

## 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](http://www.kbv.de/html/praevention_darmkrebsfrueherkennung.php)
- › Zervixkarzinom: [www.kbv.de/html/43282.php](http://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“.

#### Worauf bezieht sich die Angabe der besonderen Personengruppe?

Bei den besonderen Personengruppen handelt es sich um Versicherte, die sich nicht in einem regulären Versicherungsverhältnis mit einer gesetzlichen Krankenkasse befinden. Vorsorgeuntersuchungsleistungen dieser Patienten werden zum Teil nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) abgerechnet. In den begleitenden Bestimmungen des EBM ist grundsätzlich geregelt, dass eine Gebührenordnungsposition (GOP) nur dann berechnungsfähig ist, wenn deren obligater Leistungsinhalt vollständig erbracht wird.

Bezüglich der Früherkennungsuntersuchungen für das Zervix- und Kolonkarzinom wird im EBM zusätzlich auf die Richtlinie des G-BA zur organisierten Krebsfrüherkennung verwiesen. Dort wird eine Dokumentation für Leistungen im Rahmen der Richtlinie gefordert und besondere Personengruppen werden nicht gesondert besprochen. Das IQTIG sieht in seinen Spezifikationen keine Auswertung von Datensätzen zu Patienten aus den besonderen Personengruppen vor. Es unterbindet deren Dokumentation durch Vorgaben in einem Filter, der von den PVS-Herstellern laut Spezifikation so zu programmieren ist, dass sich das Dokumentationsmodul bei diesen Versicherten nicht öffnet.

Somit muss eine Dokumentation für Patienten der besonderen Personengruppen nur in der PVS-Software und nicht im oKFE-Dokumentationsmodul durchgeführt werden. Die Dokumentation verbleibt in der Praxis und wird nicht an die Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) versandt.

### **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 die Patientin oder 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 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 aus, der für die Leistung vorgesehen ist, die er erbringt.

### **Ist eine Rückmeldung von der Auswertungsstelle vorgesehen?**

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.) und übermittelt es an den Arzt.

### **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?**

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 der Patientin oder des Patienten erfolgen.

Daten von Versicherten, die der Nutzung ihrer Daten widersprochen haben, werden durch eine Interaktion von Widerspruchsstelle und Vertrauensstelle der Auswertung entzogen. Somit ist für die beteiligten Vertragsärzte sichergestellt, dass sie die zur Abrechnung erforderliche Programmdokumentation rechtssicher und unabhängig von einem möglichen Widerspruch der Patientinnen und Patienten durchführen können.

Jeder Programmbeteiligte 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](mailto: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, können aber bestätigt werden und sollten die Möglichkeit zur abschließenden Dokumentation nicht beeinträchtigen. Sie haben keinen Zusammenhang mit dem Leistungsanspruch einzelner Versicherter in den organisierten Früherkennungsprogrammen. In den Spezifikationen zur Version 2021 wurden die Altersgrenzen für die Hinweise auf 100 Lebensjahre. heraufgesetzt.

## Wie ist der Umgang mit Mehrfachinanspruchnahmen der Vorsorgeleistungen durch Versicherte außerhalb der vorgesehenen Intervalle (Beispiel zytologische Leistungen)?

KBV und KVen vertreten die Auffassung, dass eine Mehrfachinanspruchnahme von Screening-Leistungen nicht zur Streichung der Leistung führen, sofern der Patient oder die Patientin auf Nachfragen des Vertragsarztes keine beziehungsweise keine wahrheitsgemäßen Angaben 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 das KV-System nicht allein, ob eine Ziffern abrechenbar ist oder nicht: Die Krankenkassen haben die Möglichkeit, Anträge zur Prüfung von abgerechneten Gebührenordnungspositionen zu stellen (gemäß § 106d SGB V). Wenn die KV der Auffassung der Krankenkassen nicht folgt, entscheiden die Gerichte. Das Bundessozialgericht hat in einem Urteil zur Abrechnung der GOP 01770 (Betreuung einer Schwangeren) aber nicht darauf abgestellt, ob der Vertragsarzt erkennen konnte, ob die Leistung schon erbracht worden ist oder nicht. Vielmehr hat das Bundessozialgericht wie folgt entschieden: "Die Komplexleistung für die Betreuung einer Schwangeren nach Nr. 01770 EBM-Ä 2005 kann auch dann nur von einem Vertragsarzt im Quartal berechnet werden, wenn ein später in Anspruch genommener Arzt dieselbe Leistung erneut erbringt, ohne zu wissen, dass sie schon erbracht worden war." (Aktenzeichen B 6 KA 15/14 R) Es ist daher nicht auszuschließen, dass die Gerichte auch zur Abrechnung der GOP 01761 eine andere Position als das KV-System einnehmen werden.

Soweit erst der Zytologe erkennt, dass Mehrfachaufträge 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, beim IQTIG unter:

[https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/partner/2020/PB-Dokumentationssoftware\\_\\_oKFE-RL\\_.pdf](https://iqtig.org/dateien/dasiqtig/partner/2020/PB-Dokumentationssoftware__oKFE-RL_.pdf)

## **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 43. Ab Feld 46 sind Informationen zur Operation (z. B. Operationsdatum) anzugeben. Gemäß der Spezifikation handelt es sich bei den Feldern ab Feld 46 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 56 (Welche weiteren Maßnahmen wurden angeraten?). Angaben zur OP sind in den Feldern 58 (Operationsdatum) und 59 (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 Labormediziner, die den iFOBt auswerten.

Für Allgemeinmediziner oder Gynäkologen, die die Patientinnen und Patienten beraten oder die iFOB-Tests herausgeben, besteht keine Dokumentationspflicht.

## **Müssen Ärzte, die den iFOB-Test in ihrer Praxis ausgeben, aber nicht auswerten, an der Programmdokumentation teilnehmen?**

Nein.

## **Sind Hausärzte oder Gynäkologen am organisierten Programm zur Krebsfrüherkennung des Kolonkarzinoms beteiligt?**

Ja, beide Berufsgruppen können Patienten ab dem 50. Lebensjahr einmalig über das kolorektale Karzinom und das korrespondierende oKFE-Programm informieren (GOP 01740). Zusätzlich kann durch diese Arztgruppen auch die GOP 01737 („Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems gemäß Teil II. § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL), inkl. Beratung“) abgerechnet werden. Hierdurch wird keine Dokumentationspflicht im Rahmen der oKFE-RL ausgelöst.

## **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 oKFE-RL aus.

# ORGANISIERTE KREBSFRÜHERKENNUNG – ZERVIXKARZINOM

## **In welchem Intervall finden die Kombinationsuntersuchungen (Zytologie + HPV-Test) ab dem 35. Lebensjahr statt?**

Die Untersuchungen können alle drei Jahre durchgeführt werden. Eine Patientin, die 2020 den ersten Ko-Test ohne auffälligen Befund erhält, kann folglich den nächsten Ko-Test im Jahr 2023 erhalten.

## **Wann wird das Primärscreening wiederaufgenommen, wenn Abklärungsuntersuchungen nötig waren?**

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

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

Für jede auf das Primärscreening folgende Untersuchung im Rahmen der oKFE-RL sind neue Bögen auszufüllen.

## **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.

## **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.

## **Welche Leistungen sind präventiv, welche kurativ? Wie ist das richtige Vorgehen bei der Abklärungskolposkopie, falls diese aufgrund der medizinischen Befunde wiederholt werden muss?**

Nach der Richtlinie für das organisierte Früherkennungsprogramm Zervixkarzinom (oKFE-RL, Abschnitt 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 im § 7 oKFE-RL geregelt.

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 kleiner CIN 3.

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 die S3-Leitlinie verwiesen.

## **Falls der durchführende Arzt oder die durchführende Ärztin zusätzlich darüber informiert werden möchte, ob eine HPV-Infektion vorliegt (z.B. bei einer Patientin mit positiver Zytologie > III D1 und Alter < 35 J): Ist die HPV-Testung dann kurativ oder ein Abklärungs-Test?**

- › Bei Patientinnen zwischen 20 und 29 Jahren ist im Abklärungsalgorithmus der oKFE-RL kein HPV-Test vorgesehen. Wenn aus ärztlicher Sicht die medizinische Indikation für einen HPV-Test besteht und eine Indikationsvoraussetzung nach der Gebührenordnungsposition 32819 erfüllt ist, kann der HPV-Test kurativ veranlasst und abgerechnet werden.

- › Bei Frauen ab dem Alter von 30 Jahren soll bei auffälligem Befund nach sechs bis zwölf Monaten ein HPV-Test durchgeführt werden. Die Abrechnung erfolgt in diesem Fall mittels der Ziffer GOP 01767.

### **Wie sind die Fragen zum Ergebnis des HPV-Test 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/2021/v04/Information-HPV-Test-ZKH.pdf>

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

Nein. 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.

### **Was geschieht mit der Patientin, wenn die Histologie positiv ist (CIN 1 – CIN 2): Wie lange Nachsorgen/kurativ? Wann wird die Patientin wieder in das Primärscreening aufgenommen?**

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

Konkret bedeutet dies Folgendes:

In der oKFE-Richtlinie wird der Zeitraum für die Nachsorge von Patientinnen bei histologischem Befund einer CIN 1 – CIN 2 nicht geregelt. Etwaige Kontrollen sind aus EBM-Sicht präventiv erbracht, eine Dokumentationspflicht gilt entsprechend. Alle Folgemaßnahmen, die Befunde größer gleich CIN 3 betreffen, werden als kurative Leistungen gewertet.

### **Wie rechne ich als Labor ab, 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 nicht berechnet werden kann.