

**Zurück an**

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Qualitätssicherung  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

Fax 040/ 22 802 -420

Arztstempel

## **Mitbenutzungserklärung**

Anlage zum

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zu Nicht-medikamentösen, lokalen Laser-Verfahren zur Behandlung des benignen Prostata syndroms (bPS)

**Name des Vertragsarztes:** \_\_\_\_\_

**Adresse des OP-Standorts:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Folgende räumliche und baulich-technische Anforderungen werden erfüllt:

- Bei der Anwendung des Lasers werden die entsprechenden Anforderungen an Laser- Behandlungsräume und die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft beachtet.
- Die räumliche Ausstattung umfasst:
  - Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion.
  - Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten, Entsorgungsübergabe- raum 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.
- Apparativ-technische Voraussetzungen:
  - Raumoberflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen können problemlos feucht ge- reinigt und desinfiziert werden, der Fußbodenbelag ist flüssigkeitsdicht.
  - Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Opera- tionsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitoring lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung sind vorhanden.
  - Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfah- ren und der hygienischen Anforderungen sind vorhanden.
  - Sämtliche für die Notfallausstattung notwendigen Instrumente (insbesondere manuel- le sowie maschinelle Beatmungsmöglichkeit, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversor- gung, Defibrillator und Pulsoxymetrie), Materialien und Medikamente werden vorge- halten.

## **Bestätigung des OP-Betreibers**

Hiermit wird bestätigt, dass Frau / Herrn \_\_\_\_\_ unseren  
Laser- und Behandlungsraum mitbenutzt.

Es wird bestätigt, dass die räumlichen Gegebenheiten der oben genannten Räume, den Qualitätsstandards nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Laserverfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) erfüllen.

---

**Datum**

---

**Stempel und Unterschrift  
des OP-Betreibers**