



### Beantragte Leistung/en

- GOP: 36289, 36290 und 36829

Für das Verfahren:

- Holmium-Laserresektion (HoLRP)  
 Holmium-Lasernukleation (HoLEP)  
 Thulium-Laserresektion (TmLRP)  
 Thulium-Lasernukleation (TmLEP)  
 Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)

### Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS)

- Urkunde zum Führen der Facharztbezeichnung „Urologie“
- Bestätigung der Durchführung von mindestens 40 unter qualifizierter Anleitung erbrachten Laserbehandlungen bei bPS im beantragten Verfahren
- Bei Beantragung mehrerer Verfahren: Bestätigung von 50 Laserbehandlungen, davon mindestens 10 je beantragtem Verfahren

**(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)**

### Apparative und räumliche Voraussetzungen (gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS)

- Lasersysteme (Laser + Zubehör) mit CE-Kennzeichnung  
maximale Leistung von mindestens  
→ 80 Watt für HoLRP, HoLEP und PVP mit KTP-Laser  
→ 70 Watt für TmLRP und TmLEP  
→ 120/180 Watt für PVP mit LBO-Laser
- Gerätegemeinschaft mit .....
- Die räumliche Ausstattung ist gemäß § 4 Abs. 4 Nr. 1 durch die Einreichung eines Grundrisses belegt
- Sämtliche, für die Notfallversorgung notwendigen Instrumente, werden vorgehalten

### Organisatorische Voraussetzungen (gem. § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS)

- Die organisatorischen Voraussetzungen werden gemäß § 5 im vollen Umfang erfüllt.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de) → Themen A-Z.

### Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die Qualitätssicherungskommission Laserbehandlungen bei bPS der KV Thüringen die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der "Qualitätssicherungsvereinbarung Laserbehandlung bei bPS" entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen, räumlichen Ausstattung nach § 4 sowie der organisatorischen Voraussetzungen nach § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen. Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes / der Geschäftsführung

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*

*Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Nicht-medikamentösen, lokalen Verfahren zur Laserbehandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS) wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de), Thema Datenschutz.