

Bekanntmachungen

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien: Merkblatt Zervixkarzinomfrüherkennung

Vom 21. August 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 21. August 2008 beschlossen, die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen („Krebsfrüherkennungs-Richtlinien“) in der Fassung vom 26. April 1976 (vgl. Bekanntmachung vom 8. Oktober 1976, Beilage Nummer 28 zum BAnz. vom 11. November 1976), zuletzt geändert am 19. Juni 2008 (BAnz. S. 3236), wie folgt zu ändern:

I.

In Abschnitt A. „Allgemeines“ wird nach Nummer 5 die folgende Nummer 6 angefügt:

„6. Nach § 4 Abs. 1 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) sind Ärzte, die eine der in der Chroniker-Richtlinie in § 4 Abs. 2 genannten Früherkennungsuntersuchungen durchführen, nach Maßgabe der Chroniker-Richtlinie verpflichtet, nach dem 1. April 1987 geborene weibliche und nach dem 1. April 1962 geborene männliche Versicherte jeweils einmal zeitnah nach Erreichen des Anspruchsalters, längstens jedoch in einem Zeitraum von zwei Jahren nach Erreichen des Anspruchsalters, gestützt auf Merkblätter zu beraten. Die Inhalte der Merkblätter werden als Anlage zu diesen Richtlinien beschlossen.“

II.

Nach Anlage VI wird folgende Anlage VII angefügt:

„Anlage VII: Merkblatt Früherkennungsuntersuchung auf Gebärmutterhalskrebs gemäß Abschnitt B Nr. 1 und 2

Merkblatt des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21. August 2008 zur Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs

Was Sie darüber wissen sollten

Worum geht es?

Wenn Sie 20 Jahre oder älter sind, haben Sie einmal im Jahr Anspruch auf eine Untersuchung zur Krebsfrüherkennung bei Ihrer Frauenärztin oder Ihrem Frauenarzt. Die Untersuchung ist für Sie kostenlos, und Sie müssen auch keine Praxisgebühr bezahlen.

Sind Sie nach dem 1. April 1987 geboren, gilt eine Besonderheit: Das Gesetz schreibt vor, dass Sie sich einmalig von Ihrem Arzt über die Untersuchung auf Gebärmutterhalskrebs beraten lassen. Wenn Sie dies nicht tun, müssen Sie später im Falle einer solchen Erkrankung zwei statt ein Prozent Ihres Einkommens an Zuzahlungen leisten. Aber egal, wann Sie geboren sind, gilt: Ob Sie die Untersuchung tatsächlich machen lassen, ist Ihre persönliche Entscheidung und hat keinen Einfluss auf die spätere Zuzahlung.

Die folgenden Informationen sollen es Ihnen leichter machen, sich für oder gegen die Untersuchung zu entscheiden. Auch Ihre Ärztin oder Ihr Arzt stützt sich bei der Beratung auf dieses Merkblatt.

Was ist Gebärmutterhalskrebs, und wie häufig kommt er vor?

Der Gebärmutterhals verbindet Gebärmutter und Scheide. Er besteht aus dem Gebärmutterhalskanal und dem Muttermund. Dort nisten sich bei den meisten Frauen irgendwann Viren ein, die beim Geschlechtsverkehr übertragen werden. Eine Infektion mit diesen sogenannten humanen Papillomviren, abgekürzt HPV, bleibt in der Regel unbemerkt. Sie wird in den allermeisten Fällen von der Körperabwehr erfolgreich bekämpft. Gelingt dies nicht und ist eine Frau über längere Zeit infiziert, kann in seltenen Fällen Krebs entstehen. Von der Infektion bis zum Tumor vergehen dann meist mehr als zehn Jahre. Diese lange Zeit bietet die Chance, Vorstufen und frühe Tumoren zu finden.

Seit Kurzem ist eine HPV-Impfung für Mädchen zwischen zwölf und 17 Jahren vorgesehen. Geimpfte Mädchen haben später vermutlich ein deutlich geringeres Risiko an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken. Diese Impfung ersetzt die Früherkennungsuntersuchung nicht.

In Deutschland wird jedes Jahr bei 15 von 100 000 Frauen ein Gebärmutterhalskrebs entdeckt, das sind insgesamt 6 200 Frauen. vier von 100 000 Frauen sterben jährlich an diesem Tumor, das sind insgesamt 1 700. An Brustkrebs sterben in Deutschland jedes Jahr ca. 18 000 Frauen und 98 000 Frauen an Krebserkrankungen insgesamt.

Ihr Risiko für einen Gebärmutterhalskrebs ist höher, wenn Sie rauchen, den ersten Sex in jungen Jahren hatten, mehrere Sexualpartner oder einen Partner hatten, der selbst mehrere Partner hatte. Wenn Sie beim Geschlechtsverkehr Kondome benutzen, vermindern Sie Ihr Risiko an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken.

Was wird bei der Untersuchung gemacht?

Kern der Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Frauenarzt ist der sogenannte Pap-Test. Der Name Pap-Test geht auf den Frauenarzt George Nicholas Papanicolaou zurück, der den Test vor 80 Jahren erfunden hat. Als der Test in Deutschland eingeführt wurde, starben noch doppelt so viele Frauen an dem Tumor wie heute. Dieser Rückgang ist wahrscheinlich zu einem Großteil das Verdienst der Früherkennung. Deshalb wird der Pap-Test heute von allen internationalen Experten zur Krebsfrüherkennung des Gebärmutterhalstumors empfohlen.

Beim Pap-Test streicht der Arzt vom Muttermund und dem Gebärmutterhalskanal Zellen ab. Die Zellen werden anschließend in einem Labor unter dem Mikroskop untersucht. Es kann also einige Tage dauern, bis Sie Bescheid bekommen, ob auffällige Zellen entdeckt wurden. In drei bis vier von 100 Untersuchungen ist dies der Fall. Ein Gespräch, in dem Ihnen nur das Ergebnis mitgeteilt wird, ist für Sie kostenlos und Sie müssen auch keine Praxisgebühr dafür bezahlen. Wenn alles unauffällig war, kann es sein, dass der Arzt darauf verzichtet, Sie zu benachrichtigen.

Warum werden Dünnschichtzytologie und HPV-Test nicht von der Krankenkasse bezahlt?

Dünnschichtzytologie: So weit heute bekannt ist, verbessert dieses Verfahren die Früherkennung nicht.

HPV-Test: Die Kassen übernehmen die Testkosten bei auffälligen Befunden, der Einsatz im Früherkennungsprogramm wird derzeit weltweit noch untersucht.

Was wird beim auffälligen Befund gemacht?

Ein auffälliger Befund muss nicht bedeuten, dass bei Ihnen Gebärmutterhalskrebs vorliegt. Wenn nur leichte Zellveränderungen

vorliegen, wird der Arzt meistens erst einmal einige Monate abwarten, da die Zellveränderungen höchstwahrscheinlich von selbst wieder verschwinden.

Bei schweren Zellveränderungen oder wenn leichte Zellveränderungen länger bestehen, wird der Arzt sie weiter abklären. Üblicherweise werden Sie mit einer speziellen Lupe (Kolposkopie, Scheidenspiegelung) untersucht, eventuell wird eine Probe entnommen.

Wenn eine Tumorstufe gefunden wird, entfernt der Arzt das betroffene Gewebe während einer kleinen Operation (Konisation, etc.). Falls ein Tumor entdeckt wird, wird der Arzt das weitere Vorgehen mit Ihnen besprechen.

Welche Risiken und Nebenwirkungen hat die Früherkennung?

- Die Mehrzahl der Frauen, die jährlich zur Untersuchung gehen, wird mindestens einmal in ihrem Leben einen auffälligen Befund mitgeteilt bekommen. Meist verbergen sich hinter diesen Befunden aber weder gefährliche Vorstufen noch Frühstadien einer Krebserkrankung. Die Zeit bis zur endgültigen Klärung kann mit Beunruhigung verbunden sein.
- Ein Teil der Zellveränderungen verschwindet ohne Behandlung wieder. Ob das bei Ihnen der Fall wäre, weiß man nicht. Deshalb müssen vorsorglich alle potenziell gefährlichen Zellveränderungen behandelt werden.
- Nicht alle Tumoren, die bei der Früherkennungsuntersuchung entdeckt werden, sind heilbar.
- Die Behandlung der Tumorstufen ist mit geringen Risiken verbunden. Z.B. kann sich das Risiko für eine Frühgeburt durch eine Konisation bei einer späteren Schwangerschaft erhöhen.
- Der Pap-Test übersieht Vorstufen und Tumoren. Deshalb können sogar Frauen, die jährlich zur Vorsorge gehen, an Gebärmutterhalskrebs erkranken und sterben.

Was spricht für die Früherkennung?

- Der Pap-Abstrich ist praktisch risikofrei. Er dauert nur wenige Minuten und tut nicht weh.
- Sie können sich mit dem regelmäßigen Pap-Test gut vor Gebärmutterhalskrebs schützen.
- Wenn doch Gebärmutterhalskrebs entsteht, kann der Pap-Test ihn so früh entdecken, dass eine Heilung möglich ist.
- Frühstadien oder Vorstadien können meistens so operiert werden, dass die Gebärmutter erhalten bleibt. Sie können danach noch Kinder bekommen.
- Der Pap-Test kann Ihr Risiko, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken und zu sterben, deutlich senken.“

III.

Die Änderungen der Richtlinien treten am Tag nach der Bekanntmachung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Sieburg, den 21. August 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss
gemäß § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Hess

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung des Beschlusses vom 19. Juni 2008 über eine Änderung der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung: Positronenemissionstomografie zum Nachweis von Rezidiven kleinzelliger Lungenkarzinome

Vom 1. Dezember 2008

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat im schriftlichen Verfahren nach § 9 Abs. 2 Geschäftsordnung am 1. Dezember 2008 beschlossen, seinen Beschluss vom 19. Juni 2008 über die Änderung von Anlage I Nummer 14 in der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) (BAnz. S. 3017) wie folgt zu ändern:

I.

In Punkt I des Beschlusses vom 19. Juni 2008 (Positronenemissionstomografie beim kleinzelligen Lungenkarzinom) wird die in Anlage I Nummer 14 §1 MVV-RL anzufügende Nummer 5 wie folgt gefasst:

„5. Nachweis eines Rezidivs (bei begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn die Patienten primärkurativ behandelt wurden und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.“

II.

Die Änderung des Beschlusses tritt am Tag nach Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.

Die tragenden Gründe zu diesem Beschluss werden auf der Homepage des Gemeinsamen Bundesausschusses unter www.g-ba.de veröffentlicht.

Sieburg, den 1. Dezember 2008

Gemeinsamer Bundesausschuss

Der Vorsitzende
Hess

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses

über eine Änderung der Mutterschafts-Richtlinien: Änderungen der Anlage 3 (Mutterpass) durch den Unterausschuss

Vom 22. Januar 2009

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Januar 2009 beschlossen, die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung

(Mutterschafts-Richtlinien) in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (BAnz 1986, Nr. 60a), zuletzt geändert am 13. März 2008 (BAnz. Nr. 95 Seite 2261), wie folgt zu ändern:

I. In Abschnitt H (Aufzeichnungen und Bescheinigungen) Nummer 5, werden die Wörter „Der Arbeitsausschuss ‚Mutterschafts-Richtlinien‘ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen“ ersetzt durch die Wörter „Der zuständige Unterausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses“.

II. Die Änderung der Richtlinie tritt am 23. Januar 2009 in Kraft.

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

Berlin, den 22. Januar 2009

Gemeinsamer Bundesausschuss
gem. § 91 SGB V

Der Vorsitzende
Hess

Änderungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschall- diagnostik (Ultraschall-Vereinbarung)

In § 10 Abs. 4 wird der erste Satz wie folgt neu gefasst:
„Aus der Bilddokumentation müssen mindestens hervorgehen:“

In Anlage I erfolgen die nachfolgend aufgeführten Änderungen:

Bei Anwendungsbereich AB 11.1 wird in der dritten Spalte angefügt:

„Bei Erfüllung der Voraussetzungen nach AB 20.8 oder AB 20.9 gilt die fachliche Befähigung für die Venen der Extremitäten mit dem B-Modus-Verfahren als nachgewiesen“

Bei Anwendungsbereich AB 22.1 wird die Textierung der dritten und vierten Spalte wie folgt neu gefasst:

„Anforderungen nach AB 9.2
100 Duplex-Sonografien des fetalen kardiovaskulären Systems, davon mindestens 5 pathologische Fälle“

In Anlage III erfolgen in den Tabellen die nachfolgend aufgeführten Änderungen:

In Anwendungsklasse AK 3.2 wird die Textierung der Bildfeldbreite in Nummer 4.1 wie folgt neu gefasst:
„Bildfeldbreite $\geq 3,6$ cm“

In Anwendungsklasse AK 3.3 wird die Textierung der Bildfeldbreite in Nummer 4.1 wie folgt neu gefasst:
„Bildfeldbreite $\geq 3,6$ cm in 2 cm Tiefe“

In Anwendungsklasse AK 20.6 wird die Textierung der Bildfeldbreite in Nummer 4.1 wie folgt neu gefasst:
„Bildfeldbreite ≥ 3 cm“

In den Anwendungsklassen AK 20.1 bis AK 20.3 sowie AK 21.1 und AK 21.2 wird die Textierung für die Empfangsverstärkung in Nummer 3.1 wie folgt neu gefasst:
„Einstellbar, sofern Ausgangsleistung nicht über die Sendeleistung regelbar“

In den Anwendungsklassen AK 5.2, AK 7.3, AK 8.3, AK 8.5, AK 9.2 und AK 20.10 werden die folgenden Nummern geändert:

Nummer 2.2 (Sendeseitige Fokussierung) wird wie folgt neu gefasst: „-“

Nummer 2.3 (Sendeapertur) wird wie folgt gefasst: „-“

In Nummer 6 (Bilddokumentation) wird vor das Wort „Sendefokusposition“ das Wort „ggf.“ eingefügt.

In den Anwendungsklassen AK 4.5 und AK 4.6 wird die Textierung des Arbeitsmodus wie folgt neu gefasst:

„B-Modus mit M-Modus“

In Anwendungsklasse AK 12.1 werden die folgenden Nummern geändert:

Nummer 2.2 (Sendeseitige Fokussierung) wird wie folgt neu gefasst: „-“

Nummer 2.3 (Sendeapertur) wird wie folgt neu gefasst: „-“

Nummer 3.2 (Empfangsdynamik) wird wie folgt neu gefasst:
„Mindestens 54 dB“

Nummer 5 (Bildwiederholffrequenz) wird wie folgt neu gefasst:
„Mindestens 2 Bilder/s“

In Nummer 6 (Bilddokumentation) wird vor das Wort „Sendefokusposition“ das Wort „ggf.“ eingefügt.

In den Anwendungsklassen AK 20.3 und AK 20.4 wird die Textierung der Sendefrequenz in Nummer 2.1 wie folgt neu gefasst:

„ $\geq 5,0$ MHz“

In Anwendungsklasse AK 20.5 wird die Textierung des Schallkopfes in Nummer 1 wie folgt neu gefasst:

„PW-Sonde u/o Sektor-Phased-Array, ggf. Curved-Array mit Radius ≤ 20 mm u/o Annular-Array“

In Anwendungsklasse AK 20.4 wird die Textierung des Schallkopfes in Nummer 1 wie folgt neu gefasst:

„PW-Sonde u/o Linear-Array“

In Anwendungsklasse AK 20.6 wird die Textierung des Schallkopfes in Nummer 1 wie folgt neu gefasst:

„Linear-Array“

In Anwendungsklasse AK 20.9 wird die Textierung des Schallkopfes in Nummer 1 wie folgt neu gefasst:

„Curved-Array mit Radius ≥ 20 mm u/o Linear-Array“

Die Änderungen treten – unter dem Vorbehalt der Zustimmung der Partner der Bundesmantelverträge, von der jedoch ausgegangen werden kann – zum 1. Juli 2009 in Kraft. □

Neue Versorgungsleitlinie Unipolare Depression

Die Konsultationsfassung der S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression wurde am 28. Mai 2009 veröffentlicht. Bis zum 28. August 2009 besteht für die interessierte Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit die Möglichkeit, diese Leitlinie zu kommentieren oder Ergänzungs- bzw. Änderungsvorschläge zu machen. Alle interessierten Personen aus Fachkreisen, Betroffenenorganisationen und Betroffene sind eingeladen, von dieser Möglichkeit Gebrauch zu machen.

Die S3-LL/NVL „Unipolare Depression“, an deren Erstellung Vertreter von 28 Fachgesellschaften und Organisationen sowie Vertreter von zwei Patientenorganisationen beteiligt waren, nimmt Stellung zu verschiedenen Aspekten der Erkrankung. Bestandteile der Leitlinie sind unter anderem Erklärungen zu:

- Grundlagen und Klassifikation der Unipolaren Depression
- Prävention und Screening
- Diagnostik, Psycho- und Pharmakotherapie, Komorbidität und Suizidalität
- Aspekten der Versorgungskette wie: Einweisungskriterien, Versorgungsmanagement und Nahtstellen, Verlaufsmanagement, Rehabilitation, Qualitätsmanagement.

In Kürze wird diese vornehmlich an die an der Versorgung depressiver Patienten Beteiligten gerichtete Leitlinie auch in einer laienverständlichen Form als Patientenleitlinie zur Verfügung stehen.

Das Besondere an der Leitlinie zur Unipolaren Depression

Wenn Leitlinien der Fachgesellschaften nach bestimmten Regeln entwickelt werden und neben den Erfahrungen der Experten auch

das aktuelle Wissen aus Studien berücksichtigen, erhalten sie das Prädikat: S3-Leitlinie. Wenn solche Leitlinien dann auch noch alle Aspekte der Versorgung berücksichtigen und von der ärztlichen Selbstverwaltung gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften verantwortet werden, dann handelt es sich um Nationale Versorgungs-Leitlinien. Die Leitlinie zur Unipolaren Depression ist das erste Vorhaben, bei dem eine S3-Leitlinie zeitgleich mit einer Nationalen Versorgungsleitlinie entwickelt wurde. In 107 evidenzbasierten Empfehlungen und Statements werden die Vorgehensweise bei der Versorgung der Erkrankung und das Miteinander der Akteure an den Schnittstellen der Versorgung beschrieben. Initiator des Projektes war die Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), die primär die Finanzierung übernahm; zusätzliche Mittel wurden von den beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbänden zur Verfügung gestellt. Mit der Einbeziehung der S3-Leitlinie in das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien konnte ein breiter Konsens erreicht werden.

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien

Das Programm für Nationale Versorgungsleitlinien steht unter der Trägerschaft von Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Mit der Durchführung wurde das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin beauftragt. Zu ausgewählten Krankheitsbildern arbeiten Experten verschiedener Organisationen zusammen, um im Rahmen der strukturierten Versorgung chronisch kranker Menschen die angemessene und evidenzbasierte Patientenversorgung darzustellen.

- **Konsultationsfassung der S3-Leitlinie/ NVL Unipolare Depression:**
www.depression.versorgungsleitlinien.de/
- **Formular zur Kommentierung**
www.versorgungsleitlinien.de/kontakt

41. Internationaler Seminarkongress in Grado/Italien

vom 30. August bis 4. September

Collegium Medicinæ Italo-Germanicum
in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer

Schwerpunktt Themen der Seminare: Problempatienten in der hausärztlichen Praxis; Neue Therapieverfahren für die Psoriasis und die Neurodermitis; Repetitorium Angiologie; Gastroenterologie; Orthopädie; Interdisziplinäre Gespräche – Kurse (mit Zusatzgebühren)

Von der Ärztekammer Berlin zertifizierte Veranstaltung

Weitere Informationen erhalten Sie im Internet unter www.bundesaeztekammer.de (Termine) oder telefonisch bei Frau Del Bove: 0 30/40 04 56-4 15, E-Mail: cme@baek.de. □

57. Ärztekongress in Berlin

Kongressgesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V. in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Berlin

10. bis 12. September, Campus Virchow/Lehrgebäude,
Charité – Universitätsmedizin Berlin

Symposien: Kardiovaskuläre Erkrankungen, Thrombose, Arzneimitteltherapie bei älteren Patienten, Schmerztherapie, Osteoporose, Neurologische Erkrankungen u. a.

Kurse: Reanimations-Update, Echokardiografie, Duplexsonografie der peripheren Arterien und Venen, EKG, Bronchoskopie – neue interventionelle Verfahren u. a.

Der Kongress sowie die Kurse werden als ärztliche Fortbildung von der Ärztekammer Berlin zertifiziert.

Weitere Informationen: Telefon: 0 30/85 99 62-13, Fax: 0 30/85 07 98 26, E-Mail: aerztekongress@ctw-congress.de; **Anmeldung:** www.aerztekongressberlin-charite.de □