



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-684  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Laserbehandlung bei benignem Prostatasyndrom (bPS)**

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
	_____
	Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



**Leistung**

- GOP 36289 / 36290 EBM - Laserbehandlungen bei bPS

Verfahren mittels:

- Holmium-Laser *Enukleation* (HoLEP)  
 Holmium-Laser *Resektion* (HoLRP)  
 Thulium-Laser-Resektion (TmLRP)  
 Thulium-Laser Nukleation (TmLEP)  
 Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)
- Anerkennung als Belegarzt durch die KV Berlin  
 Anerkennung als Belegarzt wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

**Leistungsort**

Nebenbetriebsstättennummer  
(sofern bereits bekannt)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Name und Adresse der Belegklinik

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Befähigung gemäß §§ 3, 8 Abs. 2 QS-Vereinbarung**

- Facharztbezeichnung Urologie **und**  
 Zeugnis/Bescheinigung über die Durchführung von mindestens 40 Laserbehandlungen bei bPS im beantragten Verfahren 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 überwiegend in dem beantragten Verfahren durchgeführt haben.

**oder**

Bei Beantragung mehrerer Verfahren:

- Zeugnis über die Durchführung von mindestens 50 Laserbehandlungen, davon mindestens 10 in jedem beantragten Verfahren

**oder**

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 QSV durchgeführte Laserbehandlungen im beantragten Verfahren



**Apparative und räumliche Voraussetzungen gemäß § 4 QS-Vereinbarung**

- Das verwendete Lasersystem sowie das verwendete Zubehör verfügen jeweils über eine CE-Kennzeichnung und das Lasergerät verfügt über eine maximale Leistung von:
  - mind. 80 Watt (HoLRP / HoLEP / PVP / KTP-Laser)
  - mind. 70 Watt (TmLRP / TmLEP)
  - mind. 120/180 Watt (PVP mit LBO-Laser)
- Das verwendete Lasersystem sowie das verwendete Zubehör sind zur Durchführung einer Laserbehandlung für das jeweils beantragte Verfahren in der Gebrauchsanweisung als Zweckbestimmung aufgeführt.
- Das verwendete Lasergerät ist sowohl für den Betrieb mit einmal- als auch mit wiederverwendbaren Fasern herstellerseitig vorgesehen.
- Es liegt eine Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache vor.
- Die verwendeten Resektoskope sind für die verwendete Laserfaser gemäß der Gebrauchsanweisung kompatibel.
- Das Zubehör verfügt über eine CE-Kennzeichnung und ist gemäß Herstellerangaben mit dem verwendeten Lasersystem kompatibel.
- Bei der Anwendung des Lasers werden die Anforderungen an die Laserbehandlungsräume und die Unfallvorschriften der Berufsgenossenschaft beachtet.
- Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion
- Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten, Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter, Raum für Putzmittel. Alternativ: Kombination dieser drei Räume
- Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten
- Aufwachraum für Patienten
- Raumbooberflächen (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.
- 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 operations- entsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung sind vorhanden.
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesie- verfahren und der hygienischen Anforderungen sind vorhanden.
- Sämtliche für die Notfallversorgung notwendigen Instrumente (insbesondere manuelle sowie maschinelle Beatmungsmöglichkeit, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator und Pulsoxymetrie), Materialien und Medikamente werden vorgehalten.
- Gerätenachweis/e ist/sind beigefügt.



### **Erfüllung der organisatorischen Voraussetzungen gemäß § 5 QS-Vereinbarung**

- 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.
  - Die Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren ist sichergestellt.
  - Die postoperative Nachbeobachtung des Patienten im Aufwachraum wird so lange gewährleistet bis der Patient auf eine geeignete weiterversorgende Station verlegt werden kann.
  - Die Nachbeobachtung ist unbeschadet der ärztlichen Präsenz durch die ständige unmittelbare Anwesenheit mindestens einer Fachkraft mit folgender Ausbildung sichergestellt:
    - Fachgesundheitspfleger (Fachkrankenpfleger) für Anästhesie und Intensivpflege **oder**
    - Gesundheits-/Krankenpfleger mit mindestens 3-jähriger Erfahrung im Bereich Anästhesiologie / Intensivmedizin
  - 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.
  - 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 mindestens 6 Monaten im Bereich der Intensivmedizin vorschreibt.
- oder**
- Die intensivmedizinische Behandlung ist durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung organisiert und kann innerhalb von 30 Min. erfolgen.
    - Kooperationsvereinbarung ist beigelegt
  - Die ständige Erreichbarkeit eines vollständigen Operationsteams ist gewährleistet.
  - Erklärung des Belegkrankenhauses ist beigelegt.

## **VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE**

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf die Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS:

- **Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen gemäß § 4 QS-Vereinbarung**
- **Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 5 QS-Vereinbarung**
- **Auflagen für die Aufrechterhaltung der Genehmigung gemäß §§ 6, 7 QS-Vereinbarung**  
(Überprüfung von Einzelfällen der ärztlichen Dokumentation, Vorlage der Protokolle der sicherheitstechnischen Kontrollen, Erstellen einer Jahresstatistik, Datenübertragung an die KBV)

Es ist bekannt, dass es sich bei den o.g. Voraussetzungen um Mindestanforderungen in Abhängigkeit von Art, Anzahl und Spektrum der durchgeführten Operationen handelt. Es ist in jedem Einzelfall zu prüfen, ob Art und Schwere des Eingriffs und der Gesundheitszustand des Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten die ambulante Durchführung der Operation und der Anästhesie erlauben.

Die Pflicht zur Erfüllung gesetzlicher und berufsrechtlicher Bestimmungen bleibt von der Erfüllung der Anforderungen gemäß § 4 (2) ausdrücklich unberührt.



Es wird versichert, dass bei der Erbringung von Laserbehandlung bei bPS außerhalb der eigenen Praxis die Präsenzpflcht in der eigenen Praxis gemäß BMV-Ä gewährleistet ist.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Laserbehandlung bei bPS im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)

## **EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR PRAXISBEGEHUNG**

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen, wird erklärt. **Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn das Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt wird, gemäß § 8 Abs. 6 QS-Vereinbarung.**

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller