

URO-Cert Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.

Erhebungsbogen für Kompetenzzentrum Prostata

Version 6.2
20.12.2024

Inhaltsverzeichnis

Inhalt

URO-Cert Verband urologischer Kompetenzzentren e.V.....	1
Zertifizierungsablauf:.....	3
1. Strukturelle Voraussetzungen für ein Prostatazentrum.....	4
2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Fallzahlen	4
3. Behandlungsdokumentation	5
4. Anforderungen für das Prostatakarzinom	6
5. Anforderung für das benigne Prostatasyndrom (BPS)	13
6. Anforderung für chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom (CP/CPPS).....	15

Erhebungsbogen für URO-Cert Kompetenzzentrum Prostata

Zertifizierungsablauf:

Die empfohlene Vorgehensweise zur Bildung und Zertifizierung eines URO-Cert Kompetenzzentrums ist in den **Generellen Anforderungen** beschrieben

Genutzte Quellen:

- S3-Leitlinie Prostatakarzinom, **Version 7.0 - Mai 2024**, AWMF-Registernummer 043 - 022OL
- Evidenzbasierte S2e-Leitlinie **Diagnostik und Therapie des Benignen Prostatasyndroms** (BPS), 28.02.2023, AWMF-Register 043 – 034
- S3-Leitlinie Epidemiologie, Diagnostik, Therapie, Prävention und Management unkomplizierter, bakterieller, ambulant erworbener Harnwegsinfektionen bei Erwachsenen (HWI) Aktualisierung 2024 Registernummer: 043-044 Langversion 3.0 - Stand April 2024
- EAU Guidelines on "Management of Non-Neurogenic Male Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS), incl. Benign Prostatic Obstruction (BPO)"
- EAU Guidelines on "Chronic Pelvic Pain"
- Male Lower Urinary Tract Dysfunction - Expertenkonsens der ICUD-Gruppe 2006
- Forderungen aus der „Arbeitsgruppe Zertifikatentwicklung“ des URO-Cert Verbandes der urologischen Kompetenzzentren e.V. und Anregungen zertifizierter URO-Cert-Prostatazentren
- Erhebungsbogen für Prostatakarzinomzentren der DKG/**OnkoZert**

Hinweis

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

1. Strukturelle Voraussetzungen für ein Prostatazentrum	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
1.1 Leitlinienumsetzung - Anwendung der Leitlinien für PCA und BPS In den jeweils gültigen aktuellen Versionen sowie - Anwendung der Empfehlungen des Expertenkonsenses für Prostatitis	
1.2 Spezifische personelle Voraussetzungen Anzahl der Fachärzte in Tätigkeit für das Kompetenzzentrum Prostata - Anzahl der speziell ausgebildeten Operateure für die radikale Prostatektomie (RP) 25 RP/Facharzt/Jahr als Operateur bzw. Seniorassistent 20 OPs/ Facharzt/ als Operateur bzw. Seniorassistent für TUR-P/ Vaporisation/HoLEP u.a. Beschreibung der speziellen Ausbildung dieser Operateure - Die rad. Prostatektomie soll nur unter der Leitung eines erfahrenen Operateurs durchgeführt werden (s. S3-LL PCa Nr. 6.17) - Als Grundvoraussetzung gelten 100 selbstständig durchgeführte Operationen	Anzahl: Namentliche Nennung Anzahl: Namentliche Nennung
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:
2.2 Einweisung eines Patienten in Kompetenzzentrum - Anlegen eines Behandlungsplans auf Basis der Befunde (Biopsie, PSA, Therapievorschlag) - Pat.-Gespräch anbieten und durchführen (ggf. interdisziplinär) - Behandlungsplan ergänzen - Vergabe OP-Termin - Strahlentherapieplanung	
2.3 Interdisziplinäre Indikationskonferenzen über PCa-Patienten Obligatorisch für:	Nachweis führen

▪ Alle Primärfälle mit diskussionswürdiger Histologie (>pT3a, R1, pN+); ▪ alle Rezidive oder ▪ metastasierte Patienten ▪ Mind. 10 Pat. mit kastrationsresistentem PCa / Jahr • Teilnehmer: Urologe, Strahlentherapeut, Onkologe/Facharzt mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie Pathologe sowie bedarfsweise weitere Fachdisziplinen (Radiologie, Nuklearmedizin Psychoonkologie, Sozialarbeit, Pflege) und in der Palliativsituation tätige Fachrichtungen (Neurologie, Neurochirurgie, Chirurgie, Schmerztherapie, Orthopädie) • Zugang von Pat. zur prätherapeutischen Konferenz Ergänzende Anforderungen beachten, siehe Ziffer 2.2 in EB gA	Beschreiben, wie ein Pat. zur prätherapeutischen Konferenz, bzw. in einer Spezial-Sprechstunde vorgestellt wird (VA)
3. Behandlungsdokumentation	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
3.1 Tumordokumentation • Bei PCa: einheitlicher onkologischer Basisdatensatz von ADT und GEKID einschließlich des Moduls zum Prostatakarzinom • Benennung eines Dokumentationsbeauftragten mit Verantwortung für die Tumordokumentation sowie für die Meldung an das Landeskrebsregister • Die URO-Cert-Cloud bietet umfangreiche Selektionsoptionen und erlaubt über die Funktion „Generische Auswertungen“ die für die Auditierung erforderlichen Daten zu generieren • Erfassung der ICHOM Parameter und PROM erwünscht	Dokumentation der Basisdaten in der von URO-Cert empfohlenen cloud-basierten Datenbankplattform Namensangabe; VA für Aufgabenbereich erstellen
3.2 Umfang der Behandlungsdokumentation • Bei Erstzertifizierung müssen bereits ein Drittel der geforderten Fälle in der Dokumentation vorliegen • PCa: Pat. mit Diagnose PCa sollen nach Möglichkeit eingewiesen werden, ihre Krankheitsverläufe unter Verwendung spezifischer Nachsorgebögen eigenhändig zu dokumentieren • BPS: alle operativen Fälle • Alle Prostatitisfälle Mindestmengen-Dokumentation • Optiert das Zentrum für Mindestmengen-Dokumentation, sind pro Praxis jährlich folgende Fallzahlen zu dokumentieren: ▪ 20 Patienten mit BPS unter medikamentöser Therapie ▪ 10 Patienten mit BPS nach instrumenteller Therapie ▪ 10 Patienten mit PCa nach definitiver Therapie (RPE, RT, AS,...) ▪ 10 Patienten mit PCa unter systemischer Therapie (LHRH, Chemo) ▪ 5 Patienten mit Prostatitis	Dokumentation

[illegible]

• 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 < 1 ng/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	
4.1.6 Radiologie • Mindestens 1 Facharzt für Radiologie, • Schriftliche Vertretungsregelung • Vorzuhalten sind: ▪ Konvent. Röntgengerät ▪ Spiral- CT (Staging von Fernmetastasen) ▪ Sonographie (auch transrektal) ▪ mp-MRT (1,5 oder 3 Tesla) zum Staging ▪ standardisierter Befundbericht – möglichst nach 48 h	Namentliche Benennung VA zu Durchführung und Befundung
4.2 Therapie PCa	
4.2.1 Konservative Therapie	
4.2.1.1 Active Surveillance (S3-LL PCa, Kap. 6.2, s. auch Abbildung 1 Flussdiagramm Aktive Überwachung, S.44) • 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
4.2.1.2 Watchful Waiting (S3-LL PCa, Kap. 6.7, Empfehlungen Nr. 6.74, 6.75) • Anzubieten bei Lebenserwartung unter 10 Jahren bei lokal begrenztem PCa • Dokumentation der Fälle in WW	Umsetzung beschreiben
4.2.2 Operative Therapie	
4.2.2.1 Information des Patienten • Der Patienten ist im Rahmen eines Gesprächs hinreichend über Diagnose und die geplante Therapie zu informieren • Alternative Therapieoptionen sind aufzuzeigen • Einholen einer Zweit-Meinung ist anzubieten	VA zur Beschreibung des Vorgehens erstellen

• Führen eines Entlassungsgespräches obligatorisch • Nachweis führen durch Protokoll/Aufzeichnung	
4.2.2.2 Beschreibung der vorgehaltenen OP-Verfahren (z.B. Roboter, Lap., offene RP, HiFu) im Handbuch des Zentrums • Zuordnung der Operateure bei mehreren Techniken • Abbildung der Verfahren im gem. Zentrumshandbuch bzw. Durchführung gemäß der gültigen Leitlinie • Wenn möglich soll eine nerverhaltende OP angeboten werden • mindestens 1 OP-Saal für Prostataoperationen regelmäßig verfügbar • Postoperative Versorgung • operative Notfallversorgung über 24h muss gegeben sein	Umsetzung beschreiben Post-operative Versorgung in VA beschreiben
4.2.2.3 Therapiefälle PCa-Operationen • 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 werden • Alternativ kann die Erfahrung aus der operativen Lebensleistung herangezogen werden. Diese muss mindestens 500 rad. Prostatektomien beinhalten, bei akzeptablen Benchmark Parametern Voraussetzung: Die Mindestzahl von 25 Operationen kann nur bei einem positivem Audit-Ergebnis anerkannt werden	Dokumentation in gemeinsamer Datenbank-plattform
4.2.3 Strahlentherapie <i>Bei Vorliegen einer QM-System- oder Joint Commission-Zertifizierung ist zu beschreiben, wie die Anforderungen der Fachgesellschaften erfüllt werden; die Beschreibung/Aufführung und Erfüllung der von den QM-Systemen geforderten Kriterien (4.2.3.1. bis 4.2.3.5) entfällt.</i>	
4.2.3.1 Beschreibung der Bestrahlungstechniken • Strahlentherapie im kurativen definitiven Setting mindestens 74 bis ≤ 80 Gy (S3-LL PCa, Empfehlung Nr. 6.18 -6.24 sowie Nr. 6.51 - 6.56). Eine perkutane dosiseskalierte Bestrahlung soll in bildgeführter IMRT/VMAT-Technik erfolgen. (IMRT/IGRT: Cone-beam CT, Gold Seeds als Fiducial Marker) Radiatio der Lymphabflußwege ist optional • 3D percutane Radiotherapie mit >72 Gy bei Patienten mit Niedrigrisiko PCa soll ebenfalls in IMRT/VMAT erfolgen. Modifikation der Therapie bei mittlerem und hohem Risiko (S3-LL PCa, Empfehlung Nr. 6.22) • LDR-Brachytherapie bei niedrigen Risikoprofil des lokal begrenzten PCA oder HDR-Brachytherapie kann (auch in Kooperation möglich) angeboten werden nach S3-LL PCa, Kap. 6.3.3.1 und 6.3.3.2) • LDR-Brachytherapie soll die G-BA-Voraussetzungen erfüllen. • In einem Zentrum ist eine Kooperation von bis zu 2 Strahlentherapien zulässig, wenn jede Strahlentherapie ihre Expertise nachweist.	

4.2.3.2 Durchführung der Strahlentherapie • Mindestens 1 Facharzt oder entsprechend der Vorgabe der Fachgesellschaft pro Beschleuniger • Qualifizierte Vertretungsregelung • Insgesamt 50 Fälle pro Jahr (definitiv oder postoperativ; primär/ sekundär) incl. Metastasen-Bestrahlung. Die Anzahl der Prostatakarzinom-Fälle insgesamt ist relevant. 100 Fälle pro Prostatazentrum (keine Vorgaben zur Risikostratifizierung). Keine Vorgaben zur Anzahl der Primärfälle mit definitiver Strahlentherapie • Die Salvage-RT (SRT) sollte bei einem PSA < 0,5 ng/ml erfolgen (70 % der Fälle) • Bei Strahlentherapie und hormonablativer Therapie eines lokal begrenzten PCa mit mittlerem und hohem Risiko sollte der Anteil der Patienten mit zusätzlicher adjuvanter Therapie bei 70 % liegen • LDR-Brachytherapie: Die Durchführung dieser Therapieform ist optional. Wird die Technik durchgeführt, dann sollte die D 90 über 130 Gy liegen (> 90 % d. Fälle). Post-Interventionelle Kontrollen sind für den Fall der Durchführung verpflichtend. • HDR- Brachytherapie: Die Durchführung dieser Therapieform ist optional. • Für alle Verfahren gilt: Durchführung nach Empfehlung der aktuellen S3-LL sowie der Qualitätssicherungs-Richtlinien des G-BA • Die unerwünschten Nebenwirkungen ≥ 3 RTOG müssen dokumentiert werden. • Behandlungsbaum im Zentrumshandbuch	Namentliche Nennung Namentliche Nennung Dokumentation
4.2.3.3 Organisation der Aus- und Weiterbildung des medizinischen und des ärztlichen Personals • Qualitätszirkel: mindestens 4 Mal pro Jahr. Zwei davon können übergreifend auch in anderen Organkrebszentren erfolgen. • Regelmäßige fachbezogene Fortbildungen.	
4.2.3.4 Nachsorge nach Strahlentherapie • Dokumentation der Nachsorge nach Vorgaben der deutschen Gesellschaft für Strahlentherapie (DEGRO). • Gewährleistung von regelmäßigen Toxizitätskontrollen beim Radioonkologen für mindestens 5 Jahre (Richtlinie Strahlenschutz in der Medizin)	Dokumentation in
4.2.3.5 Palliative Strahlentherapie von Knochenmetastasen: (S3-LL PCa, Empfehlung Nr. 7.61) Die Indikation zur Bestrahlung von Knochenmetastasen besteht bei: • Schmerzen • drohender Stabilitätsgefährdung • drohender Neurologie/Querschnittlähmung • drohender Neurologie/Querschnittlähmung ▪ primäre chirurgische Dekompression mit anschließender Radiotherapie ▪ Alternativ primär osteosynthetische Versorgung	

Seite **10** von 15

• Basisdiagnostik und Notfalllabor muss 24 h möglich sein. Kooperation für sonographische und radiologische Notfall- und Routinediagnostik • Zytostatika Zubereitung: Die Herstellung findet unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben in einer Apotheke statt. Soweit diese nicht der Einrichtung angehört, muss ein Versorgungsvertrag geschlossen werden. Die Rücksprache mit der Apotheke muss während der Zeit, in der die Therapie appliziert wird, möglich sein. 24-Stunden Rufbereitschaft bei stationären Pat. erforderlich. • Schemata für systemische Therapie: Die Erstellung / Änderung bestehender Therapieschemata hat durch eine geregelte Freigabe zu erfolgen. Vor Freigabe oder Änderung der Therapieschemata kann die Expertise der Apotheker eingeholt werden. Die Therapieschemata sind vor unbeabsichtigter Veränderung zu schützen. Die Therapieschemata sind zwischen den ambulanten und stationären Einheiten vergleichbar. • Therapiepläne: Jede Planung einer systemischen Therapie hat nach einem Therapieschema zu erfolgen. Die Therapieplanung ist zu überprüfen und freizugeben. • Mitarbeit in Kernteams nach ASV erwünscht	
4.3.2 Zusammenarbeit mit einer Palliativstation resp. Hospizeinrichtung • 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 gemeinsamer Datenbankplattform
4.4 Pathologie PCA <i>Bei Vorliegen einer QM-System Zertifizierung oder einer DAkkS-Akkreditierung entfällt die Beschreibung der nachfolgenden Kriterien</i>	
4.4.1 Anzahl der Fachärzte • mind. 1 Facharzt • Vertretungsregelung • Beschreibung der speziellen Kenntnisse in der Befundung der Histologie von Prostatagewebe • Curriculum des verantwortlichen FA • Qualifizierte Vertretungsregelung • Möglichkeit der Schnellschnittdiagnostik innerhalb von 30 Min.	Namentliche Nennung Namentliche Nennung
4.4.2 Histologische Beurteilung • Prostatagewebsproben • Lymphknotenhistologie • Gewebsbeurteilung aus anderen Körperregionen	
4.4.3 Anforderungen an Biopsieberichte, s. auch s3 LL PCa Pathologieberichte von Stanzbiopsien müssen folgende festgelegte Parameter enthalten: • Gleason für jede Biopsie einzeln (entsprechend des modifizierten Gleason-Gradings der aktuellen ISUP-Leitlinie (2005/2014/2017))	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform

• 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.	
4.4.4 Anforderungen an Aufarbeitung und Befundbericht zur radikalen Prostatovesikulektomie (entsprechend der aktuellen ISUP-Leitlinien) • Farbmarkierung der Absetzungsränder mit Tusche seitengetreunt 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: ▪ 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	
4.4.5 Organisation der Aus- und Weiterbildung für das ärztliche Personal • Qualitätszirkel: mind. 2 Mal pro Jahr • Regelmäßige fachbezogene Fortbildungen zum Thema Prostata sollten durchgeführt werden • Referenzpathologe sollte zur Verfügung stehen	
4.4.6 Anzahl der Prostatakarzinomfälle mind. 50 prä- und 50 posttherapeutische Fälle/Jahr	Nachweis aus Journal
4.5 Qualitätsparameter PCA	
4.5.1 Ergebnisqualität nach Active Surveillance • Dauer der AS • Grund für den Abbruch der Strategie	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform

Erfassung des Behandlungs-Outcomes	
4.5.2 Ergebnisqualität nach RP - R1 Resektionsraten bei pT2 c/pN0 oder Nx M0 Patienten sollten max. 10% betragen - Pelvine LA nach S3-LL PCa Nr. 6.31.-6.34. - Mindestens 10 LK (S3-LL PCa Nr. 6.34.) - Transfusionshäufigkeit < 5% - Erfassung des Behandlungs-Outcomes - 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. - nervverhaltende OP erwünscht bei geeigneten Patienten (IIEF>22) - Postoperative Wundinfektionen: max. 5%	Dokumentation in gemeinsamer Datenbank-plattform Dokumentation im follow-up
4.5.3 Ergebnisqualität nach Radiatio - 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	
4.5.4 Ergebnisqualität nach medikamentöser Tumorthherapie - Dauer und Art der Therapie - Zeit bis zum biochemischen Rezidiv - PCA-spezifische und Gesamtüberlebenszeit - Erfassung des Behandlungsauscomes nach ICHOM Parametern und PROM	Dokumentation in gemeinsamer Datenbank-plattform
4.5.5 Ergebnisqualität allgemein - PSA-rezidiv freie Überlebenszeit, DFS (Disease Free Survival) - Dokumentation der NICHT-Tumor bedingten Mortalität - Anteil und Zeitpunkt der Rezidive je Stadium und Therapieart - Zeitpunkt der Fernmetastasen - OAS (Overall Survival) - Lebensqualität (LQ)	Dokumentation in gemeinsamer Datenbank-plattform
5. Anforderung für das benigne Prostatasyndrom (BPS)	
Kriterium	Bearbeitungshinweise
5.1 Diagnostik BPS	

5.1.1 Vorhalten aller diagnostischen Standards • 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 gemeinsamer Datenbankplattform
5.1.2 PSA-Diagnostik • 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)	
5.2 Operative Therapie BPS	
5.2.1 Indikationsstellung nach S2e-LL BPS-Therapie (in Überarbeitung) • Dokumentation der Indikationsstellung • Neben der TUR-P muss mind. eine alternative nichtmedikamentöse Therapie angeboten werden	Umsetzung in VA beschreiben Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
5.2.2 Operative Techniken • Auflistung der im Zentrum angebotenen OP-Techniken • Therapiefälle >20 /Jahr/Operator inklusive Seniorassistenz • Fallzahl der operativen Therapie getrennt nach OP-Technik/Jahr/Operator	
5.2.3 Dokumentation Alle operativen BPS-Fälle	Dokumentation in gemeinsamer Datenbankplattform
5.3 Qualitätsparameter BPS	
5.3.1 Ergebnisqualität (stationär bzw. poststationär) • 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 gemeinsamer Datenbankplattform

5.3.2 Dokumentation der Ergebnisse (siehe 3.2 und 6.3 EB generelle Anforderungen)	
6. Anforderung für chronische Prostatitis/chronisches Beckenschmerzsyndrom (CP/CPPS)	
Kriterium	Erläuterungen/ Erfüllung
6.1 Diagnostik CP/CPPS	
6.1.1 Einhaltung der diagnostischen Standards • 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
6.2 Therapie CP/CPPS	
6.2.1 Behandlung entsprechend der NIH-Klassifikation der Prostatitis • Therapie nach den EAU-Empfehlungen 2015 • Individualisierte, Phänotyp orientierte Therapie	Umsetzung beschreiben
6.2.2 Behandlungsergebnis Auf Basis der Diagnose z.B. • Geheilt • Gebessert • Übergang Chronisch • Rezidivierend • Unverändert zum Initialstatus	Anzahl Dokumentation in gemeinsamer Datenbank-plattform
6.3 Qualitätsparameter Prostatitis	
6.3.1 Dokumentation • 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 3.2)	Anzahl Dokumentation in gemeinsamer Datenbank-plattform
6.3.2 Vorhalten eines CP/CPPS-Beauftragten im Zentrum (Facharzt) • Möglichkeit der Kooperation mit einem schmerztherapeutisch kundigen Arzt	Namentliche Nennung