

Anlage III

Checkliste zur Abfrage der Qualitätskriterien zum Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Enukleation der Prostata mittels Thulium-Laser (TmLEP) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)

Selbsteinstufung:

Die medizinische Einrichtung _____ in _____

erfüllt die Voraussetzungen für die Erbringung der folgenden Methode:

Thulium-Laserenukleation (TmLEP)

Allgemeiner Hinweis:

Sämtliche Unterlagen, die notwendig sind, um die Richtigkeit der nachfolgenden Angaben beurteilen zu können, sind bei Prüfungen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vor Ort vorzulegen.

A Anforderungen an die Strukturqualität

Es dürfen nur Ärztinnen und Ärzte das in § 1 Absatz 1 genannte Verfahren erbringen, die über folgende Qualifikationen verfügen:

<ul style="list-style-type: none">abgeschlossene Weiterbildung zur Fachärztin/zum Facharzt für Urologie	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none">Nachweis von Kenntnissen und Erfahrung in der Patientenbehandlung mit dem betreffenden Verfahren. Dazu hat die Urologin/der Urologe zu belegen, das jeweilige Verfahren in mindestens 50 Fällen selbständig erfolgreich angewendet zu haben. Alternativ wird als hinreichende Qualifikation anerkannt, wenn die Urologin/der Urologe nachweist, dass von den geforderten 50 Eingriffen 30 in Form der Holmiumlaser-Enukleationen selbständig erfolgreich erbracht wurden.	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>

B Anforderungen an die Dokumentation

Folgende Parameter werden präoperativ in der Krankenakte dokumentiert:

<ul style="list-style-type: none">Diagnose, die zum Einsatz des Verfahrens geführt hat	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none">Anamnese (insbesondere Harnverhalt, rezidivierende Harnwegsinfekte, Makrohämaturie)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none">Standardisierter Symptomscore (z. B. IPSS)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none">Ergebnisse der Harnstrahlmessung (falls nicht möglich Angabe von Gründen)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none">Ergebnisse der sonographischen Bestimmung des Restharns (falls nicht möglich Angabe von Gründen)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>

Bei Entlassung aus dem Krankenhaus oder ggf. nachstationärer Untersuchung werden dokumentiert:

<ul style="list-style-type: none">Standardisierter Symptomscore (z. B. IPSS)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none">Ergebnisse der Harnstrahlmessung (falls nicht möglich Angabe von Gründen)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none">Ergebnisse der sonographischen Bestimmung des Restharns (falls nicht möglich Angabe von Gründen)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>

C Anforderungen an optional durchzuführende Verlaufskontrollen und deren Dokumentation

C.1 Durchzuführende Nachfolgeuntersuchungen

Folgende Untersuchungen werden zu den vertraglich vereinbarten Terminen durchgeführt:

• Harnstrahlmessung	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
• Sonographische Bestimmung des Restharns	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>

C.2 Anforderungen an die Dokumentation der Verlaufskontrollen

Zu allen vom jeweiligen Krankenhaus mit einem der in § 1 Absatz 1 Anlage I genannten Verfahren behandelten Patienten werden zu den von den Vertragsparteien vor Ort vereinbarten Verlaufskontrollen folgende Parameter in der Krankenakte dokumentiert:

• Standardisierter Symptomscore (z. B. IPSS)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
• Ergebnis der Harnstrahlmessung (falls nicht möglich Angabe von Gründen)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
• Ergebnis der sonographischen Bestimmung des Restharns (falls nicht möglich Angabe von Gründen)	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
• Auftreten eines Harnverhalts	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>
• Reinterventionen unter Angabe der Verfahren	trifft zu <input type="radio"/>	trifft nicht zu <input type="radio"/>

D Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt:

Ort Datum Ärztliche Leitung der leistungserbringenden Abteilung

Ort Datum Geschäftsführung oder Verwaltungsdirektion des Krankenhauses