



Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

**Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise
digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.**

ANTRAG auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen
Keratektomie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
(gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur phototherapeutischen Keratektomie nach § 135 Abs. 2 SGB V)

Antragsteller

Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

☐ in eigener Praxis (Betriebsstätte)

☐ in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

☐ im Rahmen einer Anstellung

☐ bei einem Vertragsarzt

☐ in einem MVZ

☐ im Rahmen einer Ermächtigung

☐ im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie im
Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

☐ nein ☐ ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

Beantragte Leistung/en

GOP	Inhaltsbeschreibung Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
31362	Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK)

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK)

- ☐ Facharzt für **Augenheilkunde**
- ☐ Selbständige Durchführung von 10 phototherapeutischen Keratektomien mit dem Excimer-Laser
oder
- ☐ Selbständige Durchführung von 10 Eingriffen mittels eines Excimer-Lasers
und
- ☐ Teilnahme an einer mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK.

Entsprechende Nachweise sind zu erbringen in Form von:

- 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
- Nachweis zur Teilnahme an einer mindestens zweistündigen Fortbildung zum Thema PTK

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Räumliche und apparative Voraussetzungen gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK i. V. mit der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren

- ☐ Verwendung eines Excimer-Lasers, welcher geeignet ist, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen. Das Gerät verfügt über eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz. Nachweis mittels Bescheinigung des Herstellers über CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz
 - ☐ Bescheinigung des Herstellers ist beigelegt ☐ Bescheinigung des Herstellers wird nachgereicht
- ☐ Die in der Qualitätssicherungsvereinbarung ambulantes Operieren festgelegten Anforderungen an die räumlichen Voraussetzungen werden erfüllt.
- ☐ Praxisgrundriss
 - ☐ Grundriss liegt der KV Thüringen bereits vor mit AOP Antrag ☐ Grundriss ist beigelegt

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich erkläre mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Thüringen die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen gem. § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK nach § 135 Abs. 2 SGB V entsprechen.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der räumlichen und apparativen Gegebenheiten unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen mitzuteilen.

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

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 der phototherapeutischen Keratektomie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtmäßig ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
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 der phototherapeutischen Keratektomie 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, Thema Datenschutz.