



**Landesstelle
Qualitätssicherung
Photodynamische Therapie am
Augenhintergrund**

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartnerin: Gertraude Euler
Tel.: 069 79502-480 • Fax: 069 79502-388

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Antrag auf Genehmigung zur Abrechnung der Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (PDT) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Allgemeine Angaben

Name, Vorname _____ Approbationsjahr _____

Wohnanschrift _____

Telefon _____ Fax _____

Anschrift (Praxis/MVZ, Klinik/Institut) _____

Telefon _____ Fax _____

E-Mail _____

**Falls eine Zulassung als Vertragsarzt oder Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen
Versorgung noch nicht ausgesprochen wurde:**

Vertragsärztliche Tätigkeit beantragt am _____

als Ärztin/Arzt für _____

Anschrift/Ort der geplanten Tätigkeit _____

Art der vertragsärztlichen Tätigkeit: _____

Ab welchem Datum wird die Abrechnungsgenehmigung beantragt?

ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.

Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

zu einem späteren Datum _____

NACHWEIS DER FACHLICHEN VORAUSSETZUNGEN
--

Folgende Voraussetzungen sind nachzuweisen:

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Augenheilkunde
- Nachweis über die selbständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 200 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund zur Differentialdiagnostik pathologischer Veränderungen bei Vorliegen einer AMD oder/und einer pathologischen (hohen) Myopie zur Indikationsstellung zu operativen und medikamentösen Eingriffen, insbesondere zu einer photodynamischen Therapie, innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren vor Antragstellung auf die Genehmigung.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der nach der Weiterbildungsordnung in **vollem Umfang** zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der nur **teilweise** zur Weiterbildung befugt ist. Die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) werden von dem anleitenden Arzt erfüllt.
- Selbständige Durchführung von 50 photodynamischen Therapien am Augenhintergrund innerhalb von fünf Jahren vor der Antragstellung unter Anleitung.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der nach der Weiterbildungsordnung in **vollem Umfang** zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der nur **teilweise** zur Weiterbildung befugt ist. Die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) werden von dem anleitenden Arzt erfüllt.
- Eine Beurteilung der fachlichen Befähigung für die selbständige Indikationsstellung zur PDT.

Falls die selbständige Durchführung von 50 photodynamischen Therapien am Augenhintergrund **nicht** nachgewiesen werden kann, ist alternativ folgende Anforderung zu erfüllen:

Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer. Dieser Kurs muss innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung absolviert worden sein und die Vermittlung von Kenntnissen zur Indikationsstellung (Indikationen, Kontraindikationen, Demonstrationen charakteristischer klinischer und angiologischer Fälle und Verläufe) und Durchführung der PDT (Prinzipien, praktische Anleitung, Risiken und Komplikationen, Kriterien zur Wiederholung und zum Abbruch) beinhaltet haben.

Der Kursleiter hat mindestens

- 100 photodynamische Therapien am Augenhintergrund selbständig durchgeführt und
- 2.000 Fluoreszenzangiographien selbständig ausgewertet.

NACHWEIS DER APPARATIVEN VORAUSSETZUNGEN

Ich verfüge über ein Lasergerät (Photoaktivator), welches geeignet ist, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren.

Das Gerät verfügt über eine CE-Kennzeichnung nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte.

1. Die vom Gerätehersteller / Lieferanten vollständig ausgefüllte und unterschriebene Bestätigung

- ist dem Antrag beigelegt
- wird nachgereicht
- wurde bereits durch
-
-
-

nachgewiesen und liegt der KV Hessen vor

2. Die photodynamische Therapie am Augenhintergrund wird durchgeführt:

Am Praxisstandort

oder

in folgenden Räumen: (Bitte Namen und Anschrift eintragen)

Hinweise

- Hinweis für Ärzte / Psychotherapeuten, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Bestehen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung, so kann die Kassenärztliche Vereinigung Hessen die Erteilung der Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der PDT von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium abhängig machen. Das gleiche gilt, wenn der Antrag stellende Arzt eine im Vergleich zu der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist.

Erklärungen

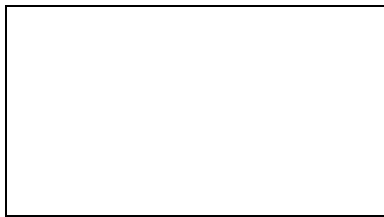
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung an der apparativen Einrichtung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

Erklärung zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Indikation und die Durchführung der PDT gemäß § 5 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) zu dokumentieren und an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach § 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) teilzunehmen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers



ggf. Vertragsarztstempel

Erklärung zu Eingriffen gemäß § 115 b SGB V

Seit dem 01. Oktober 2006 unterliegt die Leistung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund nach Nr. 06332 EBM neben der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur PDT“ zusätzlich auch der „Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V“. In diesem Zusammenhang ist für die Ausführung und Abrechnung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund eine Erklärung über die Erfüllung der Anforderungen nach dieser Vereinbarung erforderlich.

- Die „Erklärung nach § 115 b SGB V“ ist diesem Antrag beigelegt.

- Ich verfüge bereits über eine (Alt-)Genehmigung zum Ambulanten Operieren bzw. habe bereits eine „Erklärung nach § 115 b SGB V“ gegenüber der KV Hessen abgegeben.