



**KVN**

Kassenärztliche Vereinigung  
Niedersachsen

## Merkblatt

zur Erstellung und Vorlage der Dokumentationen im Rahmen der Prüfung der Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (ärztliche Routine) gem. § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie

Ansprechpartnerin:

Name: Ute Wöller

Unternehmensbereich  
Vertragsärztliche Versorgung

Fachbereich Qualitätssicherung  
und Genehmigung

Tel.: (0511) 380 3372

Fax: (0511) 380 4618

E-Mail: [ute.woeller@kvn.de](mailto:ute.woeller@kvn.de)

**Version 1.1**  
**Stand: 10.01.2012**

## Inhalt

1 Rechtliche Grundlagen .....	3
2 Ziele und Anforderungen des Merkblattes .....	3
3 Überprüfung der Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (Ärztliche Routine) .....	3
3.1 Quantitative Überprüfung (Untersuchungszahlen) .....	3
3.2 Qualitative (Dokumentations-)Überprüfung .....	3
3.2.1 Koloskopie gem. § 6 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung .....	3
3.2.2 Polypektomien gem. § 6 Abs. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung .....	4
4 Inhalt der Dokumentationen .....	4
4.1 Allgemeine Anforderungen .....	4
4.2 Koloskopien .....	4
4.3 Polypektomien .....	4
4.4 Anforderung an die bildlichen Dokumentationen .....	5
5 Fragen, Hinweise, Anregungen .....	5

## 1 Rechtliche Grundlagen

Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie unterliegt der Genehmigungspflicht (§ 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung). Jeder Genehmigungsinhaber ist gem. § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie verpflichtet, die zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung zu erfüllen. Die Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung werden in einem zweistufigen Verfahren geprüft:

- a) Frequenzprüfung – quantitative Auflage
- b) Dokumentationsprüfung – qualitative Auflage

## 2 Ziele und Anforderungen des Merkblattes

Mit Hilfe des Merkblattes zur Dokumentation gem. § 6 der QS-Vereinbarung soll den Genehmigungsinhabern eine Hilfestellung zur Dokumentation gegeben werden. Dieses Merkblatt ist nicht abschließend. Selbstverständlich können weitere – hier nicht genannte und aufgeführte Punkte dokumentiert werden, sofern sie für die Behandlung der Patienten und / oder die Überprüfung der ärztlichen Routine des Genehmigungsinhabers erforderlich sind.

Die in diesem Merkblatt geforderten Mindestinhalte an eine Dokumentation gem. § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung sowie die genannten Dokumentationsformen und Dokumentationsinstrumentarien sind zu beachten. Sie haben verbindlichen Charakter.

## 3 Überprüfung der Auflagen zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung (Ärztliche Routine)

Die Überprüfung der ärztlichen Routine gliedert sich in die Überprüfung der

- Untersuchungszahlen (quantitative Überprüfung) und
- bildlichen und schriftlichen Dokumentationen zu hohen Koloskopien und Polypektomien

### 3.1 Quantitative Überprüfung (Untersuchungszahlen)

Gemäß § 6 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie müssen die Genehmigungsinhaber (ohne Kinder- und Jugendmediziner) jährlich mindestens

- 200 totale Koloskopien
- 10 Polypektomien

selbständig durchgeführt haben.

Der Nachweis wird zunächst an Hand der bei der KVN abgerechneten Untersuchungen (01741 bzw. 13421 – Koloskopie; 01742 bzw. 13423 Polypektomie) geführt. Da jedoch naturgemäß nicht alle Leistungen über die KVN abgerechnet werden, sind insbesondere bei ermächtigten Krankenhausärzten / angestellten Ärzten nicht sämtliche durchgeführten Leistungen ermittelbar.

Sofern die über die KVN abgerechneten Untersuchungszahlen nicht ausreichen, fordert die KVN den betreffenden Genehmigungsinhaber auf, die fehlenden Untersuchungszahlen mittels Erklärung aus dem privatärztlichen / stationären Bereich nachzuweisen. Die Erklärung ist mit Stempel und Unterschrift des Genehmigungsinhabers zu versehen. Die Koloskopie-Kommission der KVN kann weitere Unterlagen zum Nachweis anfordern.

### 3.2 Qualitative (Dokumentations-)Überprüfung

#### 3.2.1 Koloskopie gem. § 6 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung

Die KVN fordert vom Genehmigungsinhaber die Dokumentationen von 20 durchgeführten hohen Koloskopien an. Die Auswahl der zu übermittelnden Fälle erfolgt durch die KVN an Hand der vorliegenden Abrechnungsunterlagen aus den abgerechneten Ziffern 01741 (präventive Koloskopie) und 13421 (kurative Koloskopie) des EBM.

Hierzu erhält der Genehmigungsinhaber eine Kopie des Bogens, welchen die Sachverständigen der Koloskopie-Kommission zur Überprüfung der Dokumentationen verwenden.

Durch den Genehmigungsinhaber sind in jedem Fall sind die durch die KVN angeforderten 20 Dokumentationen vorzulegen. Ein eigenmächtiger Austausch von Behandlungsfällen führt zu einer Beurteilung mit „mangelhaft“ für die Fälle, die nicht vorgelegt wurden. Werden mehr als die 20 angeforderten Dokumentationen vorgelegt, so werden nur die durch die KVN angeforderten Unterlagen geprüft.

### 3.2.2 Polypektomien gem. § 6 Abs. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung

Die Auswahl der Fälle zu Polypektomien gem. § 6 Abs. 4 QSV obliegt dem Genehmigungsinhaber, da auf Grund der Regelungen des EBM nicht nur Polypektomien i. S. der Vereinbarungen über die Nrn. 01742 und 13423 EBM abgerechnet werden können.

Werden mehr als die erforderlichen 5 Dokumentationen vorgelegt, so erfolgt die Auswahl der zu überprüfenden Fälle aus allen vorgelegten Dokumentationen durch die KV Niedersachsen in Reihenfolge der Vorlage der Dokumentationen. In jedem Fall werden nur 5 Dokumentationen zu Polypektomien geprüft.

## 4 Inhalt der Dokumentationen

### 4.1 Allgemeine Anforderungen

Jede Dokumentation besteht aus einem schriftlichen Befundbericht und einer bildlichen Dokumentation. Die Befundberichte sind für jeden Behandlungsfall in Papierform vorzulegen. Aus jeder Dokumentation muss der Untersucher ersichtlich sein. Die bildliche Dokumentation ist bei Vorlage von Fotos/Ausdrucken in jedem Fall fest mit dem schriftlichen Befundbericht zu verbinden, d. h. es sind Heftklammern (keine Büroklammern) zu verwenden. Nur so kann vermieden werden, dass die bildliche Dokumentation verloren geht.

### 4.2 Koloskopien

Der Nachweis der totalen Koloskopie erfolgt durch die Darstellung der Bauhin'sche Klappe und des Zoekums. Das Zoekum ist abgebildet, wenn der Zoekumtriangel oder das Appendixorifixium dargestellt sind (vgl. § 6 Abs. 3 c der QSV).

**Soweit bei den Überprüfungen der Dokumentationen bis einschließlich der Überprüfung des Jahres 2011 nur Bauhin'sche Klappe oder Zoekum dargestellt sind, wird dies noch nicht als mangelhaft bewertet. Ab der Überprüfung der ärztlichen Dokumentationen des Jahres 2012 (Prüfjahr 2013) muss der Nachweis der hohen Koloskopie gem. § 6 Abs. 3 c der QSV uneingeschränkt geführt werden. Sowohl Bauhin'sche Klappe als auch Zoekum müssen zwingend bildlich dargestellt sein, um die ärztliche Routine bestätigen zu können. Keinesfalls genügt es ab diesem Zeitpunkt, Biopsien aus dem Terminalen Ileum zum Nachweis der hohen Koloskopie vorzulegen.**

Dokumentationen, welche ab dem 01.01.2012 (Prüfjahr 2013) nicht mehr sämtliche Anforderungen des § 6 Abs. 3 c QSV nebeneinander erfüllen, werden als mangelhaft beurteilt.

Weiterhin gilt die Verschmutzung des Colons als Mangel, sofern dadurch keine Beurteilung der bildlichen Dokumentation und damit des Erreichens des Zoekums, mehr möglich ist (vgl. § 6 Abs. 3 d QSV). Nicht als Mangel dagegen gelten anatomische Einengungen und Zustand nach operativer Entfernung des Zoekums, die eine hohe Koloskopie unmöglich machen. Die entsprechenden Gründe müssen jedoch aus der schriftlichen Dokumentation hervorgehen.

### 4.3 Polypektomien

Eine Polypektomie i. S. der QSV liegt vor, wenn die Abtragung eines Polypen von > 5mm Größe mittels Hochfrequenzelektroschlinge erfolgte. Da die Nrn. 01742 und 13423 EBM jedoch nicht nur die Abrechnung einer Polypektomie i. S. der Vereinbarung zulassen, obliegt dem Genehmigungsinhaber die Auswahl der zu überprüfenden Fälle. Eine Polypektomie gilt gem. § 6 Abs. 4 b QSV nur dann als nachgewiesen, sofern sie durch eine Histologie und eine bildliche Dokumentation belegt ist.

Die Vorlage der Dokumentationen von Polypektomien erfordert daher neben dem schriftlichen Befundbericht und der bildlichen Dokumentation die Vorlage des entsprechenden histologischen Befundes. Dieser kann – sofern dies das Praxisverwaltungssystem unterstützt –

direkt in den schriftlichen Befundbericht übernommen werden. In jedem Fall sollte jedoch erkennbar sein, dass es sich um den Befund eines pathologischen Institutes handelt, d. h. das Pathologische Institut und die Befundnummer müssen erkennbar sein. Es ist darauf zu achten, dass der Pathologe die Befundung entsprechend des WHO-Schemas vornimmt.

Bei Präparateverlust oder Resektion nicht im Gesunden bei Atypie/Malignität, muss die Dokumentation einer befundadäquaten weiteren Vorgehensweise vorliegen, andernfalls ist die Dokumentation als mangelhaft einzustufen.

Nicht als Mangel gilt eine nicht vollständige Abtragung des Polypen aus anatomischen Gründen, sofern die Gründe hierfür aus der schriftlichen Dokumentation hervorgehen.

#### **4.4 Anforderung an die bildlichen Dokumentationen**

Alle eingereichten Dokumentationen müssen eine bildliche Dokumentation enthalten (§ 6 Abs. 3 b QSV). Hierbei wird auf das Schreiben des Vorstandes der KVN und der Koloskopie-Kommission der KVN vom 01.03.2007 verwiesen. Danach sind keine Videodokumentationen bzw. die Vorlage von Filmen mittels DVD/CD zulässig. Zulässig sind hingegen neben den normalen farbigen Printausdrucken bildliche Dokumentationen welche in gängigen Bildformaten (jpg, bmp, tif) auf Datenträgern (DVD/CD/USB-Stick) übermittelt werden. Gleichzeitig wird darum gebeten, von der Übersendung von schwarz-weiß Printausdrucken Abstand zu nehmen. Die Dokumentationsprüfungen in der Vergangenheit haben gezeigt, dass eine Beurteilung solcher Bilddokumentationen nur sehr eingeschränkt möglich ist.

Bilddokumentationen ohne eindeutige Patientenzuordnung werden spätestens ab dem Jahr 2012 (Prüfjahr 2013) als „mangelhaft“ eingestuft. Es ist daher darauf zu achten, dass die bildlichen Dokumentationen ausnahmslos die Patientendaten (Name, Vorname, Geb.-Datum, Untersuchungsdatum) enthalten. Alternativ ist es möglich die praxisinterne Patienten-ID in das Bild zu implementieren, sofern diese auch aus der schriftlichen Dokumentation zweifelsfrei erkennbar ist. Nur so ist es möglich, dass die Dokumentationen zweifelsfrei dem richtigen Patienten zugeordnet werden können.

#### **5 Fragen, Hinweise, Anregungen**

Ihre Fragen, Hinweise und Anregungen, dieses Merkblatt betreffend, nehmen wir gerne unter o. g. Kontaktdaten entgegen.

Bei Bedarf stellen wir gerne den Kontakt zu unseren Sachverständigen her bzw. vereinbaren einen Gesprächstermin.