

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung einer genehmigungspflichtigen Leistung gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS)**

**-nur für belegärztlich tätige Urologen-**

<p><b>Allgemeine Hinweise</b></p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<p><b>Leistungen</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Holmium-Laser Enukleation (HoLEP)</p> <p><input type="checkbox"/> Holmium-Laser Resektion (HoLRP)</p> <p><input type="checkbox"/> Thulium-Laser-Resektion (TmLRP)</p> <p><input type="checkbox"/> Thulium-Laser-Enukleation (TmLEP)</p> <p><input type="checkbox"/> Photoselektive Vaporisation (PVP)</p>
<p><b>Betriebsstätten</b></p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p><b>Folgende Anforderungen nach § 3 werden erfüllt:</b></p> <p>Nachweis über die Durchführung von mindestens 40 Laserbehandlungen bei bPS im beantragten Verfahren, bei Beantragung des Holmium- oder Thulium-Laserverfahrens unter Anwendung resezierender und enukleierender Techniken, unter Anleitung eines Arztes, der mindestens 100 Laserbehandlungen in einem der in der QS-Vereinbarung Laserbehandlungen bei bPS selbstständig durchgeführt und diese zum Zeitpunkt der Anleitung regelmäßig erbracht hat und in dessen Einrichtung mindestens 30 Eingriffe pro Jahr durchgeführt wurden. Der anleitende Arzt muss die selbstständig durchgeführten Leistungen in dem beantragten Verfahren durchgeführt haben. <b>Eine Selbstauskunft des anleitenden Arztes ist mit Antragstellung vorzulegen.</b> <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><b>oder</b></p> <p>Bei Beantragung mehrerer Verfahren: Zeugnis über die Durchführung von mindestens 50 Laserbehandlungen, davon mindestens 10 in jedem beantragten Verfahren, für Holmium- oder Thulium-Laserverfahren unter Anwendung resezierender und enukleierender Techniken. <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><b>oder</b></p> <p>Ärzte, die bereits über eine Genehmigung für eines der Laserverfahren gemäß der Vereinbarung verfügen und die eine Genehmigung für ein weiteres Verfahren beantragen: Zeugnis über 10 unter Anleitung nach § 3 Abs. 1 Nr. 3 der QS-Vereinbarung durchgeführte Laserbehandlungen im beantragten Verfahren. Bei Beantragung des Holmium- oder Thulium-Laserverfahrens unter Anwendung resezierender und enukleierender Techniken. <b>-bitte beifügen-</b></p>
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p><b>Folgende Anforderungen nach § 4 werden erfüllt:</b></p> <p>Der diesem Antrag beigefügten Gerätebogen ist vom Hersteller ausgefüllt und unterschrieben. <b>-bitte beifügen-</b></p> <p>Alle Herstellervorgaben zum Gebrauch und zur Aufbereitung des Systems werden befolgt.</p>
<b>Organisatorische/bauliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>Bei der Anwendung des Lasers werden die entsprechenden Anforderungen gemäß § 4 Abs. 3 an Laser-Behandlungsräume und die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft beachtet.</p> <p><b>Die räumliche Ausstattung gemäß § 4 Abs. 4 umfasst:</b></p> <p>Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion.</p> <p>Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten, Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter, Raum für Putzmittel. Alternativ: Kombination dieser drei Räume.</p> <p>Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten.</p> <p>Aufwachraum für Patienten.</p> <p><b>Apparativ-technische Voraussetzungen:</b></p> <p>Raumoberfläche (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen können problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden, der Fußbodenbelag ist flüssigkeitsdicht.</p>

	<p><input type="checkbox"/> Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung sind vorhanden.</p> <p><input type="checkbox"/> Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen sind vorhanden.</p> <p><input type="checkbox"/> Sämtliche für die Notfallausstattung notwendigen Instrumente (insbesondere manuelle sowie maschinelle Beatmungsmöglichkeit, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator und Pulsoxymetrie), Materialien und Medikamente werden vorgehalten.</p> <p><b>Folgende organisatorische Voraussetzungen gemäß § 5 werden erfüllt:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Bei der ärztlichen Aufklärung des Patienten erfolgen Erläuterungen insbesondere auch über das Risiko einer notwendigen Re-Intervention, unerwünschte Wirkungen, therapeutische Alternativen und Informationen zum natürlichen Verlauf des benignen Prostatasyndroms.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Anwendung fachgerechter Reinigungs- und Sterilisationsverfahren ist sichergestellt.</p> <p><input type="checkbox"/> Die postoperative Nachbeobachtung des Patienten im Aufwachraum wird so lange gewährleistet bis der Patient auf eine geeignete weiterversorgende Station verlegt werden kann.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Nachbeobachtung ist unbeschadet der ärztlichen Präsenz durch die ständige unmittelbare Anwesenheit mindestens einer Fachkraft mit Ausbildung sichergestellt (siehe Personelle Voraussetzungen).</p> <p><input type="checkbox"/> Der Operateur gewährleistet, dass eine der OP-Methode und den individuellen Anforderungen des Patienten entsprechende Nachbeobachtung sichergestellt ist. Im postoperativen Verlauf werden die Patienten für mindestens 24 Stunden beobachtet, insbesondere um eine Vigilanzbeeinträchtigung oder eine interventionsbedürftige Nachblutung zu erkennen.</p> <p><input type="checkbox"/> Die durchgehende Verfügbarkeit eines zur Versorgung von intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Patienten qualifizierten Arztes ist durch einen Anwesenheitsdienst organisiert. Dieser ist zum Führen einer Facharztbezeichnung in einem Fach berechtigt, dessen Weiterbildungsordnung eine Weiterbildungszeit von mind. 6 Monaten im Bereich der Intensivmedizin vorschreibt.</p> <p><input type="checkbox"/> Sofern die Einrichtung nicht über eine Intensivstation verfügt, wird organisatorisch gewährleistet, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische Behandlung des Patienten durch Kooperation mit folgender Zielklinik erfolgt:</p> <p>Name: _____</p> <p>Anschrift: _____</p>
	<p>Die Übergabe des Patienten zur intensivmedizinischen Behandlung in der Zielklinik erfolgt hierbei in der Regel innerhalb von 30 Minuten nach Indikationsstellung:</p> <p>Entfernung zur Zielklinik in km: _____</p> <p>Fahrzeit zur Zielklinik in Minuten: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Die ständige Erreichbarkeit des vollständigen Operationsteams zur Durchführung einer ggf. erforderlichen Nachoperation ist gewährleistet.</p>

<b>Personelle Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>Die Nachbeobachtung gemäß § 5 Abs. 3 ist unbeschadet der ärztlichen Präsenz durch die ständige unmittelbare Anwesenheit mindestens einer Fachkraft mit folgender Ausbildung sichergestellt:</p> <p>Fachgesundheitspfleger (Fachkrankenpfleger) für Anästhesie und Intensivpflege <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><b>oder</b></p> <p>Gesundheits-/Krankenpfleger mit mindestens 3-jähriger Erfahrung im Bereich Anästhesiologie/Intensivmedizin <b>-bitte beifügen-</b></p>
<b>IT Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<p>Es wird regelmäßig für jedes Laserverfahren eine zusammenfassende Jahresstatistik in elektronischer Form nach § 7 erstellt.</p> <p>Die Jahresstatistik wird mit den Angaben nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 10 der QS-Vereinbarung erstellt.</p> <p>Die Übertragung der Daten zur Jahresstatistik erfolgt in einem elektronischen Dokumentationsverfahren gemäß Anlage 1 der QS-Vereinbarung und ist jeweils bis zum 31. März des Folgejahres bei der Datenannahmestelle einzureichen.</p>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	<p>Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a>. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.</p>	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	<p>Ich verpflichte mich, die Indikation und Durchführung der Laserbehandlungen nach § 6 der QS-Vereinbarung zu erfüllen.</p> <p>Ich bin damit einverstanden, dass die KV die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in meiner Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung entsprechen.</p> <p>Ich bestätige, die o. g. Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben.</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt