

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

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)

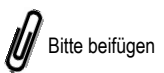
-nur für belegärztlich tätige Urologen-

<p>Ich stelle den Antrag <input type="checkbox"/> für mich</p> <p>Angaben des Antragstellers: (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: _____ Zuname: _____</p> <p>Praxisanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____ Straße: _____</p> <p>LANR: _____ ☎ _____ ☎ _____ @ _____</p>	<p><input type="checkbox"/> für meinen angestellten Arzt¹</p> <p>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</p> <p>Vorname: _____ Zuname: _____</p> <p>Privatanschrift</p> <p>PLZ, Ort: _____ Straße: _____</p> <p>LANR: _____ ☎ _____ ☎ _____ @ _____</p>
--	--

<p>Tätig in: Zulassung <input type="checkbox"/></p> <p>Anstellung <input type="checkbox"/></p> <p>Ermächtigung <input type="checkbox"/></p>	<p>ab dem: _____</p>
--	----------------------

<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p>	
1. BSNR: _____	4. BSNR: _____
2. BSNR: _____	5. BSNR: _____
3. BSNR: _____	

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.



	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten.</p> <p>Aufwachraum für Patienten.</p>
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Apparativ-technische Voraussetzungen:</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>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>Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen sind vorhanden.</p> <p>Sämtliche für die Notfallausstattung notwendigen Instrumente (insbesondere manuelle sowie maschinelle Beatmungsmöglichkeit, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator und Pulsoxymetrie), Materialien und Medikamente werden vorgehalten.</p> <p>Folgende organisatorische Voraussetzungen gemäß § 5 werden erfüllt:</p> <p>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>Die Anwendung fachgerechter Reinigungs- und Sterilisationsverfahren ist sichergestellt.</p> <p>Die postoperative Nachbeobachtung des Patienten im Aufwachraum wird so lange gewährleistet bis der Patient auf eine geeignete weiterversorgende Station verlegt werden kann.</p> <p>Die Nachbeobachtung ist unbeschadet der ärztlichen Präsenz durch die ständige unmittelbare Anwesenheit mindestens einer Fachkraft mit Ausbildung sichergestellt (siehe Personelle Voraussetzungen).</p> <p>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>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>

	<input type="checkbox"/>	<p>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: <input type="text"/></p> <p>Anschrift: <input type="text"/></p>
	<input type="checkbox"/>	<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: <input type="text"/></p> <p>Fahrzeit zur Zielklinik in Minuten: <input type="text"/></p>
Personelle Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<p>Die ständige Erreichbarkeit des vollständigen Operationsteams zur Durchführung einer ggf. erforderlichen Nachoperation ist gewährleistet.</p>
	<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><input type="checkbox"/> Fachgesundheitspfleger (Fachkrankenschwester) für Anästhesie und Intensivpflege</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Gesundheits-/Krankenschwester mit mindestens 3-jähriger Erfahrung im Bereich Anästhesiologie/Intensivmedizin</p>
IT Voraussetzungen	<input type="checkbox"/>	<p>Es wird regelmäßig für jedes Laserverfahren eine zusammenfassende Jahresstatistik in elektronischer Form nach § 7 erstellt.</p> <p><input type="checkbox"/> Die Jahresstatistik wird mit den Angaben nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 bis 10 der QS-Vereinbarung erstellt.</p> <p><input type="checkbox"/> 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>
Allgemeine Hinweise		<ul style="list-style-type: none"> ☛ Ich verpflichte mich, die Indikation und Durchführung der Laserbehandlungen nach § 6 der QS-Vereinbarung zu erfüllen. ☛ 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. ☛ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden. ☛ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.

Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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"> ☛ Urkunde der Facharztanerkennung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ☛ Arbeitszeugnisse 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Ich bestätige, die o. g. Vereinbarung zur Kenntnis genommen zu haben.

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis	
	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt