Checkliste zur Dokumentation
gemäß § 6 Abs. 3 b – d und § 6 Abs. 4 b und c der
Qualitätssicherungsvereinbarung Koloskopie

KVN
Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

1. Allgemeine Angaben zum Patienten	
Name des Patienten: _____ **Geburtsdatum:** _____ **Unters.-datum:** _____	
2. Anforderung an die Dokumentation der hohen <u>Koloskopie</u> (§ 6 Abs. 3 b – d)	
Identifikation des Operateurs und des Patienten ersichtlich Untersuchungsdatum Identifikation des Untersuchers und des Patienten sowie die Angabe des Untersuchungsdatums müssen untrennbar mit der bildlichen Dokumentation verbunden sein (automatische Signierung durch die EDV bzw. schriftlich auf den Bildern)	❑ ❑
Die Untersuchung wurde von mir selbst durchgeführt	❑
Die schriftliche Dokumentation in Form des Befundberichtes ist beigefügt	❑
Die bildliche Dokumentation ist beigefügt (Print/DVD/USB-Stick) – Videodokumentationen sind nicht zugelassen	❑
Der Nachweis der hohen Koloskopie ist uneingeschränkt gegeben durch - bildliche Darstellung der Bauhin'schen Klappe **und** des Zoekums (i.d.R. 2 bildliche Dokumentationen) - bildliche Darstellung des Zoekums durch Zoekumtriangel *oder* Appendixorifizium Die fehlende Darstellung der Bauhin'schen Klappe oder des Zoekums führt dazu, dass die Dokumentation als mangelhaft bewertet werden muss.	 ❑ ❑
Optimale Reinigung des Colons vor Untersuchung Verschmutztes Kolon – Zoekalpol dennoch uneingeschränkt erkenn- und beurteilbar Eine Verschmutzung des Kolons, welche die Beurteilung des Erreichens des Zoekalpols unverhältnismäßig erschwert bzw. unmöglich macht führt zu einer mangelhaften Einstufung der jeweiligen Dokumentation.	❑ ❑
Vorliegend anatomische Einengung / Zustand nach operativer Entfernung des Zoekums Schriftliche Darlegung der Gründe für eine nicht durchführbare hohe Koloskopie im Befundbericht gegeben	❑ ❑
3. Anforderungen an die Dokumentation der <u>Polypektomie</u> (§ 6 Abs. 4 b und c)	
Identifikation des Operateurs und des Patienten ersichtlich Untersuchungsdatum Identifikation des Untersuchers und des Patienten sowie die Angabe des Untersuchungsdatums müssen untrennbar mit der bildlichen Dokumentation verbunden sein (automatische Signierung durch die EDV bzw. schriftlich auf den Bildern)	❑ ❑
Die Untersuchung wurde von mir selbst durchgeführt	❑
Die schriftliche Dokumentation in Form des Befundberichtes ist beigefügt	❑
Der histologische Befund ist beigefügt Bei Implementierung des histologischen Befundes in den Befundbericht ist das pathologische Institut und die Befundnummer eindeutig erkennbar Die Beurteilung/Befundung durch den Pathologen erfolgt entsprechend des WHO-Schemas (Größenangaben der Polypen in cm!)	❑ ❑ ❑
Die bildliche Dokumentation ist beigefügt (Print/DVD/USB-Stick) – Videodokumentationen sind nicht zugelassen	❑
Der Polyp ist > 5 mm die Entfernung des Polypen erfolgte mittels Schlinge	❑ ❑ ❑
Bei vorliegendem Präparateverlust / Abtragung nicht im Gesunden / Verdacht auf Malignität - Bestätigung durch Histologie (Abtragung im Gesunden / V.a. Malignität liegt nicht vor - Befundadäquate weitere Vorgehensweise bei ➢ Präparateverlust (= Hinweis, dass Bergung trotz aller Maßnahmen nicht möglich war muss dem Befundbericht zu entnehmen sein, da in einem solchen Fall eine Histologie nicht möglich ist) ➢ Abtragung nicht vollständig bzw. nicht sicher im Gesunden / V.d. auf Malignität bzw. Atypie: leitliniengerechte Empfehlungen der weiteren Vorgehensweise sind dem Befundbericht zu entnehmen	❑ ❑ ❑

Stand: November 2026

Zertifikat seit 2007 audit berufundfamilie