

Dachverband der Prostatazentren Deutschlands e.V.

Erhebungsbogen für Prostatazentren

Version 5.3.1

06.06.2019

Zur Vorlage für Dokumentenprüfung bearbeitet

Name:

Datum:

Inhaltsverzeichnis

Dachverband der Prostatazentren Deutschlands e.V.	1
Zertifizierungsablauf:.....	3
DVPZ-Erhebungsbogen für Prostatazentren (Version 5.3)	4
1. Strukturelle Voraussetzungen für ein Prostatazentrum im DVPZ e.V.	5
2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallzahlen	7
3. Einbindung von Selbsthilfegruppen	9
4. Nachsorge und Betreuung	9
5. Patienteninformationen, Beratung und Befragung	10
6. Behandlungsdokumentation	11
7. Anforderungen für das Prostatakarzinom	12
8. Anforderung für das benigne Prostatasyndrom (BPS)	18
9. Anforderung für chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom (CP/CPPS)	19
Stammblatt.....	20

Erhebungsbogen für Prostatazentren im Dachverband der Prostatazentren Deutschlands e.V.

Zertifizierungsablauf:

1. Kontaktaufnahme zum DVPZ, Vorgespräch, Zertifizierungsprozess, Rahmenbedingungen, Kosten
2. Abschluss des Zertifizierungsvertrages
3. IST-Analyse, ggf. mit externer Beratung
4. Grundkonzeption des Zentrums etablieren und Zentrumspartner gewinnen
5. Termin für Zertifizierungsworkshop mit allen beteiligten Leistungserbringern festlegen
6. Durchführung des Workshops als verbindliche Zertifizierungsvoraussetzung
7. Umsetzung der im Erhebungsbogen festgelegten Anforderungen
8. Erstellen eines Zentrumshandbuchs, bzw. Implementieren eines QM-Systems
9. Interne Auditierung in allen Einrichtungen des Zentrums
10. Aufnahme der Fall-Dokumentation in UroCloud / prostaweb nach Einweisung zur Dokumentation mit Falldemonstration vor Ort; bei Entscheidung für Mindestmengendokumentation (siehe Kap. 6.3) ist der DVPZ entsprechend zu informieren
11. Anmeldung zur Zertifizierung bei DVPZ-Geschäftsstelle
12. Zuweisung des/der externen Auditors/Auditoren, Terminvereinbarung für das externe Audit
13. Vorlage der vollständigen Unterlagen des Zentrums zur Dokumentenprüfung u.a. ausgefüllten Erhebungsbogen, Handbuch des Prostatazentrums
14. Ganztägiges Audit im Zentrum (Klinik), Einsicht in die Mitglieder-Handbücher, Nachweis der Dokumentation in UroCloud oder vergleichbarem System mit Schnittstelle zu UroCloud
15. Übergabe Audit-Bericht an Zentrumsleitung und DVPZ-Geschäftsstelle zur Bewertung durch die Zert.-Kommission
16. Anerkennung als Prostatazentrum im DVPZ durch den DVPZ e.V. für den Zeitraum von 3 Jahren
17. Ausstellung und Übergabe der Zertifikate für Klinik, Mitglieder und Kooperationspartner
18. Nachweis der Selbstevaluation oder des internen Audits nach 12 und 24 Monaten sowie Vorlage der Dokumente zur Prüfung beim DVPZ. Bestätigung des Zertifikates oder Nachaudit, sofern Erfüllung der DVPZ-Anforderungen nicht nachgewiesen sind
19. Vereinbarung der Re-Zertifizierung ca. 6-4 Monate vor Ablauf des Zertifikats
20. Re-Zertifizierungs-Audit vor Ort nach 36 Monaten

DVPZ-Erhebungsbogen für Prostatazentren (Version 5.3)

Erarbeitet vom DVPZ e.V. anhand:

- der Leitliniengruppen der AWMF
- dem Erhebungsbogen für Prostatakarzinomzentren der Deutschen Krebsgesellschaft
- Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms; Langversion 5.0, April 2018; AWMF-Register-Nummer 043/022OL
- Evidenzbasierte S2e-Leitlinie Benignes Prostatasyndrom (BPS), Diagnostik und Differenzialdiagnostik. AWMF-Register 043 – 034
- Evidenzbasierte S2e-Leitlinie Benignes Prostatasyndrom (BPS), Therapie. Aktualisierung 19.11.2014 AWMF-Register 043 – 035; Zusammenlegung mit 043-34 angemeldet
- EAU Guidelines on “Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO)”, aktualisiert März 2015
- EAU Guidelines on Chronic Pelvic Pain, aktualisiert April 2014 sowie Expertenkonsens der ICUD-Gruppe aus dem Jahre 2006
- Forderungen aus der „Arbeitsgruppe Zertifikatentwicklung“ des Dachverbandes der Prostatazentren Deutschlands e.V. und Anregungen zertifizierter DVPZ-Prostatazentren
- Der Erhebungsbogen für Prostatakarzinomzentren der DKG in der Version vom 06.10.2017

Hinweis

Grundsätzlich sind die Vorgaben/Empfehlungen der jeweils aktuellen Fassung der im Erhebungsbogen zitierten Leitlinien zu beachten.

1. Strukturelle Voraussetzungen für ein Prostatazentrum im DVPZ e.V.	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
<p>1.1 Beschreibung der Kooperationspartner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für ein Zentrum arbeiten nach den gleichen Standards mindestens 2 urologische Praxen oder 5 niedergelassene Urologen und mindestens eine urologische Klinik sowie mindestens eine Strahlentherapeutische Einheit. Weitere namentlich aufzuführende Kooperationspartner sind Pathologie und alle für die jeweilige Erkrankung relevanten Fachgruppen (z.B. Radiologe, Onkologe, Nuklearmediziner usw.) sowie Sanitätshaus, ambulante Pflege, Physiotherapie, fachspezifische Rehabilitationskliniken, Psychologie und ggf. psycho-onkologische Betreuung, Sozialarbeiter und Palliativmedizin und Pflege sowie SAPV und Hospizanbindung • Diese werden im Kooperationsvertrag genannt. Es existiert eine Leistungsübersicht bzw. ein gemeinsames Organigramm. • Schriftlicher Kooperationsvertrag • Zuordnung der einzelnen Leistungen im Kooperationsvertrag • Gemeinsame Teilnahme der Kooperationspartner an dem Zertifizierungsworkshop des DVPZ • Bei mehreren Kliniken in einem Verbundzertifikat: Voraussetzung für eine dezentrale Erbringung ist ein gemeinsames QM-System, ein gemeinsames Handbuch und eine gemeinsame Patienten-Dokumentation • Zentrumsleitung: Eine Doppelspitze aus ambulanter und stationärer Versorgung soll etabliert werden; diese ist Ansprechpartner gegenüber DVPZ und Selbsthilfegruppen 	<p>Namentliche Nennung Klinik und Kooperationspartner</p> <p>Namentliche Nennung Klinik / Praxen / Radioonkologie</p> <p>Namentliche Nennung</p>
<p>1.2 Leitlinienumsetzung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anwendung der Leitlinien für PCA und BPS In den jeweils gültigen aktuellen Versionen sowie • Anwendung der Empfehlungen des Expertenkonsenses für Prostatitis 	
<p>1.3 Qualitätsmanagement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Anforderungen an ein Qualitätsmanagementsystem gemäß Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses sind erfüllt (Sektorenübergreifende Richtlinie Qualitätsmanagement (QM-RL in Kraft seit 16.11.2016) • Das Zentrum (Klinik) verfügt über ein dokumentiertes Qualitätsmanagementsystem (Zentrumshandbuch), das alle wichtigen Prozesse innerhalb des Prostatazentrums umfasst. Das Handbuch ist allen Mitgliedern des Zentrums zugänglich und bekannt. • Alle niedergelassenen Partner verfügen über ein internes Qualitätsmanagementsystem und Praxishandbuch, das die wichtigen Prozesse innerhalb der Praxis regelt. • Jede Praxis hat einen benannten QMB / Vertretung • Das Zentrum hat einen benannten Koordinator/ Vertretung • Das QM-Handbuch wird dem Zentrumskoordinator einmal jährlich im Rahmen einer gemeinsamen QMB-Veranstaltung zur Verfügung gestellt. • Das Zentrum hat ein gemeinsames Qualitätsverständnis (Leitbild / Qualitätspolitik) und gemeinsame Qualitätsziele • Eine Zertifizierung durch ein akkreditiertes Unternehmen wird empfohlen, ist jedoch nicht Voraussetzung für eine Zentrumszertifizierung. An- 	<p>Namentliche Nennung</p> <p>Namentliche Nennung</p>

<p>erkannte QM-Systeme sind zum Beispiel: DIN ISO 9001, KTQ, Joint Commission, proCum Cert, DAkkS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einmal jährlich wird in allen Einrichtungen des Zentrums ein internes Audit durchgeführt, in welchem die Aktualität des QM-Systems, die Umsetzung der Prozesse und die Einhaltung der Q-Standards überprüft werden. Der Zentrumskoordinator sammelt und bewertet die Auditberichte 1x jährlich und leitet sie an die DVPZ-Geschäftsstelle weiter. Das Audit kann auch extern erfolgen. • Der DVPZ überprüft die Einhaltung der Zertifikatsanforderungen nach 12 und 24 Monaten anhand der Zentrumsunterlagen, der internen Auditberichte und der Dokumentationsleistung Bei erkennbaren Mängeln behält sich der DVPZ eine Überprüfung des Zertifikates durch ein vorgezogenes externes Audit vor. Das jährliche zentrumsinterne Audit im Rahmen eines QM-Systems ersetzt das Zertifizierungs- oder Rezertifizierungsaudit des DVPZ nicht • Das im jeweiligen QM-System implementierte Fehlermanagement bezieht auch medizinische Behandlungsfehler ein. Diese sind zu dokumentieren und beim Audit vorzulegen (gilt für Klinik und kooperierende Praxen) • Im QM-System ist ein Beschwerdemanagement für Patienten und Mitarbeiter / Kooperationspartner implementiert (gilt für Klinik und kooperierende Praxen) 	
<p>1.4 Personelle Voraussetzungen</p> <p>Anzahl der Fachärzte in Tätigkeit für das Prostatazentrum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzahl der speziell ausgebildeten Operateure für die radikale Prostatektomie (RP) • 25 RP/Facharzt/Jahr als Operateur bzw. Seniorassistent (s. S3-LL PCa 5.17), siehe 7.2.2.3 Definition der operativen Eingriffe • 20 OPs/ Facharzt/ als Operateur bzw. Seniorassistent für TUR-P/ Vaporisation/HoLEP u.a. <p>Beschreibung der speziellen Ausbildung dieser Operateure</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die rad. Prostatektomie soll nur unter der Leitung eines erfahrenen Operateurs durchgeführt werden (s. S3-LL PCa 5.17) • Als Grundvoraussetzung gelten 100 selbstständig durchgeführte Operationen, siehe Anforderung 7.2.2.3 ff <p>Medikamentöse Tumortherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens ein urologischer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung medikamentöse Tumortherapie oder ein Hämato-Onkologe • Leistungserbringung anhand jeweils gültiger Onkologievereinbarung • Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung, Bildung eines Kernteams am Zentrum wünschenswert <p>Onkologische Fachpflegekräfte</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 aktive onkologische Fachpflegekraft muss in der Klinik vorhanden sein • Onkologische Fachpflegekräfte sind namentlich zu benennen • Ein onkologisches Pflegekonzept muss vorliegen, das die Besonderheiten der uro-onkologischen Pflege berücksichtigt • Weiterbildungsnachweise für das Pflegepersonal sind zu führen 	<p>Anzahl:</p> <p>Namentliche Nennung</p> <p>Anzahl: Namentliche Nennung</p> <p>Namentliche Nennung</p> <p>Namentliche Nennung</p> <p>Namentliche Nennung</p> <p>Anzahl Namentliche Nennung</p>

<p>Falldokumentation / Dokumentationsbeauftragte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorhalten eines/einer Dokumentationsbeauftragten, Dokumentationsassistenten/-in in Klinik und für Praxen 	Namentliche Nennung
<p>1.5 Studienbeteiligung</p> <p>Infrastruktur für Studien muss vorhanden sein</p> <ul style="list-style-type: none"> • Für das Prostatazentrum sollte ein Studienbeauftragter benannt werden • Eine Study Nurse sollte benannt sein • Den Patienten muss der Zugang zu Studien möglich sein • Die am Prostatazentrum durchgeführten Studien sind aufzulisten • Das Prostatazentrum soll sich an mindestens einer Studie (BPS/chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom (CP/CPPs)/PCa) beteiligen • Teilnahme an PCO-Studie ersetzt Fragebögen Kontinenz / Potenz/ Lebensqualität (EPIC-26) • In die vom DVPZ e.V. empfohlenen Studien soll rekrutiert werden 	<p>Namentliche Nennung</p> <p>Namentliche Nennung</p> <p>Studienbenennung</p>

2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallzahlen	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
2.1 Nachweis der Anzahl betreuter Patienten mit Prostataerkrankungen / Jahr	
2.1.1 In einem Zentrum müssen mindestens 50 Erstdiagnosen PCa, lokalisiert oder metastasiert oder Rezidiv / Jahr erfasst und behandelt werden	Anzahl:
2.1.2 BPS: mind. 50 neu diagnostizierte BPS-Fälle (operativ oder konservativ) /Jahr	Anzahl:
2.1.3 Prostatitis/CPPS: mind.10 nach NIH klassifizierte Fälle / Jahr	Anzahl:
<p>2.1.4 Interdisziplinäre Indikationskonferenzen über PCa-Patienten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Erstzertifizierung sollten mind. 50% der pro Jahr neu diagnostizierten Fälle in der interdisziplinären Fallkonferenz vorgestellt werden • Bei Rezertifizierung sollten mindestens 90 % vorgestellt werden • Obligatorisch: <ul style="list-style-type: none"> ○ Alle Primärfälle mit diskussionswürdiger Histologie (\geq pT3a, R1, pN+); ○ alle Rezidive oder ○ metastasierte Patienten • Teilnehmer: Urologe, Strahlentherapeut, Onkologe, Pathologe sowie bedarfsweise weitere Fachdisziplinen (Radiologie, Nuklearmedizin) • Erstellung einer VA Indikationskonferenz; Beispiel für VA Indikationskonferenz unter: www.dvpz.de • Virtuelle Konferenzen sind möglich, z. B. als Internetforum oder Telefonkonferenz. Die zu einer Beurteilung notwendigen Parameter müssen verfügbar sein. Die Ergebnisse der Indikationskonferenz müssen dokumentiert und dem Patienten in geeigneter Form mitgeteilt und erläutert werden (z.B. Behandlungsvorschlag) • Vorstellung des Patienten in der Indikationskonferenz innerhalb von 2 Wochen 	<p>Nachweis über Prosta-web/UroCloud Kennzahlensausdruck</p> <p>Nachweis über Prosta-web/UroCloud, Kennzahlensausdruck</p> <p>Dokumentation in Prosta-web/UroCloud</p> <p>Umsetzung beschreiben</p> <p>Dokumentation in Prosta-web/UroCloud, alternativ über Klinikdokumentationssystem mit VA</p>
<p>2.2 Planung der weiterführenden Therapie vor Entlassung</p> <p>Erstellung von</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nachsorgeplan bzw. 	Dokumentation in

<ul style="list-style-type: none"> • Arztbrief • Sicherstellen der Verlaufsdokumentation in der gemeinsamen Dokumentationsplattform inklusive Unterweisung des Patienten in Patient-Reported Outcome Measures (PROM) bei PCa 	<p>Prostaweb/UroCloud</p>
<p>2.3 Beschreibung der Übergabe stationär / ambulant (Telefonlisten)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Erreichbarkeit der Station • Erreichbarkeit der nachsorgenden Person bzw. Einrichtung 	<p>Umsetzung beschreiben</p>
<p>2.4 Beschreibung der sektorübergreifenden Schnittstellen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einarbeitung der sektorübergreifenden Prozesse in QM-konforme Verfahrensanweisungen (VA) in das gemeinsame QM-Handbuch • Gemeinsame Kommunikationsplattform (z.B. geschlossenes Internetportal oder VPN) • Als Rückmeldesystem für Komplikationen vom weiterbehandelnden Kooperationspartner sowie von der AHB-Einrichtung zum Primärbehandler dient die gemeinsame Dokumentationsplattform • Die Primärbehandler verfolgen den Behandlungsverlauf über festgelegte Dokumentationsintervalle und -parameter gemäß LL • Für das PCa sollten nach Möglichkeit die von ICHOM festgelegten Parameter erhoben und einschließlich PROM dokumentiert werden • Organigramm und entsprechende Verfahrensanweisungen sind vorzuhalten 	<p>Umsetzung beschreiben</p> <p>Dokumentation in prostaweb/UroCloud</p> <p>Dokumentation der LQ aus Pat.-befragung in prostaweb/Urocloud</p>
<p>2.5 Morbiditätskonferenzen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 2 x jährlich Morbiditätskonferenzen durchzuführen • Aufarbeitung aller „ungewöhnlichen“ Verläufe anhand der Literatur • Eine Teilnehmerliste wird geführt • Jedes Zentrumsmitglied (mindestens 1 Vertreter aus Klinik/Praxen) muss an einer solchen Konferenz teilnehmen • Mindestens 2 Fälle sollen pro Konferenz vorgestellt werden • Besprochen werden sollen Fälle mit besonderem oder verbesserungswürdigem Verlauf • Morbiditätskonferenzen sind inhaltlich zu protokollieren • M&M-Konferenzen können mit Indikationskonferenzen zusammengelegt werden 	<p>Umsetzung beschreiben</p>
<p>2.6 Qualitätszirkel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Es sind mind. 2 x jährlich Qualitätszirkel durchzuführen, in denen die Weiterentwicklung des Zentrums sowie prostataspezifische Themen als Schwerpunkte betrachtet werden • Eine Teilnehmerliste wird geführt • Jedes Zentrumsmitglied (mindestens 1 Vertreter aus Klinik/Praxen) muss mindestens 1x pro Jahr an einer solchen Konferenz teilnehmen • Organisation und Protokollierung durch Zentrumskoordinator oder QM-Beauftragten 	<p>Umsetzung beschreiben</p>
<p>2.7 Fort- und Weiterbildung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beschreibung der gemeinsamen Fortbildungen • Fortbildungsplan, ggf. mit Erwerb von Fortbildungspunkten (CME) durch Beantragung bei der Ärztekammer • Nachweis von Qualifikation und Weiterbildung (15 prostata-spezifische CME-Punkte pro Kooperationspartner und Jahr) 	<p>Umsetzung beschreiben</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Zertifizierte Qualitätszirkel können angerechnet werden 	
<p>2.8 Anrechenbarkeit</p> <p>Die Teilnahme an 2 Veranstaltungen des Zentrums / Jahr dazu zählen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Fortbildung ○ Qualitätszirkel ○ M & M Konferenzen <p>ist ausreichend</p> <p>Die Teilnahme ist zu dokumentieren</p>	Umsetzung beschreiben

3. Einbindung von Selbsthilfegruppen	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
<p>3.1 Beschreibung der Selbsthilfegruppen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Leitung, Adressen, Erreichbarkeit • Mitgliedschaft im BPS 	Namentliche Nennung
<p>3.2 Information über und Zugang zu SHGs</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organisation der Informationsweitergabe an Patienten • Informationsmaterial • Schnittstellenbeschreibung 	Umsetzung beschreiben

4. Nachsorge und Betreuung	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
<p>4.1 Beschreibung des Nachsorgeprozesses nach Abschluss der Primärtherapie gemäß Leitlinien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verlaufskontrolle bei PCa (Progression, Lokal- u Lymphknoten-Rezidive, Zweit-Tumore, Patient verstorben, lebt oder lost to follow up) • Verlaufsdokumentation, nach Möglichkeit der von ICHOM / PROM festgelegten Parameter in der Dokumentationsplattform <i>(siehe auch Behandlungsdokumentation 6.ff)</i> 	Dokumentation der LQ Ih Prostaweb/UroCloud
<p>4.1.1 Organisation der Nachsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsverantwortlicher, Dokumentationskraft • Dokumentationskontrolle / Plausibilität • Nachsorgeintervall der Jahreskohorten • Nachsorgequote 	Umsetzung beschreiben
<p>4.2 Sozialdienst/AHB/Rehabilitationsmaßnahme</p>	Namentliche Nennung
<p>4.2.1 Sozialdienst</p> <ul style="list-style-type: none"> • SGB V z.B. Schwerbehinderung • Umsetzung durch Sozialdienst in der Klinik • Informationsmaterial 	

<p>4.2.2 AHB</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angebot einer AHB-Maßnahme an jeden Patienten nach radikaler Prostatovesikulektomie/Radiatio wegen Prostatakarzinoms bzw. • nach komplikationsreichen offenen und transurethralen Eingriffen an der Prostata durch den Sozialdienst des jeweiligen Krankenhauses • Organisieren der Zuweisung an eine fachspezifische uroonkologische/ urologische Rehabilitationsklinik noch während des stationären Aufenthaltes des Patienten • Zuweisung des Patienten über einen AHB-Antrag in Verbindung mit einem (vorläufigen) Arztbrief. (Kurzbeschreibung des Verlaufs sowie entsprechende Therapieempfehlung) 	<p>Umsetzung beschreiben</p>
<p>4.2.3 Anforderungsprofil der fachspezifischen uroonkologischen / urologischen Rehabilitation (Klinik / ambulante Einrichtung)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Die Rehabilitationseinrichtung muss über ausreichend qualifizierte Mitarbeiter verfügen und entsprechende strukturelle Voraussetzungen vorhalten 	
<p>4.3. Verfahrensweise bei Rezidiv / Metastasierung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Indikationskonferenz bei Rezidiv obligatorisch • Patienten sollen Studienprotokolle angeboten werden. Darüber ist ein Nachweis zu führen 	<p>Umsetzung beschreiben</p>
<p>4.4. Psychoonkologische Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jedem Patienten soll orts- und zeitnah eine psychoonkologische Betreuung angeboten werden • Patienteninformationsmaterial • Psychoonkologische Qualifikation: Diplom-Psychologen oder Mediziner mit psychotherapeutischer Weiterbildung/Fortbildung, ggf. Vertreter anderer psychosozialer Berufsgruppen (wie Diplom-Pädagogen, Sozialarbeiter etc.) bei Nachweis der o.g. Zusatzqualifikationen • Versorgung durch externe Kooperationspartner oder für mehrere Standorte und Klinikeinrichtungen möglich • Teilnahme an Tumorkonferenzen wünschenswert • Screening zur psychischen Belastungen nach S3-Leitlinie Psychoonkologie • Die psychoonkologische Versorgung ist fortlaufend anhand geeigneter Instrumente zu dokumentieren und zu evaluieren 	<p>Umsetzung beschreiben</p> <p>Namentliche Nennung</p> <p>Dok. der Inanspruchnahme des psychoonkologischen Gespräches in prostaweb/UroCloud</p>

5. Patienteninformationen, Beratung und Befragung	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
<p>5.1 Patientenbefragung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenbefragungen zur Bewertung des Prostatazentrums müssen ein Mal innerhalb der Zertifikatslaufzeit durchgeführt werden • Standardisierte Fragebögen sind im Zentrum/ in den Praxen anzuwenden • Rücklauf der Befragung sollte mind. 50% betragen • Auswertung muss zum Audit vorliegen 	<p>Umsetzung beschreiben</p>
<p>5.2 Beschreibung der Art der Informationen / Veranstaltungen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schriftliche Informationen für Patienten müssen vorhanden sein • Patientenseminare: 1x jährlich • Information über das Zentrum im Internet inklusive des im Erhebungsbogen vorgegebenen Behandlungs- und Nachsorgeangebots 	

<ul style="list-style-type: none"> • Nennung der Kooperationspartner und deren Leistungsinhalte 	
<p>5.3 Information der Patienten über Diagnose und geplante Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der Zeitraum bis zur prätherapeutischen Besprechung incl. Sprechstunde für Besprechung Therapieempfehlung darf nicht länger als 6 Wochen betragen. • Dokumentation über <ul style="list-style-type: none"> ○ Zweitmeinungen ○ alternative Therapiekonzepte ○ Entlassungsgespräche ○ Einweisung in PROM bei PCa ○ ggf. geplante Anschlusstherapie ○ ggf. fachspezifische uroonkologische/urologische Rehabilitation ○ Die evidenzbasierten Patientenratgeber zur S3-Leitlinie müssen angeboten werden ○ BPS-Magazin sollte angeboten werden 	<p>Umsetzung beschreiben</p>

6. Behandlungsdokumentation	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
<p>6.1 Gemeinsame Patientendokumentation durch alle Kooperationspartner</p> <p>Vom DVPZ autorisierte Software sollte verwendet werden. Falls diese nicht genutzt wird, müssen die Daten in einem für den Dienstleister des DVPZ bearbeitbarem Format an den Dienstleister übermittelt werden. Anfallende Kosten für die Datenaufbereitung trägt das Zentrum.</p>	<p>Dokumentation in Prostaweb/UroCloud</p>
<p>6.2 Tumordokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei PCa: einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von ADT und GEKID einschließlich Ergänzungen zum Prostatakarzinom • Erfassung der ICHOM Parameter und PROM (EPIC-26) erwünscht • Sicherstellen der Übermittlung der Daten an das zuständige Krebsregister • Auswertungen sollen spezifischen Anforderungen genügen <ul style="list-style-type: none"> ○ Selektionen ermöglichen ○ Abfragen von Ergebnisqualitätsindikatoren ○ Ermitteln von Follow-up Status ○ Sterbedaten / tumorbedingtes Versterben 	<p>Dokumentation der Basisdaten und Überlebensdaten in Prostaweb/UroCloud</p>
<p>6.3 Bei Erstzertifizierung müssen bereits ein Drittel der geforderten Fälle in der Dokumentation vorliegen</p> <ul style="list-style-type: none"> • PCa: Pt. mit Diagnose PCa sollen nach Möglichkeit eingewiesen werden, ihre Krankheitsverläufe unter Verwendung des EPIC-26 Fragebogens zu dokumentieren; alternativ Teilnahme an PCO-Studie • BPS: alle operativen Fälle • Alle Prostatitisfälle <p>• Bei Entscheidung für Mindestmengen-Dokumentation sind pro Praxis jährlich folgende Fallzahlen zu dokumentieren:</p> <p>20 Patienten mit BPS unter medikamentöser Therapie 10 Patienten mit BPS nach instrumenteller Therapie 10 Patienten mit PCa nach definitiver Therapie (RPE, RT, AS,...)</p>	<p>Dokumentation in Prostaweb/Urocloud</p>

10 Patienten mit PCa unter systemischer Therapie (LHRH, Chemo,...) 5 Patienten mit Prostatitis	
6.4 Nutzung der anonymisierten Daten aus der UroCloud <ul style="list-style-type: none"> • Das Prostatazentrum gestattet dem DVPZ die Zweitverwertung der dokumentierten Daten • Statistische Datenaufbereitung durch DVPZ für jedes Zentrum (Qualitätskonferenz) • wissenschaftliche Präsentation, Kongressbeiträge, Publikationen nach Freigabe durch die Zentrumsleiter • Mitteilung erfolgt an die DVPZ-Geschäftsstelle • Öffentlichkeitsarbeit mit Hilfe der Daten durch den DVPZ • Versorgungsforschung 	
6.5 Datenübermittlung Vierteljährliche Datenübermittlung an den IT-Dienstleister des DVPZ (gilt nur für den Fall der Nutzung anderer als der vom DVPZ empfohlenen Software)	

7. Anforderungen für das Prostatakarzinom	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
7.1 Früherkennung PCa	
7.1.1 Indikationsstellung zur Biopsie (S3- LL PCa 3.6) Im Rahmen der Früherkennung soll eine Prostatabiopsie bei Vorliegen von mindestens einem der folgenden Kriterien empfohlen werden: <ul style="list-style-type: none"> • kontrollierter PSA-Wert von ≥ 4 ng/ml bei der erstmaligen Früherkennungskonsultation unter Berücksichtigung von Einflussfaktoren; • karzinomverdächtiges Ergebnis bei der digital-rektalen Untersuchung; • auffälliger PSA-Anstieg (ohne Wechsel des Bestimmungsverfahrens) • Bei jüngeren Patienten kann individuell auch bei niedrigeren PSA-Werten eine Biopsie-Indikation gestellt werden. 	
7.1.2 Biopsieschema <ul style="list-style-type: none"> • Schnittstellenübergreifende Verfahrensanweisung im gemeinsamen Handbuch • Es sollen in der Regel 10-12 Biopsiezylinder von je min. 1 cm Länge unter Antibiotikaschutz und transrektaler Ultraschallkontrolle entnommen werden (S3-LL PCa 4.1 - 4.4) und einzeln archiviert werden • Rektalabstriche auf Chinolonselektivagar vor Biopsie bei Risikopatienten. (e.g. Chinolontherapie 6-12 Monate vorher, rez. Prostatabiopsien z.B. bei Active Surveillance, Reiseanamnese (bei Reisen in Länder mit hoher Fluorchinolonresistenz)) • Alternativ perineale Biopsie • Alternativ MR Fusionsbiopsie • Qualitätsparameter Biopsie-Indikation: <ul style="list-style-type: none"> ○ Mindestens 20% der Patienten mit Stanzbiopsien müssen positiv sein ○ Eine Auswertung muss vorgelegt werden 	Dokumentation in Prostaweb/UroCloud
7.1.3 Biopsieversand	

<ul style="list-style-type: none"> • Versand in Transportmedien, in denen die Aufarbeitung der Zielparameter gewährleistet ist • Vorzugsweise sollen Histokassetten zum Einzelprobenversand verwandt werden 	
<p>7.1.4 PSA-Diagnostik (S3- LL PCa 3.5)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kennzeichnung der im Zentrum verwendeten Assays • Ggf. Adaptation an normierte Verfahren (z.B. Abbott) • Beschreibung der Probenaufbereitung und des Probenversandes • Risikoadaptierte PSA-Diagnostik: Altersgruppe ab 45 Jahre und einer Lebenserwartung > 10 Jahre PSA < 1 ng/ml: Intervall alle 4 Jahre PSA 1-2 ng/ml: Intervall alle 2 Jahre PSA > 2 ng/ml: Intervall jedes Jahr Für Männer über 70 Jahre und einem PSA-Wert < 1ng/ml wird eine weitere PSA-gestützte Früherkennung nicht empfohlen. • obligate Bestimmung von Gesamt-PSA (tPSA) • fakultative Bestimmung von freiem PSA (fPSA) und Berechnung des PSA-Quotienten oder fakultative Bestimmung des komplexierten PSA (cPSA). • fakultative Bestimmung von ultrasensitivem PSA 	

7.2 Therapie PCa	
7.2.1 Konservative Therapie	
<p>7.2.1.1 Active Surveillance (S3-LL PCa 5.7 - 5.10)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzubieten bei lokal begrenztem Low Risk PCa und Möglichkeit zur kurativen Therapie entsprechend der Einschlusskriterien der S3 Leitlinie • andere AS-Programme nur unter Studienbedingungen • Dokumentation aller Fälle in AS 	Umsetzung beschreiben
<p>7.2.1.2 Watchful Waiting (S3-LL PCa 5.11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anzubieten bei Lebenserwartung unter 10 Jahren bei lokal begrenztem PCa • Dokumentation der Fälle in WW 	Umsetzung beschreiben

7.2.2 Operative Therapie	
7.2.2.1 Indikation zur operativen Therapie nach S3-LL PCa 5.12 - 5.17)	
<p>7.2.2.2 Beschreibung der vorgehaltenen OP-Verfahren (z.B. Roboter, Lap., offene RP, HiFu) im Handbuch des Zentrums</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zuordnung der Operateure bei mehreren Techniken • Abbildung der Verfahren im gem. Zentrumshandbuch • Wenn möglich soll eine Nerv erhaltende OP angeboten werden 	Umsetzung beschreiben
<p>7.2.2.3 Therapiefälle PCa-Operationen (siehe 1.4 Personelle Voraussetzungen, Anzahl PCa-OP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 25 Fälle/Jahr/Operateur oder Seniorassistenz unabhängig von der OP-Technik (gezählt werden: RPX, Zystektomie mit und ohne PCa, Salvage OP) • Die Zahl der Operationen in der jeweiligen Technik muss aufgeführt wer- 	Dokumentation in Prostaweb/UroCloud

<p>den</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alternativ kann die Erfahrung aus der operativen Lebensleistung herangezogen werden. Diese muss mindestens 500 rad. Prostatektomien beinhalten, bei akzeptablen Benchmark Parametern <p>Voraussetzung: Die Mindestzahl von 25 Operationen kann nur bei einem positivem Audit-Ergebnis anerkannt werden</p>	
--	--

<p>7.2.3 Strahlentherapie <i>Bei Vorliegen einer QM-System Zertifizierung oder Joint Commission Zertifizierung entfällt die Beschreibung/Aufführung und Erfüllung der nachfolgenden Kriterien 7.2.3.1. bis 7.2.3.5</i></p>	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
<p>7.2.3.1 Beschreibung der Bestrahlungstechniken</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strahlentherapie im kurativen definitiven Setting mindestens 74 bis <= 80 Gy (S3-LL PCa S.18-5.25 sowie 5.43-49). Dringend empfohlen bei Dosisescalation ist eine Bestrahlungsplanung in bildgeführter IMRT-Technik. (IMRT/IGRT: Cone-beam CT, Gold Seeds als Fiducial Marker) • 3D percutane Radiotherapie mit >72 Gy bei Patienten mit Niedrigrisiko PCa, am besten IMRT, Modifikation der Therapie bei mittlerem und hohem Risiko (S3-LL PCa 5.22 und 5.23) • LDR- Brachytherapie oder HDR-Brachytherapie sollen angeboten werden nach S3-LL PCa 5.26-5.30 bzw. 5.49) • LDR-Brachytherapie nur unter GBA-Voraussetzungen 	
<p>7.2.3.2 Durchführung der Strahlentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt oder entsprechend der Vorgabe der Fachgesellschaft pro Beschleuniger • Qualifizierte Vertretungsregelung • 50 Fälle pro strahlentherapeutisches Zentrum pro Jahr • Postimplantationskontrolle (bei Seeds-Implantation) • 40 Brachytherapien/Jahr/Strahlentherapeut • 10 Brachytherapien/Jahr/Zentrum • Für alle Verfahren gilt: Durchführung nach Empfehlung (S3-LL PCa 5.18-5.30) • Behandlungsbaum im Zentrumshandbuch 	<p>Namentliche Nennung</p> <p>Namentliche Nennung</p> <p>Dokumentation</p>
<p>7.2.3.3 Organisation der Aus- und Weiterbildung des medizinisch-technischen Personals</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel: mindestens 4 mal pro Jahr • Regelmäßige fachbezogene Fortbildungen • Wissenschaftliche Fortbildungsveranstaltungen zur Prostata (Programm) 	
<p>7.2.3.4 Nachsorge nach Strahlentherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Nachsorge • Gewährleistung von regelmäßigen Toxizitätskontrollen beim Radioonkologen für mindestens 5 Jahre (Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin) 	<p>Dokumentation in Prostaweb/UroCloud</p>
<p>7.2.3.5 Palliative Strahlentherapie von Knochenmetastasen: (S3-LL PCa 6.47 - 6.52) Die Indikation zur Bestrahlung von Knochenmetastasen besteht bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen 	

<ul style="list-style-type: none"> • drohender Stabilitätsgefährdung • drohender Neurologie/Querschnittlähmung 	
--	--

7.2.4 Nuklearmedizin	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
7.2.4.1 Durchführungsvoraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 Facharzt oder Fachkundenachweis • Vertretungsregelung • Vorgehaltene Methoden: <ul style="list-style-type: none"> ○ Obligat: Knochenszintigrafie ○ Fakultativ: PET, PET-CT, Stationäre Radionuklidtherapie 	Namentliche Nennung Namentliche Nennung
7.2.4.2 Der schriftliche Befund muss spätestens 24 h nach der Untersuchung den mitbehandelnden Ärzten vorliegen.	Umsetzung beschreiben

7.3 Onkologie PCA	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
7.3.1 Durchführungsvoraussetzungen: <ul style="list-style-type: none"> • Mindestens 1 Facharzt für Urologie mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie • Alternativ 1 Facharzt Hämato-Onkologe • Qualifizierte Vertretungsregelung • Erfüllung der Voraussetzungen analog regional geltender Onkologievereinbarung • Die Einrichtung muss zur Aufrechterhaltung der Expertise jährlich Chemotherapien bei mindestens 20 urologischen Patienten, darunter 5 metastasierten durchführen. • Mitarbeit in Kernteams nach ASV erwünscht 	Namentliche Nennung Namentliche Nennung
7.3.2 Zusammenarbeit mit einer Palliativstation resp. Hospizeinrichtung <ul style="list-style-type: none"> • Ein Arzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin muss für Konsile und Tumorkonferenzen zur Verfügung stehen • Die palliativmedizinische Versorgung muss dokumentiert werden • Anbindung an die SAPV sollte vorhanden sein 	Namentliche Nennung Dokumentation in Prostaweb/Urocloud
7.3.3 Studieneinbindung: Patienten mit einem CRPC und einer primären Chemotherapie sollten in Studienprotokollen behandelt werden.	

7.4 Pathologie PCA	
<i>Bei Vorliegen einer QM-System Zertifizierung oder einer DAkkS-Akkreditierung entfällt die Beschreibung der nachfolgenden Kriterien</i>	
Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
7.4.1 Anzahl der Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • mind. 1 Facharzt • Vertretungsregelung • Beschreibung der speziellen Kenntnisse in der Befundung der Histologie von Prostatagewebe • Curriculum des verantwortlichen FA • Qualifizierte Vertretungsregelung 	Namentliche Nennung Namentliche Nennung

<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der Schnellschnittdiagnostik innerhalb von 30 Min. 	
<p>7.4.2 Histologische Beurteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prostatagewebsproben • Lymphknotenhistologie • Gewebsbeurteilung aus anderen Körperregionen 	
<p>7.4.3 Anforderungen an Biopsieberichte</p> <p>Pathologieberichte von Stanzbiopsien müssen folgende festgelegte Parameter enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gleason für jede Biopsie einzeln (entsprechend des modifizierten Gleason-Gradings der aktuellen ISUP-Leitlinie (2005/2014)) • Angaben zur Ausdehnung in der Biopsie (Vol%, mm) • Anzahl der pos. Biopsien • Lokalisation aller Biopsien • Möglichkeit zur Durchführung immunhistochemischer Untersuchungen (Basalzellkeratine, p63, PSA, Racemase) • Einteilung des Prostatakarzinoms und seiner Varianten gemäß der aktuellen WHO-Klassifikation. 	<p>Dokumentation in Prostaweb/UroCloud</p>
<p>7.4.4 Anforderungen an Aufarbeitung und Befundbericht zur radikalen Prostatovesikulektomie</p> <p>(entsprechend der aktuellen ISUP-Leitlinien)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Farbmarkierung der Absetzungsränder mit Tusche seitengesondert mit mindestens 2 Farben • Getrennte sagittale Aufarbeitung der Absetzungsränder am Apex und Blasenboden • Aufarbeitung in 3-5 mm dicken Scheiben und Kompletteinbettung nach vollständiger Fixation • Pathologieberichte von Prostatapräparaten müssen folgende festgelegte Parameter enthalten: <ul style="list-style-type: none"> ○ Angabe der Karzinomlokalisierung und der semiquantitativ geschätzten Tumorausdehnung (% des befallenen Parenchyms oder max. Tumorausdehnung in mm) ○ Angabe der pT-Kategorie ○ Angabe der Lokalisation der extraprostatatischen Ausdehnung ○ Angabe des R-Status mit Ort der Randbeteiligung sowie Ausdehnung des positiven Absetzungsrandes bei R1 und minimaler Abstand zum Rand bei R0 ○ Gleason Score ○ Angabe einer Lymphangiosis carcinomatosa (L1), Hämangiosis carcinomatosa (V1) und Perineuralscheideninfiltration (Pn1). • Bei Lymphadenektomie getrennte Beurteilung der Lymphknoten nach Regionen und vollständige Einbettung aller erkennbaren Lymphknoten • Angabe der Zahl befallener Lymphknoten und Zahl untersuchter Lymphknoten sowie Angabe des Durchmessers der größten Metastase 	<p>Dokumentation in Prostaweb/UroCloud</p>
<p>7.4.5 Organisation der Aus- und Weiterbildung für das ärztliche Personal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualitätszirkel: mind. 2mal pro Jahr • Regelmäßige fachbezogene Fortbildungen zum Thema Prostata sollten durchgeführt werden • Referenzpathologe sollte zur Verfügung stehen 	

7.4.6 Anzahl der Prostatakarzinomfälle mind. 50 prä- und 50 posttherapeutische Fälle/Jahr	Nachweis aus Journal
7.5 Qualitätsparameter PCA	
Kriterium in Verbindung mit 6.ff	Erläuterungen/ Erfüllung
7.5.1 Ergebnisqualität nach Active Surveillance <ul style="list-style-type: none"> • Dauer der AS • Grund für den Abbruch der Strategie • Erfassung des Behandlungs-Outcome 	Dokumentation in Prostaweb/UroCloud
7.5.2 Ergebnisqualität nach RP <ul style="list-style-type: none"> • R1 Resektionsraten bei pT2 c/pN0 oder Nx M0 Patienten sollten max. 10% betragen • Pelvine LA nach S3-LL PCa 5.31-5.34 • Mindestens 10 LK (S3-LL PCa 5.34) • Transfusionshäufigkeit < 5% • Erfassung des Behandlungs-Outcome • Inkontinenzrate im Follow-up, Kriterium: ICIQ • Impotenzrate im follow-up, Kriterium: IIEF • Postoperative Morbidität: Bezugsgröße ist die Zahl der RPX /Jahr • Revisionsoperationen aufgrund von intra- bzw. postoperativen Komplikationen innerhalb der ersten 90 Tage postoperativ in der eigenen Einrichtung (maximal 5%). Die Revisionen müssen spezifiziert (Nachblutung, Darmverletzung, Harnleiterverletzung o.a.) sein. • Nerverhaltende OP erwünscht bei geeigneten Patienten (IIEF>22) • Postoperative Wundinfektionen: max. 5% 	Dokumentation in Prostaweb/UroCloud Dokumentation im follow-up
7.5.3 Ergebnisqualität nach Radiatio <ul style="list-style-type: none"> • Morbidität: <5% III/IV RTOG Spätfolgen an Blase und Rektum • „Lost to follow up“: <25% • Permanente Seedimplantation: D90 >130 Gy bei mehr als 90% der Patienten (Nachplanung erforderlich) • Erfassung des Behandlungs-Outcome nach ICHOM Parametern und PROM 	
7.5.4 Ergebnisqualität nach medikamentöser Tumorthherapie <ul style="list-style-type: none"> • Dauer und Art der Therapie • Zeit bis zum biochemischen Rezidiv • PCA-spezifische und Gesamtüberlebenszeit • Erfassung des Behandlungsergebnisses nach ICHOM Parametern und PROM 	Dokumentation in Prostaweb/Urocloud
7.5.5 Ergebnisqualität allgemein <ul style="list-style-type: none"> • PSA-rezidivfreie Überlebenszeit, DFS (Disease Free Survival) • Dokumentation der NICHT-Tumorbedingten Mortalität • Anteil und Zeitpunkt der Rezidive je Stadium und Therapieart • Zeitpunkt der Fernmetastasen • OAS (Overall Survival) • Lebensqualität (LQ) 	Dokumentation in Prostaweb/UroCloud

8. Anforderung für das benigne Prostatasyndrom (BPS)	
8.1 Diagnostik BPS	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
8.1.1 Vorhalten aller diagnostischen Standards <ul style="list-style-type: none"> • Diagnostik gemäß Leitlinie zur Diagnostik und Differentialdiagnostik des BPS • Ausschluss einer signifikanten Obstruktion • Uroflowmetrie ist fester Bestandteil der Diagnostik, Nachweis der Dokumentation • Vorhalten eines urodynamischen Arbeitsplatzes 	Dokumentation in Prostaweb/Urocloud
8.1.2 PSA-Diagnostik <ul style="list-style-type: none"> • Kennzeichnung der im Zentrum verwendeten Assays • Ggf. Adaptation an normierte Verfahren (z.B. Abbott) • Beschreibung der Probenaufbereitung und des Probenversandes • obligate Bestimmung von Gesamt-PSA (tPSA) • fakultative Bestimmung von freiem PSA (fPSA) und Berechnung des PSA-Quotienten oder fakultative Bestimmung des komplexierten PSA (cPSA) 	

8.2 Operative Therapie BPS	
Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
8.2.1 Indikationsstellung nach S2e-LL BPS-Therapie (in Überarbeitung) <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentation der Indikationsstellung • Neben der TUR-P muss mind. eine alternative nichtmedikamentöse Therapie angeboten werden 	Umsetzung in VA beschreiben Dokumentation in Prostaweb/UroCloud
8.2.2 Operative Techniken <ul style="list-style-type: none"> • Auflistung der im Zentrum angebotenen OP-Techniken • Therapiefälle >20 /Jahr/Operateur inklusive Seniorassistenz • Fallzahl der operativen Therapie getrennt nach OP-Technik/Jahr/ Operateur 	
8.2.3 Dokumentation Alle operativen BPS-Fälle	Dokumentation in Prostaweb/UroCloud

8.3 Qualitätsparameter BPS	
Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
8.3.1 Ergebnisqualität <ul style="list-style-type: none"> • Therapieendpunkte nach operativer Therapie (IPSS, IIEF, Qmax, Prostata-Vol., Restharn) • Inkontinenz nach Therapie, objektiviert durch 24h Pad-Test nach ICS-Kriterien • Impotenz nach Therapie gemäß der Einteilung nach Porst • Transfusionsraten bei operativer Therapie <10% • Re-Interventionsrate <10% nach 6 Mo, 1, 2 und 5 Jahren und Grund der Re-Intervention • Re-Therapie (Art und Dauer) 	Dokumentation in Prostaweb/UroCloud

8.3.2 Dokumentation der Ergebnisse (siehe 6.3)	
---	--

9. Anforderung für chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom (CP/CPPS)

9.1 Diagnostik CP/CPPS

Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
9.1.1 Einhaltung der diagnostischen Standards <ul style="list-style-type: none"> • Gebrauch der NIH-Klassifikation der Prostatitis • Anwendung der 2-Gläser-Probe (Prä- und Post-Massagetest) • Gebrauch des NIH Chronic Prostatitis Symptom Index (NIH-CPSI) • Gebrauch einer Phänotypisierungsstrategie ist zu empfehlen (z.B. UPOINTS-Typisierung) 	Umsetzung in VA beschreiben

9.2 Therapie CP/CPPS

Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
9.2.1 Behandlung entsprechend der NIH-Klassifikation der Prostatitis <ul style="list-style-type: none"> • Therapie nach den EAU-Empfehlungen 2015 • Individualisierte, Phänotyp orientierte Therapie 	Umsetzung beschreiben
9.2.2 Behandlungsergebnis Auf Basis der Diagnose z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Geheilt • Gebessert • Übergang Chronisch • Rezidivierend • Unverändert zum Initialstatus 	Anzahl Dokumentation in prostaweb/UroCloud

9.3 Qualitätsparameter Prostatitis

Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
9.3.1 Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Dokumentationsverfahren /-Beauftragter • Anzahl der CP/CPPS-Fälle nach NIH-Klassifikation pro Zentrum: • >10 (Gesamtzentrumszahl) bei Erstzertifizierung • >50 (Gesamtzentrumszahl) bei Re-Zertifizierung • 5 bei Mindestmengenentscheidung (siehe 6.3.) 	Anzahl Dokumentation in Prostaweb/UroCloud
9.3.2 Vorhalten eines CP/CP PS-Beauftragten im Zentrum (Facharzt) <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der Kooperation mit einem schmerztherapeutisch kundigen Arzt 	Namentliche Nennung

Stammblatt

Name des Prostatazentrums:

Anschrift:

Leitung, Koordination, QMB (Name, Anschrift, E-Mail, Telefon)

Leitung (stationär): _____

Leitung (ambulant): _____

Koordination (stationär): _____

Koordination (ambulant): _____

QMB (stationär): _____

QMB(-s) (ambulant): _____

Kooperationspartner des Prostatazentrums:

	Kooperationspartner	Anschrift, Telefon,e-Mail, ggf. Web-Adresse	Zugeordnete Leistung
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			

	Kooperationspartner	Anschrift, Telefon,e-Mail, ggf. Web-Adresse	Zugeordnete Leistung
H			
I			
J			
K			
L			
M			
N			