

Anlage II

Checkliste zur Abfrage der Qualitätskriterien zum „Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei Protonentherapie des Prostatakarzinoms“

Selbsteinstufung:

Die medizinische Einrichtung _____ in _____

Erfüllt die Voraussetzungen für die Erbringung der „Protonentherapie beim Prostatakarzinom“

Allgemeine Hinweise:

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.

Mit den in diesem Dokument verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig beide Geschlechter gemeint.

Abschnitt A. Anforderungen an die Strukturqualität gemäß § 3 Abs. 1

A1. Qualifikation des ärztlichen Personals

Ein Arzt ist während des Betriebs der Protonenanlage anwesend, der über folgende Qualifikationen verfügt:

- a) Abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt/Fachärztin für Strahlentherapie¹ Ja Nein
- b) Nachweis der Fachkunde Teletherapie nach Strahlenschutzverordnung Ja Nein
- c) Erfahrungen mit der Protonentherapie und der Behandlung des Prostatakarzinoms durch
 - Nachweis mindestens einjähriger Erfahrung als Facharzt/Fachärztin in der konventionellen Strahlentherapie von Patienten mit Prostatakarzinom inklusive konformaler Strahlentherapie und Brachytherapie Ja Nein
 - Nachweis von Kenntnissen und mindestens einjähriger Erfahrung in der Patientenbehandlung mit der Protonen- oder Schwerionentherapie von tiefliegenden Tumoren Ja Nein

A2. Qualifikation des nicht-ärztlichen Personals

Ein Medizinphysikexperte ist während des Betriebs der Protonenanlage anwesend, der über folgende Qualifikationen verfügt:

- Fachanerkennung durch die Deutsche Gesellschaft für Medizinphysik (DGMP) oder vergleichbarer Qualifikation, der Strahlenschutzbeauftragter für die Protonentherapie ist Ja Nein
- Nachweis von mindestens einjähriger Erfahrung in der medizinischen Anwendung der Protonen - oder Schwerionentherapie bei tiefliegenden Tumoren Ja Nein

¹ Entsprechende Qualifikationen nach Musterweiterbildungsordnung sind ebenfalls von dieser Regelung umfasst.

A3. Anforderungen an das Krankenhaus

Das Krankenhaus verfügt über folgende Hauptabteilungen:

- Strahlentherapie/Radioonkologie (inkl. konformaler Photonenbestrahlung und Brachytherapie) Ja Nein
- Urologie (inkl. konservativer und operativer und onkologischer Therapie) Ja Nein
- Radiologie/Radiodiagnostik Ja Nein

Sicherstellung, dass folgende Qualitätsanforderungen regelhaft erfüllt werden:

- Interdisziplinäre Betreuung der Patienten z. B. in einem onkologischen Zentrum Ja Nein
- Wöchentlich stattfindende interdisziplinäre Fallkonferenzen gemäß Anlage I, A3 der Vereinbarung Ja Nein
- Prostatakarzinom-Spezialsprechstunde gemäß Anlage I, A3 der Vereinbarung Ja Nein
- Regelmäßig stattfindende Fortbildungen des ärztlichen und nicht-ärztlichen Personals Ja Nein
- Anwendung der Protonentherapie nach Art und Umfang dem anerkannten und publizierten Stand der Heilkunde und der medizinischen Wissenschaft entsprechend Ja Nein
- Nachweis einer SOP zur Protonenbestrahlung der Prostata, in der prozessspezifische Qualitätsanforderungen niederlegt sind und Definition von messbaren Qualitätszielen zur internen Überwachung der Prozessqualität und deren Veröffentlichung gemäß Anlage I, A3 der Vereinbarung Ja Nein
- Veröffentlichung der gemessenen Qualitätsergebnisse und der wesentlichen Bestandteile der SOP alle zwei Jahre Ja Nein

Abschnitt B. Anforderungen an die Dokumentation gemäß § 3 Abs. 2

Abweichung in insgesamt weniger als 10% der Fälle von den Kriterien:

ja nein

- Stadium cT1/cT2 cN0 M0, cT3 cN0 M0 *und*
- PSA < 50 ug/l

Abschnitt C. Anforderungen an die durchzuführenden Verlaufskontrollen und deren Dokumentation

Durchführung der Nachsorgeuntersuchungen gemäß Anlage I, C1

ja nein

Dokumentation der Verlaufskontrollen gemäß Anlage I, C2

ja nein

Publikation der Ergebnisse der Datenbankauswertung (4 Jahre nach Protonenbestrahlung, im Jahr 2018)

ja nein

Abschnitt D. Unterschriften

Hiermit wird die Richtigkeit der obigen Angaben bestätigt:

Ort Datum Ärztlicher Leiter der leistungserbringenden Abteilung

Ort Datum Geschäftsführer oder Verwaltungsdirektor des Krankenhauses