

schen Wissenschaft und Praxis Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Darüber hinaus sind auch Stellungnahmen von Spitzenverbänden der Selbsthilfe- und Patientenorganisationen sowie von Spitzenorganisationen der Hersteller entsprechender Medizinprodukte und -geräte willkommen.

Stellungnahmen sind anhand eines Fragenkataloges des Ausschusses innerhalb einer Frist von sechs Wochen nach dieser Veröffentlichung einzureichen. Den Fragenkatalog sowie weitere Erläuterungen erhalten Sie bei der

Geschäftsführung des Arbeitsausschusses „Ärztliche Behandlung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Auf dem Seidenberg 3 a, 53721 Siegburg, Telefon: 0 22 41/ 93 88 25/24

Köln, den 29. August 2002

Bundesausschuss der Ärzte
und Krankenkassen

Der Vorsitzende
J u n g

Beratungsthema des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu Überprüfungen gemäß § 135 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen überprüft gemäß gesetzlichem Auftrag für die vertragsärztliche Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten ärztliche Methoden daraufhin, ob der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach gegenwärtigem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse als erfüllt angesehen werden können. Das Ergebnis der Überprüfung entscheidet darüber, ob eine Methode ambulant zu-

lasten der GKV angewendet werden darf.

Gemäß Nr. 5 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) gibt der vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen beauftragte Arbeitsausschuss „Familienplanung“ bekannt, dass in den nächsten Wochen das folgende Thema beraten wird:

„Screeningprogramme für Gestationsdiabetes“

Mit dieser Veröffentlichung soll den maßgeblichen Dachverbänden der Ärzte-Gesellschaften sowie Sachverständigen der medizinischen Wissenschaft und Praxis Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben werden. Darüber hinaus sind auch Stellungnahmen von Spitzenorganisationen der Selbsthilfe und Patientenorganisationen sowie von Spitzenorganisationen der Hersteller entsprechender Medizinprodukte und -geräte willkommen.

Stellungnahmen sind auf der Basis eines Fragenkataloges des Arbeitsausschusses innerhalb einer Frist von vier Wochen nach dieser Veröffentlichung einzureichen.

Den Fragenkatalog erhalten Sie bei der

Geschäftsführung des Arbeitsausschusses „Familienplanung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Auf dem Seidenberg 3 a, 53721 Siegburg

Siegburg, den 4. Oktober 2002

Bundesausschuss der Ärzte
und Krankenkassen

Der Vorsitzende
J u n g

KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG

Mitteilungen

Früherkennung des Kolonkarzinoms: Ergänzung der bestehenden Maßnahmen um die qualitätsgesicherte, hohe Koloskopie

Einleitung

In allen westlichen Systemen lässt sich ein Anstieg der Sterblichkeit bedingt durch Dickdarmkrebs beobachten, was insbesondere auf die zunehmende Lebenserwartung und geänderte Ernährungsgewohnheiten zurückzuführen scheint. Dieser Trend ist trotz der Verbesserungen von Therapie und Diagnostik ungebrochen, weshalb von entscheidender Bedeutung für die nachhaltige Beeinflussung der Darmkrebsmortalität die Prävention ist. Das Kolonkarzinom zeichnet sich hier durch die folgenden Charakteristika aus, die Präventionsmaßnahmen aussichtsreich erscheinen lassen:

- Durch Änderung der Ernährungsgewohnheiten kann die Darmkrebsinzidenz im Sinne einer Primärprävention gesenkt werden (Primärprävention).
- Das Kolonkarzinom entwickelt sich in der Regel mit einer Latenz von 10–15 Jahren und hat somit eine verhältnismäßig lange klinisch inapparente Phase, was eine der Grundvoraussetzungen für effektive Früherkennungsmaßnahmen darstellt (Sekundärprävention).
- Durch die Abtragung von Vorstufen karzinomatöser Veränderungen im Rahmen einer Koloskopie kann, ähnlich wie beim Zervixkarzinom, eine echte Vorsorge und nicht nur Früherkennung durchgeführt werden (Primärprävention).

• Die Vorverlagerung des Diagnosezeitpunkts führt zu einer effektiveren Therapie (Früherkennung, Sekundärprävention), was in randomisierten, kontrollierten Studien für die Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl und für die Sigmoidoskopie nachgewiesen wurde.

Aufgrund dieser, Präventionsmaßnahmen begünstigenden, Umstände wurde schon in den Siebzigerjahren ein gesetzliches Früherkennungsprogramm aufgelegt, das die Darmkrebsfrüherkennung umfasst und die jährliche Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl zusammen mit einer rektalen Untersuchung vorsieht. Es ist hierbei bemerkenswert, dass international Deutschland als erstes Land ein bevölkerungsbezogenes Programm zur Früherkennung des Kolonkarzinoms eingeführt hat. Pro Jahr nehmen in Deutschland an der Krebsfrüherkennung circa 50 Prozent aller anspruchsberechtigten Frauen und circa 19 Prozent der Männer teil.

Neue Screening-Methoden

Seit der Einführung der Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl wurden Studien durchgeführt, die die Wirksamkeit von

endoskopischen Früherkennungsuntersuchungen in regelmäßigen Abständen auf unterschiedlichem Studienniveau nachweisen. Dies gilt auf der höchsten Evidenzstufe, der randomisierten, kontrollierten Studie, in erster Linie für die Sigmoidoskopie und auf der Ebene von Kohortenstudien auch für die Koloskopie. Gleichzeitig zeigen zahlreiche Untersuchungen, dass die Nebenwirkungen endoskopischer Untersuchungen (zum Beispiel Perforation, Nachblutungen) unter Berücksichtigung hoher Qualitätsstandards derart seltene Ereignisse darstellen, dass ihr Einsatz als Früherkennungsmaßnahme gerechtfertigt erscheint.

Die Neukonzeption der bestehenden Früherkennungsmaßnahmen im Hinblick auf diese Erkenntnisse wurde denn auch in den Ausschüssen der Selbstverwaltung aufgegriffen und mit Unterstützung beispielsweise der Burda-Stiftung und der Deutschen Krebshilfe in Angriff genommen.

Richtlinie Prävention des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

Der Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen hat die Einführung der so genannten hohen Koloskopie, die die Inspektion des Zökums umfasst, als Früherkennungsmaßnahme beschlossen. Sie steht ab 1. 10. 2002 allen gesetzlich Versicherten mit vollendetem 55. Lebensjahr zur Verfügung und kann nach 10 Jahren, also frühestens ab dem 65. Lebensjahr, wiederholt werden. Die Untersuchung auf okkultes Blut im Stuhl („Hämoccult“) steht weiterhin allen Versicherten ab dem 50. Lebensjahr in jährlichem Abstand zur Verfügung. Wird die Früherkennung per Koloskopie ab dem 55. Lebensjahr nicht gewünscht, so steht die zweijährliche Untersuchung auf Blut im Stuhl zur Verfügung. Neu ist im Programm auch, dass die Hämoccult-Untersuchung unabhängig von der Teilnahme an einer der festgeschriebenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, so wie sie für Frauen und Männer vorgesehen ist, abgerechnet werden kann. Ergebnisse eines Modellversuches zur Steigerung der Teilnehmeraten der Kolon-Ca.-Früherkennung hatten gezeigt, dass diese Loslösung einen positiven Effekt bewirkte.

Die Einführung der hohen Koloskopie wird begleitet von einem umfassenden Maßnahmenpaket, das den Besonderheiten dieser Untersuchung Rechnung trägt:

Informationsmaterialien

Es werden Informationsmaterialien erstellt, die den teilnehmenden Versicherten die Vorzüge und auch Risiken der

Untersuchung vermitteln. Grundvoraussetzung für die Durchführung einer solchen Untersuchung ist die „informierte“ Entscheidung des Versicherten, die mit Hilfe strukturierter Informationen unterstützt werden soll.

Evaluation

Essenzieller Bestandteil des Früherkennungsprogramms ist die kontinuierliche Evaluation. Nur so kann sichergestellt werden, ob der angestrebte Effekt einer Nachverlagerung des Diagnosezeitpunktes tatsächlich erreicht wird. Hierfür wird programmbegleitend eine standardisierte Dokumentation durch die teilnehmenden Ärzte durchgeführt, die jährlich ausgewertet wird.

Vereinbarung Qualitätssicherung nach § 135 (2)

Qualitätssicherung

Die Früherkennungskoloskopie richtet sich an Gesunde. Jedes Risiko, das sich aus dieser Untersuchung ergibt, ist deshalb sorgfältig mit dem erwarteten Nutzen der Maßnahme abzuwägen. Nur wenn alle potenziellen Risiken so weit als möglich minimiert werden, kann der Einsatz dieser Untersuchungstechnik zu Früherkennungszwecken gerechtfertigt werden. Die hier erstmalig etablierten hohen Anforderungen sind deshalb Grundvoraussetzung für das Angebot dieses Früherkennungsprogramms an die Versicherten.

Zusammen mit der Einführung der hohen Koloskopie als Element der Krebsfrüherkennung auf kolorektale Karzinome wurde eine umfassende Qualitätssicherung verabschiedet, die sich auf die Ausführung und Abrechnung von vertragsärztlichen Leistungen der Koloskopie sowohl in der Prävention (EBM Nr. 156) als auch in der Kuration (EBM Nr. 764) bezieht.

1. Zur Durchführung der Koloskopie sind Ärzte berechtigt a) mit der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“, b) mit der Gebietsbezeichnung „Innere Medizin“ mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido-Koloskopie, c) mit der Gebietsbezeichnung „Kinderchirurgie“ mit dem Erwerb der Fachkunde Sigmoido-Koloskopie oder d) mit der Gebietsbezeichnung Chirurgie, sofern der Chirurg nach dem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist.

2. Die Maßnahmen zur Qualitätssicherung umfassen zahlreiche innovative Ansätze, wie sie insbesondere bei Leistungen, die eine hohe manuelle Fertigkeit voraussetzen, erforderlich sind. Für die Früherkennungskoloskopie gilt: Durch

Nachweis entsprechend häufiger Untersuchungsdurchführung unter Anleitung (200 Koloskopien und 50 Polypektomien) in den letzten zwei Jahren vor Antragstellung muss die aktuelle Befähigung, die hohe Koloskopie durchführen zu können, nachgewiesen sein. Liegt der Abschluss der Weiterbildungsvoraussetzungen zur Koloskopie also mehr als zwei Jahre zurück und wurden durch den Arzt zwischenzeitlich keine Koloskopien durchgeführt, darf die Koloskopie nicht zuletzt der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Ärzte, die an der Versorgung schon teilnehmen, müssen eine entsprechende Anzahl von selbst durchgeführten Untersuchungen im gleichen Zeitraum nachweisen.

3. Durchführende Ärzte müssen in der Lage sein, Polypektomien in gleicher Sitzung durchführen zu können, sofern die Entfernung hinsichtlich der Größe und Eigenschaft der Polypen unter Praxisbedingungen möglich ist. So wird gewährleistet, dass belastende Zweituntersuchungen im Einzelfall potenziell vermieden werden.

4. Damit nach Zulassung zur Leistungserbringung die manuellen Fertigkeiten auf hohem Niveau erhalten bleiben, müssen teilnehmende Ärzte mindestens 200 hohe Koloskopien und 10 Polypektomien pro Jahr nachweisen (entfällt für Ärzte mit der Gebietsbezeichnung Kinderchirurgie). Bei wiederholter Unterschreitung erlischt die Abrechnungsgenehmigung, und es wird eine Nachschulung unter Anleitung eines zur Weiterbildung ermächtigten Arztes erforderlich, um erneut an der Versorgung teilnehmen zu können.

5. Untersuchungen auch in Deutschland haben Mängel an der Hygienequalität von Endoskopen aufgezeigt. Zudem wurden Einzelfälle publiziert, bei denen die Übertragung von Hepatitis C auf dem Wege der Koloskopie als gesichert angesehen werden kann. Besondere Anforderungen werden deshalb an die Hygiene gestellt: Halbjährlich werden unangekündigte Überprüfungen der Hygienequalität der verwendeten Endoskope (maximal zwei Endoskope pro Aufbereitungsverfahren) durchgeführt. Die Überprüfung umfasst die Durchspülung von Endoskopkanälen und Abstriche von Endoskopstellen durch ein durch die KV benanntes Hygieneinstitut. Die Bestimmungen orientieren sich an den Empfehlungen des Robert Koch-Institutes: Es dürfen keine *E. coli*, andere Enterobacteriaceae oder Enterokokken, keine *Pseudomonas aeruginosa*, andere Pseudomonaden oder weitere Nonfermenter sowie keine anderen hygienerlevanten Erreger wie *Staphylokokkus aureus* nach-

weisbar sein. Die Durchspüllösung (inklusive der Lösung der Optikspülssysteme) darf eine maximale Keimbelastung von 10 KBE pro ml enthalten. Fallen dabei Verunreinigungen der Koloskope auf, erfolgt eine Nachüberprüfung innerhalb von drei Monaten. Werden die Bedingungen erneut nicht erfüllt, so muss der Arzt innerhalb von sechs weiteren Wochen der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber nachweisen, dass er die Hygieneanforderungen einhält. Bis zu diesem Nachweis dürfen Koloskopie-Leistungen nicht abgerechnet werden. Gelingt der Nachweis, so erfolgt die nächste Kontrolle innerhalb von drei Monaten, bei unauffälligem Ergebnis dann wieder nach sechs Monaten. Mit diesem Stufen-schemata soll eine hygienisch einwandfreie Leistungsqualität sichergestellt werden.

Zusammenfassung/ Ausblick

Mit der qualitätsgesicherten Einführung der Koloskopie als Früherkennungsuntersuchung im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung können Versicherte von einem Angebot Gebrauch machen, das über die Früherkennung hinaus auch die Entfernung von Vorstadien karzinomatöser Veränderungen vorsieht. Hiermit wird eine echte Vorsorge ermöglicht, die Vorstadien des Kolonkarzinoms wirksam erfasst und entfernt. Mit der begleitenden Evaluation werden sowohl die Qualität der Koloskopie als auch die Effektivität des Programms kontinuierlich überprüft und dort, wo erforderlich, Korrekturen vorgenommen.

Damit sind jedoch noch nicht alle Maßnahmen zur Senkung der kolonkarzinombedingten Mortalität ausgeschöpft. Dringend erforderlich sind weitere Informationskampagnen sowohl zur Notwendigkeit der Früherkennungsuntersuchung als auch hinsichtlich der Bedeutung von Ernährungsgewohnheiten. Insbesondere bei Männern sind die Teilnahmeraten derart niedrig, dass hier Maßnahmen zur Teilnahmesteigerung erforderlich erscheinen. Gleiches gilt für die Teilnahmerate ausländischer Mitbürger, für die bislang keine spezifischen Informationsmaterialien oder Zugangswege existieren. Hier müssen zielgruppenspezifische Angebote entwickelt werden, deren Botschaft mögliche Teilnehmer in verständlicher und nachvollziehbarer Weise erreicht. □

Bekanntmachungen

Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“)*

in der Fassung vom 26. April 1976, zuletzt geändert am 21. Juni 2002
(veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 186 vom 5. Oktober 2002)

Die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 25 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) beschlossenen Richtlinien bestimmen das Nähere über die den gesetzlichen Erfordernissen des § 25 Abs. 2 und 3 SGB V entsprechenden ärztlichen Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

A. Allgemeines

1. Die nach diesen Richtlinien durchzuführenden ärztlichen Maßnahmen dienen

a) bei Frauen

der Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales vom Beginn des 20. Lebensjahres an sowie zusätzlich der Brust und der Haut vom Beginn des 30. Lebensjahres an sowie zusätzlich des Rektums und des übrigen Dickdarms vom Beginn des 50. Lebensjahres an,

b) bei Männern

der Früherkennung von Krebserkrankungen der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut vom Beginn des 45. Lebensjahres an sowie des Rektums und des übrigen Dickdarms vom Beginn des 50. Lebensjahres an.

2. Sie sollen mögliche Gefahren für die Gesundheit der Anspruchsberechtigten dadurch abwenden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

3. Es werden diejenigen Untersuchungen durchgeführt, die in den Abschnitten B. oder C. festgelegt sind.

4. Untersuchungen nach diesen Richtlinien sollen diejenigen Ärzte durchführen, welche die vorgesehenen Leistungen aufgrund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen.

5. Die bei diesen Maßnahmen mitwirkenden Ärzte haben darauf hinzuwirken, dass für sie tätig werdende Vertreter diese Richtlinien kennen und beachten.

B. Früherkennungsmaßnahmen bei Frauen

Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Genitales, der Brust, der Haut, des Rektums und des übrigen Dickdarms bei Frauen umfassen folgende Leistungen:

1. Klinische Untersuchungen

vom Beginn des 20. Lebensjahres an:

- gezielte Anamnese
- Spiegeleinstellung der Portio
- Entnahme von Untersuchungsmaterial von der Portio-Oberfläche und aus dem Zervikalkanal
- Fixierung des Untersuchungsmaterials für die zytologische Untersuchung
- bimanuelle gynäkologische Untersuchung

zusätzlich vom Beginn des 30. Lebensjahres an:

- Abtasten der Brustdrüsen und der regionären Lymphknoten einschließlich der Anleitung zur regelmäßigen Selbstuntersuchung

*Zu recherchieren unter DARIS-Archivnummer 1003686243

zusätzlich vom Beginn des 50. Lebensjahres an:

- digitale Untersuchung des Rektums

2. Zytologische Untersuchung

Die zytologische Untersuchung umfasst die Auswertung des zur zytologischen Untersuchung entnommenen Materials. Sofern der untersuchende Arzt die zytologische Untersuchung nicht selbst ausführt, sendet er das Material an einen Zytologen, der den einsendenden Arzt unterrichtet.

3. Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom

a) Anspruchsumfang

Frauen haben vom Beginn des 50. Lebensjahres an Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

Frauen haben von dem 50. Lebensjahr bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl.

Ab dem 56. Lebensjahr haben Frauen Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms:

- auf die erste Koloskopie ab dem 56. Lebensjahr und
- auf die zweite Koloskopie frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie.

Für eine optimierte Früherkennung ist die Durchführung der ersten Koloskopie innerhalb des 56. Lebensjahres anzustreben. Jede nach dem 65. Lebensjahr durchgeführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie.

Frauen ab dem 56. Lebensjahr, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl. Bei einem positiven Befund des Schnelltests besteht ein Anspruch zur Abklärung durch eine Koloskopie.

b) Beratung

Die Beratungen können von jedem an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Arzt hat die Versicherte möglichst frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres einmalig über das Gesamtpro-

gramm eingehend zu informieren. Er hat die Patientin dabei über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms zu beraten.

Möglichst bald nach Vollendung des 55. Lebensjahres soll die Versicherte eine weitere Beratung (zweite Beratung) erhalten, die insbesondere folgende Inhalte umfasst:

- Häufigkeit und Krankheitsbild
- Ziele und zugrunde liegende Konzeption der Früherkennungsuntersuchungen
- Effektivität (Sensitivität, Spezifität) und Wirksamkeit der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Nachteile (Belastungen, Risiken) der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Vorgehensweise bei einem positiven Befund.

Bei der zweiten Beratung händigt der Arzt der Versicherten das Merkblatt des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Darmkrebsfrüherkennung aus. Der Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Merkblatt vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch das Merkblatt nicht in seinem wesentlichen Inhalt verändert wird.

c) Der Schnelltest

Der Schnelltest auf occultes Blut im Stuhl darf nur mit solchen Testprodukten durchgeführt werden, die nach ihrer Empfindlichkeit einheitliche und untereinander vergleichbare Untersuchungsergebnisse gewährleisten. Die dafür nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebenden Kriterien stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach Anhörung von Sachverständigen fest.

Der Test kann von jedem auch sonst an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Test auf occultes Blut im Stuhl kann unabhängig von den übrigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß Abschnitt A und B der Richtlinien durchgeführt werden.

d) Die Koloskopie

Koloskopische Leistungen zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms dürfen nur von Ärzten erbracht werden, welche zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ berechtigt sind und über die Fachkunde „Sigmoido-Koloskopie in der Inneren Medizin“ verfügen oder zum Führen der

Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ berechtigt sind sowie von Ärzten, die zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Chirurgie“ und nach dem für sie maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien und koloskopischen Polypektomien berechtigt sind.

Der koloskopierende Arzt muss außerdem berufsrechtlich und aufgrund seiner apparativen Ausstattung in der Lage sein, eine ambulante therapeutische Intervention (Polypektomie) durchzuführen. Die Polypektomie soll in medizinisch indizierten Fällen während der screening-koloskopischen Untersuchung erfolgen.

Er muss eine geeignete Notfallsausrüstung vorhalten.

Die Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation erfolgt mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff. Die Patientin ist dabei auch darüber aufzuklären, dass die ambulante Polypektomie noch während der screening-koloskopischen Untersuchung durchgeführt werden soll, wenn sie medizinisch indiziert ist.

Durchführungsvoraussetzung ist die Patientenvorbereitung, die die Information über seine Mitwirkung und die geeigneten Maßnahmen zur Darmreinigung umfassen soll.

Ein aktueller Gerinnungswert (Quickwert) und ein kleines Blutbild müssen vorliegen.

Es ist eine vollständige, hohe Koloskopie durchzuführen.

Der die Koloskopie durchführende Arzt hat, vor allem nach durchgeführten Interventionen, eine ärztliche Nachbeobachtung und Nachsorge der Patientin sicherzustellen.

e) Dokumentation

Die Koloskopie ist durch eine Bilddokumentation nachzuweisen, aus der die Vollständigkeit ihrer Durchführung hervorgeht.

Die Früherkennungskoloskopie ist gemäß dem Musterberichtsdruck 1 (Anlage III) zu dokumentieren.

Die vollständige Dokumentation nach den Absätzen 1 und 2 ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Früherkennungsmaßnahme.

Die Dokumentationen nach Absatz 3 werden in den Kassenärztlichen Vereinigungen gesammelt und zum Zwecke der Evaluation ausgewertet.

f) Evaluation

Das Darmkrebsfrüherkennungsprogramm wird evaluiert. ▷

Dabei verständigen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen über Art und Umfang der Evaluation und ihre Veröffentlichung.

4. Folgerung aus den Ergebnissen und Beratungen der Untersuchten

Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, dass diese Fälle im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden, gezielten Diagnostik und gegebenenfalls Therapie zugeführt werden.

5. Aufzeichnungen und Dokumentation

a) Die Untersuchungen und deren Ergebnisse werden – mit Ausnahme der Koloskopie – auf einem dreiteiligen Berichtsvordruck (Anlage I)¹ aufgezeichnet; auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.

b) Der ausgefüllte dreiteilige Berichtsvordruck wird zusammen mit dem Untersuchungsmaterial an den Zytologen gesandt.

c) Die Teile a und b des Berichtsvordruckes werden vom Zytologen ausgefüllt an den Einsender zurückgeschickt; Teil c bleibt beim Zytologen.

d) Der Teil b wird nach abschließenden Eintragungen vom untersuchenden Arzt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Erfassung und Auswertung eingereicht; Teil a bleibt beim untersuchenden Arzt und soll fünf Jahre aufbewahrt werden.

e) Sofern der untersuchende Arzt auch die zytologische Untersuchung ausführt, wird nur Teil b des Berichtsvordruckes nach abschließender Eintragung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung eingereicht; die Teile a und c bleiben beim untersuchenden Arzt.

f) Die an der Durchführung der zytologischen Untersuchung Beteiligten sind gehalten, für eine ordnungsgemäße Befund- und Präparatedokumentation zu sorgen. Die Präparate und die Befunde sind zehn Jahre aufzubewahren.

g) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die im Zusammenhang mit der Durchführung von Maßnahmen nach diesen Richtlinien anfallenden Ergebnisse sammeln und auswerten. Dabei ist sicherzustellen, dass Rückschlüsse auf die Person

des Untersuchten ausgeschlossen sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen sich über eine bundeseinheitliche Zusammenfassung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse verständigen.

h) Der Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.

C.

Früherkennungsmaßnahmen bei Männern

Die Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen des Rektums und des übrigen Dickdarms, der Prostata, des äußeren Genitales und der Haut beim Mann umfassen folgende Leistungen:

1. Klinische Untersuchungen

- gezielte Anamnese
- Inspektion und Palpation des äußeren Genitales
- Abtasten der Prostata vom After aus
- Palpation regionärer Lymphknoten

2. Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom

a) Anspruchsumfang

Männer haben vom Beginn des 50. Lebensjahres an Anspruch auf vertragsärztliche Maßnahmen zur Früherkennung von kolorektalen Karzinomen nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen.

Männer haben von dem 50. Lebensjahr bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres Anspruch auf die jährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl.

Ab dem 56. Lebensjahr haben Männer Anspruch auf insgesamt zwei Koloskopien zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms:

- auf die erste Koloskopie ab dem 56. Lebensjahr und
- auf die zweite Koloskopie frühestens zehn Jahre nach Durchführung der ersten Koloskopie.

Für eine optimierte Früherkennung ist die Durchführung der ersten Koloskopie innerhalb des 56. Lebensjahres anzustreben. Jede nach dem 65. Lebensjahr durch-

geführte Koloskopie zählt als zweite Koloskopie.

Männer ab dem 56. Lebensjahr, bei denen keine Koloskopie oder keine zweite Koloskopie nach Ablauf von zehn Jahren nach der ersten Koloskopie durchgeführt worden ist, haben Anspruch auf die zweijährliche Durchführung eines Schnelltests auf occultes Blut im Stuhl. Bei einem positiven Befund des Schnelltests besteht ein Anspruch zur Abklärung durch eine Koloskopie.

b) Beratung

Die Beratungen können von jedem an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Arzt hat den Versicherten möglichst frühzeitig nach Vollendung des 50. Lebensjahres einmalig über das Gesamtprogramm eingehend zu informieren. Er hat den Patienten dabei über Ziel und Zweck des Programms zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms zu beraten.

Möglichst bald nach Vollendung des 55. Lebensjahres soll der Versicherte eine weitere Beratung (zweite Beratung) erhalten, die insbesondere folgende Inhalte umfasst:

- Häufigkeit und Krankheitsbild
- Ziele und zugrunde liegende Konzeption der Früherkennungsuntersuchungen
- Effektivität (Sensitivität, Spezifität) und Wirksamkeit der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Nachteile (Belastungen, Risiken) der jeweiligen Früherkennungsuntersuchungen
- Vorgehensweise bei einem positiven Befund.

Bei der zweiten Beratung händigt der Arzt dem Versicherten das Merkblatt des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Darmkrebsfrüherkennung aus. Der Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Merkblatt vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch das Merkblatt nicht in seinem wesentlichen Inhalt verändert wird.

c) Der Schnelltest

Der Schnelltest auf occultes Blut im Stuhl darf nur mit solchen Testprodukten durchgeführt werden, die nach ihrer Empfindlichkeit einheitliche und untereinander vergleichbare Untersuchungsergebnisse gewährleisten. Die dafür nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft maßgebenden Kriterien

¹ Auf einen Abdruck wurde verzichtet.

stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung nach Anhörung von Sachverständigen fest.

Der Test kann von jedem auch sonst an Krebsfrüherkennungsprogrammen teilnehmenden Arzt durchgeführt werden.

Der Test auf occultes Blut im Stuhl kann unabhängig von den übrigen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen gemäß Abschnitt A und C der Richtlinien durchgeführt werden.

d) Die Koloskopie

Koloskopische Leistungen zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms dürfen nur von Ärzten erbracht werden, welche zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Innere Medizin“ berechtigt sind und über die Fachkunde „Sigmoido-Koloskopie in der Inneren Medizin“ verfügen oder zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“ berechtigt sind sowie von Ärzten, die zum Führen der Gebietsbezeichnung „Facharzt für Chirurgie“ und nach dem für sie maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien und koloskopischen Polypektomien berechtigt sind.

Der koloskopierende Arzt muss außerdem berufsrechtlich und aufgrund seiner apparativen Ausstattung in der Lage sein, eine ambulante therapeutische Intervention (Polypektomie) durchzuführen. Die Polypektomie soll in medizinisch indizierten Fällen während der screening-koloskopischen Untersuchung erfolgen.

Er muss eine geeignete Notfallsausrüstung vorhalten.

Die Patientenaufklärung zur Koloskopie und zur Prämedikation erfolgt mindestens 24 Stunden vor dem Eingriff. Der Patient ist dabei auch darüber aufzuklären, dass die ambulante Polypektomie noch während der screening-koloskopischen Untersuchung durchgeführt werden soll, wenn sie medizinisch indiziert ist.

Durchführungsvoraussetzung ist die Patientenvorbereitung, die die Information über seine Mitwirkung und die geeigneten Maßnahmen zur Darmreinigung umfassen soll.

Ein aktueller Gerinnungswert (Quickwert) und ein kleines Blutbild müssen vorliegen.

Es ist eine vollständige, hohe Koloskopie durchzuführen.

Der die Koloskopie durchführende Arzt hat, vor allem nach durchgeführten Interventionen, eine ärztliche Nachbeobachtung und Nachsorge des Patienten sicherzustellen.

e) Dokumentation

Die Koloskopie ist durch eine Bilddokumentation nachzuweisen, aus der die Vollständigkeit ihrer Durchführung hervorgeht.

Die Früherkennungskoloskopie ist gemäß dem Musterberichtsvordruck 1 (Anlage III) zu dokumentieren.

Die vollständige Dokumentation nach den Absätzen 1 und 2 ist Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit der Früherkennungsmaßnahme.

Die Dokumentationen nach Absatz 3 werden in den Kassenärztlichen Vereinigungen gesammelt und zum Zwecke der Evaluation ausgewertet.

f) Evaluation

Das Darmkrebsfrüherkennungsprogramm wird evaluiert.

Dabei verständigen sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen über Art und Umfang der Evaluation und ihre Veröffentlichung.

3. Folgerungen aus den Ergebnissen und Beratung des Untersuchten

Ergeben diese Untersuchungen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so soll der Arzt dafür Sorge tragen, dass im Rahmen der Krankenhilfe (§§ 182, 188 RVO und §§ 12, 13, 15 KVVG) diese Fälle weiterer, insbesondere gezielter fachärztlicher Diagnostik, gegebenenfalls Therapie durchgeführt werden.

4. Aufzeichnung und Dokumentation

a) Die Untersuchungen und deren Ergebnisse werden – mit Ausnahme der Koloskopie – auf einem zweiteiligen Berichtsvordruck (Anlage II)¹ aufgezeichnet; auf die Vollständigkeit der Eintragungen ist zu achten.

b) Teil a des Berichtsvordruckes wird nach abschließender Eintragung vom Arzt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung zur Erfassung und Auswertung eingereicht; Teil b bleibt beim Arzt und ist fünf Jahre aufzubewahren.

c) Die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sollen die im Zusammenhang mit der Durchführung von Maßnahmen nach diesen Richtlinien

¹ Auf einen Abdruck wurde verzichtet.

² Letzte Änderung vom 21. Juni 2002 ist am 1. 10. 2002 in Kraft getreten.

³ Auf einen Abdruck der Anlage III und des Merkblattes im Deutschen Ärzteblatt wurde an dieser Stelle verzichtet.

anfallenden Ergebnisse sammeln und auswerten. Dabei ist sicherzustellen, dass Rückschlüsse auf die Person des Untersuchten ausgeschlossen sind. Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung sollen sich über eine bundeseinheitliche Zusammenfassung, Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse verständigen.

d) Der Arbeitsausschuss „Prävention“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen ist berechtigt, Änderungen am Berichtsvordruck vorzunehmen, deren Notwendigkeit sich aus der praktischen Anwendung ergibt, soweit dadurch der Berichtsvordruck nicht in seinem wesentlichen Inhalt geändert wird.

D. Anspruchsberechtigung

1. Versicherte mit Anspruch auf Maßnahmen zur Früherkennung von Krebserkrankungen weisen diesen durch Vorlage der Krankenversicherungskarte nach.

2. Wird der Anspruch durch die Vorlage einer Krankenversicherungskarte nachgewiesen, hat der Vertragsarzt die Erfüllung der in diesen Richtlinien angeführten Voraussetzungen zu beachten, soweit dies anhand der Angaben des Versicherten sowie seiner ärztlichen Unterlagen und Aufzeichnungen möglich ist.

E. In-Kraft-Treten und Weiterführung bisheriger Maßnahmen

Die Richtlinien treten am 1. Juli 1977 in Kraft.²

Bisher unter Einschluss der Koloskopie durchgeführte Früherkennungsmaßnahmen können fortgeführt werden, um aus ihren Ergebnissen weitere wissenschaftliche Aufschlüsse über den Wert dieser Untersuchungsmethode im Rahmen von Früherkennungsmaßnahmen zu gewinnen.

In diesen Fällen haben die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen durch Vereinbarung sicherzustellen, dass die Ergebnisse der koloskopischen Untersuchungen aufgezeichnet und ausgewertet werden.

Köln, den 26. April 1976²

Bundesausschuss der Ärzte
und Krankenkassen

Der Vorsitzende

Anlage III Musterberichtsvordruck³
Merkblatt³