

## Anlage III

**Checkliste zur Abfrage der Qualitätskriterien zum  
Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der  
Kontakt-Laserablation (CLAP), Visuelle Laserablation (VLAP), Photoselektive Vaporisation (PVP), Thulium-Laserresektion  
(TmLRP), Transurethrale Mikrowellen Thermotherapie (TUMT) zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (BPS)**

**Selbsteinstufung:**

Die medizinische Einrichtung \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

**erfüllt die Voraussetzungen für die Erbringung der folgenden Methoden:**

**(Mehrfachnennungen sind möglich):**

- Kontakt-Laserablation (CLAP)**
- Visuelle Laserablation (VLAP)**
- Photoselektive Vaporisation (PVP)**
- Thulium-Laserresektion (TmLRP)**
- Transurethrale Mikrowellen Thermotherapie (TUMT)**

**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 eines der in § 1 Absatz 1 genannten Verfahren erbringen, die über folgende Qualifikationen verfügen:

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

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

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