

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (PDT) - GOP 06332 EBM Qualitätssicherungsvereinbarung PDT nach § 135 Abs. 2 SGB V

Qualitätssicherung
Team 1

Stefanie Gilmer
Julia Reinhardt
Luisa Casola-Gallschneider

Tel 069 24741-7217
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.1@kvhessen.de

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

*Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.
Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

_____ _____ _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

- Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt
in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes
- in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung
- Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Beantragte Leistung: **GOP 06332**

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Befähigung: § 3 der QS-Vereinbarung PDT (zutreffendes bitte ankreuzen)

Folgende fachliche Befähigung nach § 3 QSV § 135 Abs. 2 SGB V PDT wird nachgewiesen:

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der **Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“**

UND (!)

- 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 Qualitätssicherungsvereinbarung PDT werden von dem anleitenden Arzt erfüllt.

UND (!)

- Nachweis über die 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 Qualitätssicherungsvereinbarung PDT werden von dem anleitenden Arzt erfüllt.
- Zeugnisse sind dem Antrag beigelegt**

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 vier 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 muss mindestens 100 photodynamische Therapien am Augenhintergrund selbständig durchgeführt und 2.000 Fluoreszenzangiographien selbständig ausgewertet haben.

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen (Zeugnisse/ Urkunden) zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Apparative Voraussetzungen: § 4 der QS-Vereinbarung PDT

Für den Nachweis sind Bescheinigungen des Herstellers vorzulegen, mit denen belegt wird, dass das Lasergerät über die CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz verfügt und für die PDT geeignet ist.

Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT ist beigelegt.

Dokumentation: § 5 der QS-Vereinbarung PDT

Mir ist bekannt, dass eine Dokumentation nach § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT erfolgen muss.

Erklärung zu Eingriffen gemäß § 115 b SGB V

Die Leistung der Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund nach der Gebührenordnungsposition 06332 EBM unterliegt neben der „Qualitätssicherungsvereinbarung 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 entsprechende Genehmigung über die Erfüllung der Anforderungen nach dieser Vereinbarung erforderlich.

Ein Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung ambulanter Operationen und stationärer Leistungen einschließlich der notwendigen Anästhesien im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Erklärung nach § 115 b SGB V) zu gestellt.

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

Erklärungen und Hinweise

- Bestehen begründete Zweifel an der fachlichen Befähigung, so kann die Kassenärztliche Vereinigung 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 dieser Vereinbarung abweichende, aber gleichwertige Befähigung nachweist.
- Mit ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistung kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Inhalte der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT zur Kenntnis genommen und akzeptiert habe.

.....
Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers

.....
ggf. Praxisstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte:

.....
Datum

.....
**Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**

.....
Stempel

Stand: Januar 2025