

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen  
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

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.

Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen

Beate Hartmann  
Stefanie Gilmer  
Tel 069 24741-6551/ -6354  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.1@kvhessen.de

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 Tätigkeit<sup>1</sup>:**

- 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 Tätigkeit<sup>2</sup>:**

- 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**

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.  
<sup>2</sup> 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**

#### **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.
- In 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.

- Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich die Inhalte der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK 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: Oktober 2017