

**Zurück an**

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Qualitätssicherung  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg

Fax 040/ 22 802 -420



**Mitbenutzungserklärung**

Anlage zum  
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zu Nicht-medikamentösen, lokalen  
Laser-Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (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, 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.
- Apparativ-technische Voraussetzungen:
  - Raumoberflächen (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 operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung sind vorhanden.
  - Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen sind vorhanden.
  - Sämtliche für die Notfallausstattung notwendigen Instrumente (insbesondere manuelle sowie maschinelle Beatmungsmöglichkeit, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator und Pulsoxymetrie), Materialien und Medikamente werden vorgehalten.

## 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**