



Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Laserbehandlungen bei benignem Prostatasyndrom

(QS-Vereinbarung Laserbehandlung des benignen Prostatasyndrom gem. § 135 Abs. 2 SGB V)

1. Angaben zur Person / zur Tätigkeit

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Vertragsarztsitz: _____

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigter Arzt

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

2. Beantragung

Holmium-Laserresektion (HoLRP)

Holmium-Laserenukleation (HoLEP)

Thulium-Laserresektion (TmLRP)

Thulium-Laserenukleation (TmLEP)

Photoselektive Vaporisation (PVP)

3. Angaben zu den Tätigkeitsorten:

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt:

BSNR: _____ Adresse: _____

BSNR: _____ Adresse: _____

4. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 3 Abs. 1 und § 8 Abs. 2 QSV

Urkunde über die Berechtigung zum Führen der **Facharztbezeichnung „Urologie“**

Eine **Belegarztgenehmigung** der KVBB für den Antragsteller bzw. für den beim Antragsteller tätigen Arzt **liegt vor**

und

Zeugnis über die Durchführung von **mindestens 40 Laserbehandlungen bei bPS** im beantragten Verfahren **unter Anleitung**

Bei Beantragung mehrerer Verfahren **mindestens 50 Laserbehandlungen bei bPS** davon mindestens 10 in jedem beantragten Verfahren

Die Anleitung muss durch einen Arzt erfolgt sein,

- der **mindestens 100 Laserbehandlungen** in einem in dieser QS-Vereinbarung genannten Verfahren **selbständig durchgeführt** hat und
- zum Zeitpunkt der Anleitung diese Leistungen **regelmäßig erbringt** und
- in dessen **Einrichtung mindestens 30 Eingriffe pro Jahr, überwiegend im beantragten Verfahren**, durchgeführt werden (**Nachweise beifügen**)

5. Erklärungen zu §§ 4 bis 8 der QSV

Die **apparativen** und **räumlichen Voraussetzungen** nach § 4, Abs. 1 bis 6 der QSV werden erfüllt

Die **organisatorischen Voraussetzungen** nach § 5, Abs. 1 bis 7 der QSV werden erfüllt

Ich verpflichte mich, die bestehenden **Auflagen** zur Aufrechterhaltung der Genehmigung, für die **Dokumentation** nach § 6 und die **Jahresstatistik** nach § 7 der QSV, einzuhalten

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die QS-Kommission der KVBB, gemäß § 8 Absatz 6 der QSV die Erfüllung der apparativen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis überprüfen kann

Im Falle einer Genehmigung bin ich einverstanden, dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:
Stempel und Unterschrift
Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de