

Ausfüllhinweise zur Dokumentation – Bogen Primärscreening/ Abklärungsuntersuchung ZKP

Mit dieser Ausfüllhilfe möchten wir die Gynäkologinnen und Gynäkologen in Baden-Württemberg bei der elektronischen Dokumentation nach oKFE-RL (Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme) unterstützen

Ausfüllhilfe Bogen Zervixkarzinom Primärscreening

Feld Nr.	Bezeichnung	Wie auszufüllen
1	Programmnummer	ZK (Zervixkarzinom)
2	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	<p>Das Datenfeld „Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte“ wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z. B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutskennzeichens exportiert werden.</p>

3	Besonderer Personenkreis	<p>Bei den besonderen Personengruppen handelt es sich um Versicherte, welche 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 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 (oKFE-RL) verwiesen. Dort wird eine Dokumentation für Leistungen im Rahmen der Richtlinie gefordert und besondere Personengruppen werden nicht gesondert besprochen. Das Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) sieht in seinen Spezifikationen keine Auswertung von Datensätzen zu Patienten aus den besonderen Personengruppen vor.</p> <p>Somit muss eine Dokumentation für Patienten der besonderen Personengruppen nur in der PVS Software und nicht im oKFE Dokumentationsmodul durchgeführt werden, diese verbleibt in der Praxis und wird nicht an die Datenannahmestelle der Kassenärztlichen Vereinigung versandt.</p>
4	eGKV Versichertennummer	
5	Betriebsstättennummer BSNR	<p>In diesem Datenfeld ist die Betriebsstättennummer der Hauptbetriebsstätte zu dokumentieren.</p> <p>Die von der KV vergebene „Betriebsstättennummer (BSNR)“ identifiziert die Arztpraxis als abrechnende Einheit und ermöglicht die Zuordnung zum Ort der Leistungserbringung. Dabei umfasst der Begriff Arztpraxis auch Medizinische Versorgungszentren (MVZ), Institute, Notfallambulanzen sowie Ermächtigungen von am Krankenhaus beschäftigten Ärzte.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der PB-Software vorbelegt werden.</p>
6	Nebenbetriebsstättennummer NBSNR	<p>Wenn die Leistung in einer Nebenbetriebsstätte erbracht wurde, ist diese hier zu dokumentieren.</p>

7	Lebenslange Arztnummer LANR	LANR des behandelnden Arztes / der behandelnden Ärztin
8	einrichtungsinterne Identifikationsnummer des Patienten	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
9	Geburtsdatum	Format: TT.MM.JJJJ
10	5-stellige PLZ des Wohnortes	Es werden nur die ersten drei Ziffern der Postleitzahl exportiert.
11	Untersuchungsdatum	Format: TT.MM.JJJJ
12	Anhand welcher Informationen wird der Impfstatus festgestellt?	1 = durch schriftliche Dokumentationen 2 = durch Selbstauskunft der Versicherten
13	HPV-Impfung	1 = vollständig 2 = unvollständig 3 = keine 4 = unklar Bitte machen Sie hier Angaben zum Impfstatus der Patientin. Bitte berücksichtigen Sie auch Selbstangaben der Patientin, falls keine schriftliche Dokumentation vorliegt.
14	Produktname HPV-Impfstoff	Im Fall, dass unterschiedliche Impfstoffe verwendet wurden, ist der erst bekannte Produktname in der zeitlichen Reihenfolge der Impfungen zu dokumentieren.
15	Art und Anlass der Untersuchung	1 = Primärscreening mittels zytologischer Untersuchung 2 = Primärscreening mittels Ko-Testung (Zytologie und HPV-Test) 3 = Abklärungsuntersuchung

16	Liegt ein Befund bzw. liegen Befunde (Zytologie, HPV-Test, Histologie) aus der letzten vorangegangenen Untersuchung vor?	0 = nein 1 = ja Mit „letzter vorangegangener Untersuchung“ ist die letzte Untersuchung gemeint, die im Rahmen der Krebsfrüherkennung (nach KFE-RL oder oKFE-RL) durchgeführt wurde.
17	Anhand welcher Informationen werden die Ergebnisse der letzten vorangegangenen Untersuchung dokumentiert?	1 = durch Arztdokumentation 2 = durch Patientenangabe
18	Datum der letzten vorangegangenen Untersuchung	Format: TT.MM.JJJJ
19	Liegt aus der letzten vorangegangenen Untersuchung ein zytologischer Befund nach Münchener Nomenklatur III vor?	0 = nein 1 = ja
20	Zytologischer Vorbefund nach Münchner Nomenklatur III	Siehe Schlüssel 1
21	Liegt aus der letzten vorangegangenen Untersuchung ein HPV-Test-Ergebnis vor?	0 = nein 1 = ja
22	Vorbefund: HPV-Status	1 = positiv 2 = negativ Lag mindesten ein Hochrisiko-HPV-Typ vor, ist „positiv“ zu dokumentieren.

23	Histologischer Vorbefund der letzten vorangegangenen Untersuchung	<p>0 = es liegt kein histologischer Befund vor</p> <p>1 = Normalbefund</p> <p>2 = CIN 1 (LSIL)</p> <p>3 = CIN 2 (HSIL)</p> <p>4 = CIN 3 (HSIL)</p> <p>5 = Adenocarcinoma in situ (AIS)</p> <p>6 = Plattenepithelkarzinom</p> <p>7 = Adenokarzinom</p> <p>8 = anderes Karzinom</p> <p>9 = nicht beurteilbar</p> <p>88 = sonstige Befunde</p> <p>LSIL: low grade squamöse intraepitheliale Läsion</p> <p>HSIL: high grade squamöse intraepitheliale Läsion</p>
24	Karzinomtyp	
25	Sonstige Befunde	

26	Gibt es in den anamnestischen Angaben Abweichungen zur letzten/vorangehenden Untersuchung?	0 = nein 1 = ja 9 = unbekannt
27	Ausfluss/pathologische Blutungen	0 = nein 1 = ja
28	IUP	0 = nein 1 = ja
29	Einnahme von Ovulationshemmer/sonstige Hormonanwendung	0 = nein 1 = ja
30	Zustand nach gynäkologischer OP/Radiatio	0 = nein 1 = ja
31	Liegt eine Schwangerschaft vor?	0 = nein 1 = ja
32	Klinischer Befund	1 = auffällig 2 = unauffällig

33	Wurde eine zytologische Untersuchung durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
34	Untersuchungsnummer	
35	Zytologischer Befund nach Münchner Nomenklatur III	Siehe Schlüssel 1
36	Wurde ein HPV-Test durchgeführt?	0 = nein 1 = ja
37	HPV-Test-Ergebnis	1 = positiv 2 = negativ 3 = nicht verwertbar Liegt mindestens ein Hochrisiko-HPV-Typ vor, ist „positiv“ zu dokumentieren
38	Liegt HPV-Typ 16 oder HPV-Typ 18 vor?	0 = nein 1 = ja 9 = nicht differenzierbar 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 genannte Differenzierungen bzw. eine Genotypisierung nicht vor, ist „nicht differenzierbar“ zu dokumentieren.

39	Empfohlene Maßnahme	<p>0 = keine zusätzlichen Untersuchungen</p> <p>1 = weitere Kontrolle/ Abklärung</p>
40	Welche Kontrolle/Abklärung wird empfohlen?	<p>1 = zytologische Untersuchung</p> <p>2 = HPV-Test</p> <p>3 = Ko-Testung (Zytologie und HPV-Test)</p> <p>4 = Kolposkopie</p>
41	Zeithorizont für Kontrolle/Abklärung	<p>1 = sofort</p> <p>2 = in einem/mehreren Monat/en</p>
42	Zeithorizont	Angabe in: Monate

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 „Zytologischer Befund“			
0 = 0	II-p = II-p	IIID1 = IIID 1	IVb-p = IVb-p
I = I	III-e = III-e	IIID2 = IIID2	V-e = V-e
II-a = II-a	III-g = III-g	IVa-g = IVa-g	V-g = V-g
II-e = II-e	III-p = III-p	IVa-p = IVa-p	V-p = V-p
II-g = II-g	III-x = III-x	IVb-g = IVb-g	V-x = V-x