

Beschluss

des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen: Anpassung der Anlage I

Vom 24. Juli 2014

Der Unterausschuss Methodenbewertung hat für den Gemeinsamen Bundesausschuss gemäß Delegation nach § 3 Absatz 1 Satz 2 Geschäftsordnung und § 4 Absatz 2 Satz 2 der Verfahrensordnung in Verbindung mit § 8 Absatz 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie – KFE-RL) in seiner Sitzung am 24. Juli 2014 beschlossen, die KFE-RL in der Fassung vom 18. Juni 2009 (BAnz. Nr. 148a vom 2. Oktober 2009), zuletzt geändert am 16. Dezember 2010 (BAnz. 2011 S. 864), wie folgt zu ändern:

- I. Die Anlage I: Berichtsvordruck Krebsfrüherkennung – Frauen in der Fassung vom 10. November 2008 wird, wie auf den Folgeseiten dargestellt, neu gefasst.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Zytologische Untersuchung	Eingangs-
Unters.-	datum
Nummer _____	_____



Bitte ab hier nicht mehr durchschreiben

Lfd.-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Untersuchung wurde durchgeführt am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Honorarabrechnung

Untersuchung gemäß EBM-Nr.

--	--	--	--	--	--

Kostenerstattung für den Versand gemäß BMÄ/E-GO-Nr.

--	--	--	--	--	--

Überweisungsschein zur präventiven zytologischen Untersuchung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des überweisenden Arztes

Verbindliches Muster
Vertragsarztstempel

Muster 39a (1.2015)

Krebsfrüherkennung - Frauen

39



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Zytologische Untersuchung

Unters.- Nummer _____

Eingangsdatum _____

Ausgangsdatum _____

Zytologischer Befund

Zellmaterial nicht verwertbar

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Laborbarcode

Geburtsjahr

Tag der Untersuchung

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt im Jahr

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes _____ Gruppe _____

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____

Wann? _____

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten

Jetzt: nein ja

Letzte Periode Gravidität

Path. gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss

Sonstiger Ausfluss

IUP

Ovulationshemmer

Sonstige Hormon-Anwendung

Welche? _____

Warum? _____

Befund

	nein	ja
Vulva Inspektion auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portio und Vagina Spiegeleinstellung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inneres Genitale Gyn. Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inguinale Lymphknoten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentfleckens oder Knotens

Mamma Inspektions-/Tastbefund auffällig

Axilläre Lymphknoten auffällig

Rektum / Kolon Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl

Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang

Tastbefund auffällig

Stuhltest zurückgegeben

Stuhltest positiv

Proliferationsgrad _____

<input type="checkbox"/>	Döderleinflora	<input type="checkbox"/>	Mischflora	<input type="checkbox"/>	Kokkenflora
<input type="checkbox"/>	Trichomonaden	<input type="checkbox"/>	Candida	<input type="checkbox"/>	Gardnerella

Gruppe _____

Bemerkungen _____

Empfehlung

zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

nach _____

histologische Klärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Gyn. Diagnose _____

RR

Bei Werten über 140/90 bitte 2. Messung eintragen

/ /

Ausfertigung für den untersuchenden Arzt

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Krebsfrüherkennung - Frauen

39



Zytologische Untersuchung

Unters.- Nummer _____

Eingangsdatum _____

Ausgangsdatum _____

Zytologischer Befund

Zellmaterial nicht verwertbar

Endozervikale Zellen

vorhanden nicht vorhanden

Laborbarcode

Geburtsjahr

Tag der Untersuchung

Anamnese

Wurde bereits eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchgeführt?

nein ja, zuletzt im Jahr

Ggf. Nr. des letzten zytolog. Befundes _____ Gruppe _____

Gynäkologische OP, Strahlen- oder Chemotherapie des Genitales

nein ja Welche? _____

Wann? _____

Zahl der Schwangerschaften einschließlich Fehlgeburten

Jetzt: nein ja

Letzte Periode Gravidität

Path. gynäkologische Blutungen z.B. zwischen den normalen Regeln, Dauer- oder Schmierblutung im Klimakterium, in der Postmenopause, bei Verkehr, blutig-bräunlicher Ausfluss

Sonstiger Ausfluss

IUP

Ovulationshemmer

Sonstige Hormon-Anwendung

Welche? _____

Warum? _____

Befund

	nein	ja
Vulva Inspektion auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Portio und Vagina Spiegeleinstellung auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inneres Genitale Gyn. Tastbefund auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inguinale Lymphknoten auffällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bish. unbek. behandlungsbed. Nebenbefunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haut Wachstum, Verfärbung oder Blutung eines Pigmentflecks oder Knotens

Mamma Inspektions-/Tastbefund auffällig

Axilläre Lymphknoten auffällig

Rektum / Kolon Abgang von Blut oder Schleim mit dem Stuhl

Neu aufgetr. Unregelmäßigkeiten im Stuhlgang

Tastbefund auffällig

Stuhltest zurückgegeben

Stuhltest positiv

Proliferationsgrad _____

Döderleinflora Mischflora Kokkenflora

Trichomonaden Candida Gardnerella

Gruppe _____

Bemerkungen _____

Empfehlung zytologische Kontrolle

nach Entzündungsbehandlung

nach Östrogenbehandlung

nach _____

histologische Klärung

Vertragsarztstempel / Unterschrift des zytologisch tätigen Arztes

Gyn. Diagnose _____

RR

Bei Werten über 140/90 bitte 2. Messung eintragen

/ /

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Zytologen

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am Tage nach der Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die Tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf den Internetseiten des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Berlin, den 24. Juli 2014

Gemeinsamer Bundesausschuss
Unterausschuss Methodenbewertung
Der Vorsitzende

Deisler