung durchgeführt worden ist und weitere Untersuchungen nicht zulässig sind. Der Arzt müsste daraufhin seine Patientin auffordern, die entsprechenden Befunde von dem erstveranlassenden Arzt vorzulegen.

Gibt es eine Übersicht über die Softwarehersteller für oKFE-Dokumentationsprogramme?

Ja, es gibt eine Liste der Softwarehersteller, die eine Konformitätserklärung beim IQTIG abgegeben haben. Diese finden Sie unter <https://iqtig.org/spezifikationen/ergaenzende-downloads/softwareanbieter/>.

In den Bögen zur Koloskopie und zur Kolposkopie erscheinen Fragen zur weiteren operativen Versorgung. Kann ich die Bögen auch abschließen, wenn ich diese Fragen nicht beantworten kann?

Ja. Im Bogen ZKA (Abklärungskolposkopie) erfolgt die Therapieempfehlung in Feld 34. Ab Feld 39 sind Informationen zur Operation (z. B. Operationsdatum) anzugeben. Gemäß der Spezifikation handelt es sich bei den Feldern ab Feld 39 um optionale Felder, das heißt, die Felder können ausgefüllt werden, es besteht jedoch keine Pflicht dazu. Wurde keine Operation durchgeführt, können die Felder leer bleiben. Ein Abschließen des Bogens ist dennoch möglich.

Gleiches gilt für den Bogen DKK (Koloskopie). Die Therapieempfehlung für eine Operation erfolgt in Feld 44 (Wurden weitere Maßnahmen angeraten?). Angaben zur OP sind in den Feldern 48 (Operationsdatum) und 52 (Residualtumorwert nach erfolgter Operation) vorzunehmen. Wie im Bogen ZKA handelt es sich um optionale Felder. Liegen die Informationen nach einer Operation vor, können diese angegeben werden. Wurde keine Operation durchgeführt, sind die Felder nicht zu befüllen. Gemäß der Spezifikation kann der Bogen dennoch abgeschlossen werden.

ORGANISIERTE KREBSFRÜHERKENNUNG – DARMKREBS

Wer dokumentiert in diesem Programm?

Dokumentationspflicht besteht für die Arztgruppen, die eine präventive Koloskopie oder eine Abklärungskoloskopie nach positivem Früherkennungs-iFOBT anbieten, und für die Vertragsärzte, die den iFOBT durchführen.

Für Vertragsärzte, die die Patienten beraten oder die iFOB-Tests herausgeben, besteht keine Dokumentationspflicht.

Welche Koloskopien erfolgen innerhalb des Programmes zur organisierten Krebsfrüherkennung des Kolonkarzinoms?

Das oKFE-Programm beinhaltet die Früherkennungskoloskopie (GOP 01741) und die Abklärungskoloskopie nach positivem iFOBT (GOP 13421). Beide Leistungen lösen eine Dokumentationspflicht nach der oKFE-RL aus.

Dabei ist die GOP 13421 (Zusatzpauschale Koloskopie) seit dem 1. Oktober 2022, nach den Vorgaben der zuständigen KV, in der Abrechnung durch die Angabe einer bundeseinheitlichen Zusatzkennung zu kennzeichnen. Somit ist künftig eine Unterscheidung zwischen kurativer Koloskopie bei Beschwerden und Abklärungskoloskopie nach positivem iFOBT im Rahmen der oKFE-RL möglich (https://www.kbv.de/media/sp/EBM_2022-10-01_BA_610_BeeG_EBM-Detail_nderung.pdf).

Die Auslösung der Dokumentationsbögen im PVS nach Eingabe der Zusatzkennung zur GOP 13421 wurde für 2024 zugesagt. Solange dies im PVS noch nicht umgesetzt ist, muss durch die Praxen eine manuelle Auslösung der Dokumentationsbögen nach positivem iFOBT gemäß der oKFE-RL erfolgen.

ORGANISIERTE KREBSFRÜHERKENNUNG – ZERVIXKARZINOM

Das Primärscreening und die Abklärungsdiagnostik nach oKFE-RL sind als ein aufeinanderfolgendes Stufen-schema konzipiert. Eine parallele Handhabung von Primärscreening und Abklärungsdiagnostik ist in der oKFE-RL nicht vorgesehen.

FRAGEN ZUR DOKUMENTATION NACH OKFE-RL:

Muss die Dokumentation für präventive Untersuchungen im Primärscreening und der Abklärungsdiagnostik jeweils getrennt erfolgen?

Für jede Untersuchung im Rahmen der oKFE-RL sind neue Dokumentationsbögen auszufüllen. Die Dokumentation für das Primärscreening und für die Abklärungsdiagnostik erfolgen jeweils in einem eigenen ZKP-Bogen. Es gibt keine unterschiedlichen Bögen für das Primärscreening und die Abklärungsdiagnostik.

Welche Befunde sind bei den Fragen zu Vorbefunden auf dem Bogen Primärscreening und Abklärungsdiagnostik (ZKP) zu berücksichtigen?

Laut Ausfüllhinweisen des IQTIG ist mit „letzter vorangegangener Untersuchung“ die letzte Untersuchung gemeint, die im Rahmen der Krebsfrüherkennung (nach KFE-RL oder oKFE-RL) durchgeführt wurde. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass die KFE-RL hier nur noch übergangsweise in den Ausfüllhinweisen enthalten ist, da die oKFE-RL erst zum 1. Januar 2020 in Kraft getreten ist und vorher auch Abstriche nach KFE-RL berechnungsfähig waren.

Wie sind die Fragen zum Ergebnis des HPV-Tests im Bogen Primärscreening und Abklärungsdiagnostik (ZKP) zu beantworten?

Ein HPV-Test ist dann als positiv zu dokumentieren, wenn mindestens ein Hochrisiko-HPV-Typ vorliegt. Die Frage nach der Differenzierung zwischen den HPV-Typen 16 oder 18 sollte wie folgt beantwortet werden:

- › Wurde mindestens HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 positiv getestet, ist „ja“ zu dokumentieren. Dies ist auch der Fall, wenn der HPV-Test eine HPV-Typ-Diagnosegruppe 16/18 vorsieht und diese positiv getestet wurde.
- › Kann das Vorliegen von HPV-Typ 16 und HPV-Typ 18 ausgeschlossen werden, ist „nein“ zu dokumentieren.
- › Liegen oben benannte Differenzierungen beziehungsweise eine Genotypisierung nicht vor, ist „nicht differenzierbar“ zu dokumentieren.

Wie sind unterschiedliche HPV-Befunde im Bogen HPV-Testergebnis (ZKH) zu erfassen?

Hierzu hat das IQTIG eine differenzierte Anleitung auf seiner Website veröffentlicht:
<https://iqtig.org/downloads/spezifikation/2023/v01/Information-HPV-Test-ZKH.pdf>

FRAGEN ZU WEITEREN INHALTEN DER OKFE-RL, ZU ANSPRUCHSBERECHTIGUNGEN UND ZUR ABRECHNUNG

In welchem Intervall finden die Kombinationsuntersuchungen (Zytologie und HPV-Test) ab einem Alter von 35 Jahren statt?

Die Untersuchungen können alle drei Jahre durchgeführt werden. Für die Feststellung des erneuten Anspruchs ist das Kalenderjahr maßgeblich, das heißt, zwischen den Untersuchungen müssen immer zwei volle Kalenderjahre liegen, in denen keine Untersuchung stattgefunden hat. Eine Patientin, die beispielsweise im Juni 2020 den ersten Ko-Test ohne auffälligen Befund erhält, kann folglich den nächsten Ko-Test ab Januar 2023 erhalten.

Welche Untersuchungen können Frauen in dem Jahr, in dem sie 35 Jahre alt werden, nach der oKFE-RL Zervixkarzinom in Anspruch nehmen?

Der Anspruch auf eine klinische Untersuchung nach der oKFE-RL oder der KFE-RL besteht einmal im Kalenderjahr (gemäß § 6 Absatz 1 oKFE-RL Zervixkarzinom und § 6 Absatz 2 KFE-RL). Frauen im Alter von 34 Jahren haben in dem Jahr, in dem sie 35 Jahre alt werden, ebenfalls nur einen Anspruch auf eine klinische Untersuchung (GOP 01761). Sie können dabei entscheiden,

- › ob sie die Früherkennungsuntersuchung auf das Zervixkarzinom in dem betreffenden Jahr vor dem 35. Geburtstag als klinische Untersuchung einschließlich zytologischer Untersuchung in Anspruch nehmen oder
- › ob sie die Früherkennungsuntersuchung auf das Zervixkarzinom in dem betreffenden Jahr erst nach ihrem 35. Geburtstag als klinische Untersuchung einschließlich Ko-Test in Anspruch nehmen.

Wenn die Frau in dem Kalenderjahr, in dem sie das 35. Lebensjahr vollendet, nur das einfache zytologiebasierte Zervixkarzinomscreening in Anspruch nimmt, kann sie im darauffolgenden Jahr das kombinierte Zervixkarzinomscreening durchführen lassen. Sollte sie hingegen in diesem Jahr schon das kombinierte Zervixkarzinomscreening wählen, kann sie in den darauffolgenden zwei Kalenderjahren keine Untersuchung nach oKFE-RL beanspruchen.

Wann wird das Primärscreening wiederaufgenommen, wenn Abklärungsuntersuchungen nötig waren?

Die Terminierung des auf eine Abklärungsuntersuchung folgenden Primärscreenings erfolgt im altersentsprechenden Untersuchungsintervall, ausgerichtet am Kalenderjahr des Datums der letzten Abklärungsuntersuchung. In medizinisch-fachlich begründeten Ausnahmen kann hiervon abgewichen werden.

Sofern der Abklärungsalgorithmus der oKFE-RL keine konkreten Hinweise zum weiteren ärztlichen Vorgehen vorgibt, obliegt es der ärztlichen Entscheidung im Einzelfall, ab wann ein Befund als unauffällig einzustufen ist und eine Patientin in den regulären Screening-Zyklus zurückkehrt. Daher können seitens der KBV keine grundsätzlichen Festlegungen getroffen werden, die über die Regelungen der oKFE-RL hinausgehen.

Wann wird die Patientin nach abgeschlossener Therapie/Kuration wieder in das Primärscreening aufgenommen?

Eine Rückkehr in das Primärscreening der Früherkennung Zervixkarzinom erfolgt nach Abschluss einer Therapie, einschließlich der nach Leitlinie erforderlichen Kontrollen des Behandlungserfolgs. Die oKFE-RL gibt kein Mindest-Intervall zwischen Abschluss der Kuration und der Rückkehr in das Zervixkarzinom-Screening vor.

Die Feststellung des Abschlusses der Therapie hat der Arzt unter Würdigung aller vorliegenden Befunde zu treffen.

In der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme wird bei bestimmten Befunden eine Frist von drei Monaten zur Durchführung der Abklärungskolposkopie gefordert. Ab wann wird dieser Zeitraum gerechnet?

Der Zeitraum beginnt am Tag des Abstrichs zur Krebsvorsorge (Untersuchungsdatum im ZKP-Bogen).

Wie ist das richtige Vorgehen bei der Abklärung, falls diese aufgrund der medizinischen Befunde wiederholt werden muss?

Nach der Richtlinie für das organisierte Früherkennungsprogramm Zervixkarzinom (oKFE-RL, Abschnitt III. Zervixkarzinom) erfolgen im Anschluss an die Untersuchungen im Primärscreening (§ 6 oKFE-RL) die weiteren diagnostischen Schritte auf der Grundlage der erhobenen Befunde nach der Münchner Nomenklatur III. Die Einzelheiten hierzu werden in einem Algorithmus entsprechend in § 7 (Abklärungsdiagnostik) oKFE-RL geregelt. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen kann von dem vorgegebenen Abklärungsalgorithmus abgewichen werden (gemäß § 7 Absatz 1 oKFE-RL).

Sofern in der Abklärungsdiagnostik aufgrund der erhobenen Befunde eine weitere Diagnostik nach den GOP des Abschnitts 1.7.3.2.2 EBM erforderlich ist und diese gemäß der Anlage VII der oKFE-RL Zervixkarzinom dokumentiert wird, zählt diese Diagnostik zum Früherkennungsprogramm der oKFE-RL Zervixkarzinom und kann als präventive Leistung durchgeführt und berechnet werden. Diese Regelung gilt für Befunde < CIN 3.

Was geschieht mit der Patientin, wenn die Histologie positiv ist (CIN 1 – CIN 2)?

Die oKFE-RL hat nicht alle Möglichkeiten, die während einer Abklärung in Betracht kommen könnten, geregelt. So beschreibt § 7 Abs. 8 der oKFE-RL Zervixkarzinom die Möglichkeit eines individuellen Vorgehens nach erfolgter Abklärungskolposkopie. Eingeschränkt wird der Entscheidungsspielraum durch die Feststellung, dass nach Befunden \geq CIN 3 (Zielläsion des Präventionsprogrammes) eine Therapie erfolgt. Dies ist auch bei der abrechnungstechnischen Einordnung als präventive oder als kurative Leistung zu berücksichtigen.

Konkret bedeutet dies Folgendes:

In der oKFE-RL Zervixkarzinom wird der Zeitraum für die Nachsorge von Patientinnen bei histologischem Befund einer CIN 1 oder CIN 2 nicht geregelt. Hinsichtlich der Vorgehensweise bei einer bioptisch gesicherten CIN 1 oder 2 wird in den Tragenden Gründen zur oKFE-RL unter 2.4.2.4 „Vorgehen nach der Abklärungskolposkopie“ auf Leitlinien verwiesen. Etwaige Kontrollen werden als präventive Leistungen durchgeführt, eine Dokumentationspflicht gilt entsprechend.

Alle Folgemaßnahmen, die Befunde \geq CIN 3 betreffen, werden als kurative Leistungen gewertet.

Sind präventive Leistungen nach oKFE-RL während einer Therapie (z.B. nach einer Konisation) grundsätzlich möglich?

Die Nachsorge zur Beurteilung des Behandlungserfolges nach einer operativen Therapie (z.B. nach einer Konisation) ist eine rein kurative Leistung, neben der kein Anspruch auf Vergütung der Abklärungsdiagnostik des Zervixkarzinom-Screenings nach der oKFE-RL besteht. Die Entnahme von Abstrichmaterial zur Kontrolle des Behandlungserfolgs nach einer Konisation ist als kurative Leistung nicht gesondert berechnungsfähig, sondern Teil der frauenärztlichen Grundpauschale.

Unabhängig des Befundes der Kontrolluntersuchung nach einer Konisation hat die Patientin einen Anspruch auf die jährliche gynäkologische Untersuchung nach der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) nach der GOP 01760 EBM. Diese beinhaltet jedoch keine zytologische Untersuchung und keinen HPV-Test.

Wann ist bei Patientinnen zwischen 20 und 35 Jahren ein HPV-Test im Rahmen der oKFE-RL vorgesehen?

- › Bei Patientinnen zwischen 20 und 29 Jahren ist im Abklärungsalgorithmus der oKFE-RL kein HPV-Test vorgesehen. In medizinisch begründeten Ausnahmefällen gilt auch für Frauen unter 30 Jahren die Regelung nach § 7 Absatz 1 oKFE-RL, die einen HPV-Test im Ausnahmefall zulässt. Zudem kann der HPV-Test kurativ veranlasst und abgerechnet werden, wenn aus ärztlicher Sicht die medizinische Indikation für einen HPV-Test besteht und eine Indikationsvoraussetzung nach der GOP 19328 erfüllt ist.
- › Bei Frauen ab dem Alter von 30 Jahren soll bei einem auffälligen Befund, in Abhängigkeit von der Befundgruppe gemäß der oKFE-RL, nach sechs bis zwölf Monaten ein HPV-Test durchgeführt werden. Die Abrechnung erfolgt in diesem Fall mittels der GOP 01767.

Wie wird die Zytologie abgerechnet, wenn beispielsweise ein PAP-0-Abstrich vorliegt, der wiederholt werden muss?

Für die Labordiagnostik (alle IVD-Diagnostik im EBM) gilt, dass nur verwertbare Ergebnisse berechnungsfähig sind. Dies bedeutet natürlich auch, dass in der oben aufgeführten Konstellation der erste Abstrich mit dem Ergebnis PAP-0 nicht berechnet werden kann.

Sind Kolposkopien bei Dysplasien der Vulva oder Vagina Bestandteil der oKFE-RL? Wie rechne ich diese ab?

Nein. Die oKFE-RL Zervixkarzinom enthält keine Regelungen zu Kolposkopien, die aufgrund von Veränderungen an der Vulva oder an der Vagina durchgeführt werden. Die Kolposkopie bei auffälligen Befunden an Vulva oder Vagina ist Teil der frauenärztlichen Grundpauschale (aus Kapitel 8 des EBM). Der Anhang 1 zum EBM umfasst das Verzeichnis der nicht gesondert berechnungsfähigen Leistungen, hier wird die Kolposkopie aufgeführt.

Mehr Informationen: [KBV-Themenseite Früherkennung Gebärmutterhalskrebs](#)