

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



Phototherapeutische Keratektomie

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Phototherapeutischen Keratektomie (PTK) - GOP 31362

Qualitätssicherungsvereinbarung PTK nach § 135 Abs. 2 SGB V

Qualitätssicherung
Team 1

Stefanie Gilmer
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 31362**

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 PTK (zutreffendes bitte ankreuzen)

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

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

UND (!)

- Nachweis der selbständigen Durchführung von **zehn phototherapeutischen Keratektomien** mit dem Excimer-Laser
Vorlage von „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und/oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind

ODER

- Nachweis der selbständigen Durchführung von **zehn Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers**
Vorlage von „log-files“ (Papierform oder elektronisch) und/oder weitere Unterlagen, aus denen der Operateur, der behandelte Patient und die Art des Eingriffs ersichtlich sind

UND (!)

- Nachweis über die **Teilnahme an einer mindestens zweistündigen Fortbildung** zum Thema PTK

- Nachweise sind dem Antrag beigelegt** 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 PTK

Die sachgerechte Durchführung der PTK erfordert die Verwendung eines Excimer-Lasers, welcher geeignet ist, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen. Das Gerät muss über eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz verfügen.

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

Anforderungen an die Indikationsstellung: § 5 der QS-Vereinbarung PTK

- Die Voraussetzungen an die Indikationsstellung bei allen nach § 1 zugelassenen Indikationen werden erfüllt.

Dokumentation: § 6 der QS-Vereinbarung PTK

- Mir ist bekannt, dass eine Dokumentation nach § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK erfolgen muss.

Erklärung zu Eingriffen gemäß § 115 b SGB V

Die Leistung der Phototherapeutischen Keratektomie nach der Gebührenordnungsposition 31362 EBM unterliegt neben der „Qualitätssicherungsvereinbarung PTK“ **zusätzlich** auch der „Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V“. In diesem Zusammenhang ist für die Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie 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) wurde 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 PTK 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.
- Mir 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.

