

Arztstempel/Praxisstempel
---------------------------

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zu Nicht-medikamentösen, - lokalen-Verfahrens zur Behandlung des benignen Prostatsyndroms (bPS)

### Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und/ oder betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus

### Antragsteller

Name der Arztpraxis / der BAG / des MVZ / des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte


### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt    Angestellter Arzt    Ermächtigter Arzt    Institutsermächtigung

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, E-Mail

Die Leistungen werden beantragt für den Standort der Betriebsstätte:

Zweigpraxis (bitte ankreuzen, wenn die Betriebsstätte eine Zweigpraxis ist)

1. \_\_\_\_\_
  2. \_\_\_\_\_
  3. \_\_\_\_\_
  4. \_\_\_\_\_
- Angabe der Anschrift, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort (Betriebsstätten-Nr.)

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Sofern Leistungen für den Standort einer Zweigpraxis beantragt werden, teilen Sie dem Arztregister der KV Hamburg ([arztregister@kvhh.de](mailto:arztregister@kvhh.de)) bitte Folgendes mit:

- Beginn der Tätigkeitsaufnahme in der Zweigpraxis
- voraussichtlicher Umfang der Tätigkeit in der Zweigpraxis (wöchentliche Stundenzahl)
- Handelt es sich um eine ausschließliche Tätigkeit in der Zweigpraxis?

## Fachliche Qualifikation

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Urologie.

## Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Zeugnis über die Durchführung von mindestens **40 Laser-Behandlungen bei bPS in beantragtem Verfahren unter Anleistung** in einer Einrichtung in der mindestens 30 Eingriffe pro Jahr durchgeführt werden.

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 dieser QSV verfügen und die Genehmigung für ein weiteres Verfahren beantragen: Zeugnis über 10 unter Anleitung \* **durchgeführte Laserbehandlungen im beantragten Verfahren.**

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

## Beantragte Leistungen

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) mittels

- Holmium-Laser-Enukleation (HoLEP)
- Holmium-Laser-Resektion (HoLRP)
  
- Thulium-Laser-Enukleation (TmLEP)
- Thulium-Laser-Resektion (TmLRP)
  
- Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)
  
- Die Anerkennung als Belegarzt durch die KVH für den Antragsteller persönlich bzw. für den angestellten Arzt liegt vor.

**Hinweis:** Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

## Organisatorische Anforderungen

Folgende organisatorische Voraussetzungen werden erfüllt:

- 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, insbesondere um eine Vigilanzbeeinträchtigung oder eine interventionsbedürftige Nachblutung zu erkennen.
- 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 mindesten 6 Monaten im Bereich der Intensivmedizin vorschreibt.

**Sofern die Einrichtung nicht über eine Intensivstation verfügt:**

- Es wird organisatorisch gewährleistet, dass eine im Bedarfsfall erforderliche intensivmedizinische Behandlung des Patienten durch Kooperation mit folgender Zielklinik erfolgt:


Name und Anschrift der Zielklinik ( falls OP-Einrichtung ohne Intensivstation)

- Die Übergabe des Patienten zur intensivmedizinischen Behandlung in der Zielklinik erfolgt hierbei in der Regel **innerhalb von 30 Minuten** nach Indikationsstellung:


Name und Anschrift der Zielklinik ( falls OP-Einrichtung ohne Intensivstation)

Die **ständige Erreichbarkeit des vollständigen Operationsteams** zur Durchführung einer ggf. erforderlichen Nachoperation ist gewährleistet.

**Eine schriftliche Patientenübernahmebestätigung von der stationären Einrichtung für die Übernahme von Patienten im Notfall nach einem Eingriff ist dem Antrag beizufügen. Diese ist personenbezogen für den Antragssteller von der Klinik auszustellen.**

## Apparative und räumliche Voraussetzungen

Eine **Gewährleistungserklärung** des Herstellers zum Nachweis der Erfüllung der apparativen Voraussetzungen nach § 4 (1) und (2) durch das verwendete Lasergerät **liegt dem Antrag** bei

- Alle Herstellervorgaben zum Gebrauch und zur Aufbereitung des Systems werden befolgt.
- Das **Zubehör** verfügt über eine **CE-Kennzeichnung** und ist gemäß Herstellerangaben mit dem verwendeten Lasersystem kompatibel.
- In der Gebrauchsanweisung ist die Verwendung des Lasersystems zur Durchführung der Laserbehandlung (HoLEP / HoLRP / TmLRP / TmLEP / PVP) als Zweckbestimmung inhaltlich aufgeführt.
- Das Gerät ist sowohl für den Betrieb mit einmal- als auch mit wieder verwendbaren Fasernherstellung vorgesehen.
- Die verwendeten Resektoskope sind für die verwendete Laserfaser gemäß Gebrauchsanweisung kompatibel.
- Es liegt eine Gebrauchsanweisung in deutscher Sprache vor.
- Die Einrichtung erfüllt folgende **räumliche und baulich-technische Anforderungen** nach § 4 (3) – (5) QSV:
  - Bei der Anwendung des Lasers, werden die entsprechenden Anforderungen an Laser- und Behandlungsräume sowie die Unfallvorhütungsvorschriften 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**

- 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 netzabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung sind vorhanden.
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen sind vorhanden.
- Aufwachraum für Patienten.

## **Notfallausstattung**

- Sämtliche für die **Notfallausstattung** notwendigen Instrumente (insbesondere manuelle sowie maschinelle Beatmungsmöglichkeit, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator und Pulsoxymetrie), Materialien und Medikamente werden vorgehalten.

## **Einverständniserklärung**

Es wird sich mit der Antragstellung einverstanden erklärt, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KVH die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Laserverfahren bei bPS entsprechen.

## **Rechtlicher Hintergrund**

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zu Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) (Qualitätssicherungsvereinbarung Laserverfahren bei bPS).

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigung, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren von bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen
  
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G  
IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06  
BIC: DAAEDEDXXX  
Vermerk: Gebühr für Genehmigung

**Hinweis:** Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

## Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeit auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Angestellter**

## Unterschriftenformular zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel