

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS)

**Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)**



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

### Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)  
 folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: [www.kvbawue.de/laserbehandlung-bps](http://www.kvbawue.de/laserbehandlung-bps)

Ich beantrage, Leistungen gemäß der aktuell gültigen Rechtsgrundlage erbringen und abrechnen zu dürfen.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |                          |                                   |        |
|--------------------------|-----------------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | Holmium-Laser Enukleation (HoLEP) | {BPS1} |
| <input type="checkbox"/> | Holmium-Laser Resektion (HoLRP)   | {BPS2} |
| <input type="checkbox"/> | Thulium-Laser Enukleation (TmLEP) | {BPS5} |
| <input type="checkbox"/> | Thulium-Laser Resektion (TmLRP)   | {BPS3} |
| <input type="checkbox"/> | Photoselektive Vaporisation (PVP) | {BPS4} |

Für die Abrechnung der EBM-Ziffer 36289 mit Zuschlag der EBM-Ziffer 36290 ist ergänzend eine Genehmigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erforderlich sowie eine Anerkennung als Belegarzt.

**Bitte das Antragsformular zum ambulanten Operieren ausfüllen und einreichen.**

### Fachliche Befähigung nach § 3 (Zutreffendes bitte ankreuzen)



- Ich führe die Facharztbezeichnung Urologie.
- Ich verfüge bereits über die Anerkennung als Belegarzt.
- Die Genehmigung für belegärztliche Operationen liegt bereits vor.

**und**

- Nachweis über die Durchführung von mindestens 40 Laserbehandlungen in beantragten Verfahren unter Anleitung

**oder**

- Nachweis über die Durchführung von 50 Laserbehandlungen unter Anleitung, davon mindestens 10 in jedem beantragten Verfahren, wenn mehrere Verfahren beantragt werden

**oder**

- Nachweis über die Durchführung von 10 Laserbehandlungen im beantragten Verfahren unter Anleitung, wenn bereits eine Genehmigung für ein Laserverfahren vorliegt

Die Anleitung erfolgt durch einen Arzt, der mindestens 100 Laserbehandlungen in einem der oben genannten Verfahren selbstständig durchgeführt hat und zum Zeitpunkt der Anleitung diese Leistungen regelmäßig erbringt 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.

**Bitte entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen in Kopie beifügen.**

## Apparative Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1 bis 2 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Alle zur Laserbehandlung bei bPS verwendeten Geräte erfüllen die Mindestanforderungen nach § 4

Das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular „Angaben zur apparativen Ausstattung Laserbehandlungen beim benignen Prostatasyndrom (bPS)“

ist dem Antrag beigelegt

wurde nachgewiesen durch

\_\_\_\_\_  
Titel                      Vorname                      Nachname                      LANR (Arzt-Nr.)  
falls vorhanden

\_\_\_\_\_  
Straße, Nr.                      PLZ                      Ort

und liegt der KV Baden-Württemberg vor.

## Räumliche Anforderungen nach § 4 Absatz 3 bis 4

Ich erkläre, dass die folgenden räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen erfüllt sind:



§ 4 Absatz 3:

Bei der Anwendung des Lasers werden die entsprechenden Anforderungen an Laser-Behandlungsräume und die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft beachtet.

§ 4 Absatz 4:

1. Die räumliche Ausstattung umfasst mindestens:
  - 1.1. Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion.
  - 1.2. Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten, Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter, Raum für Putzmittel. Eine Kombination dieser drei Räume ist möglich.
  - 1.3. Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten.
  - 1.4. Aufwachraum für Patienten.

## Apparativ-technische Voraussetzungen nach § 4 Absatz 5

- 1.1. Raumboflächen (z.B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können, der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein.
- 1.2. Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitorings lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung.
- 1.3. Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen.

Ich verpflichte mich, sämtliche für die Notfallversorgung notwendigen Instrumente (insbesondere manuelle sowie maschinelle Beatmungsmöglichkeit, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator und Pulsoxymetrie), Materialien und Medikamente vorzuhalten.

## Organisatorische Voraussetzungen nach § 5

Ich erkläre, dass folgende organisatorische Voraussetzungen gewährleistet sind:

1. Es erfolgen Erläuterungen bei der ärztlichen Aufklärung zur Behandlung, insbesondere auch über das Risiko einer notwendigen Re-Intervention, unerwünschte Wirkungen, therapeutische Alternativen und Informationen zum natürlichen Verlauf des bPS.
2. Die Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren ist sichergestellt.
3. Die postoperative Nachbeobachtung des Patienten im Aufwachraum ist so lange gewährleistet, bis der Patient auf die geeignete Station verlegt werden kann. Die Nachbeobachtung ist unbeschadet der ärztlichen Präsenz durch ständige, unmittelbare Anwesenheit mindestens eines Fachgesundheitspflegers (Fachkrankenschwester) für Anästhesie und Intensivpflege oder eines Gesundheits-/Krankenpflegers mit mindestens 3-jähriger Erfahrung im Bereich Anästhesie/Intensivmedizin sichergestellt.
4. Eine der OP-Methode und den individuellen Anforderungen des Patienten entsprechende Nachbeobachtung durch den Operateur ist sichergestellt. Im postoperativen Verlauf werden die Patienten für mindestens 24 Stunden beobachtet, insbesondere um eine Vigilanzbeeinträchtigung oder eine interventionsbedürftige Nachblutung zu erkennen.
5. Die durchgehende Verfügbarkeit eines zur Versorgung von intensivmedizinisch behandlungsbedürftigen Patienten entsprechend Satz 2 qualifizierten Arztes ist durch einen Anwesenheitsdienst organisiert. Die Mindestvoraussetzung zum Führen einer Facharztbezeichnung in einem Fach, dessen Weiterbildungsordnung einer Weiterbildungszeit von mindestens 6 Monaten im Bereich der Intensivmedizin vorschreibt, liegt vor.
6. Es ist organisatorisch gewährleistet, dass in Einrichtungen, die nicht über eine Intensivstation verfügen, im Bedarfsfall die erforderliche intensivmedizinische Behandlung des Patienten durch Kooperation mit einer anderen Einrichtung (Zielklinik) erfolgt. Die Übergabe des Patienten zur intensivmedizinischen Behandlung in der Zielklinik muss hierbei in der Regel innerhalb von 30 Minuten nach Indikationsstellung erfolgen.
7. Eine ständige Erreichbarkeit eines vollständigen OP-Teams zur Durchführung einer ggf. erforderlichen Nachoperation ist gewährleistet.



## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

## Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt



## Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code