



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-594  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund**

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT)

<p>Antragsteller</p> <p>_____</p> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter</p>	<p>Leistungserbringer</p> <p>_____</p> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
---	--

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p> <p>_____</p> <p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p> <p>_____</p> <p>Name des Krankenhauses</p>																				

<p>Grund der Antragstellung</p> <p><input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)</p> <p>Genehmigung beantragt zum</p> <p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p>	<p>_____</p> <p>Datum</p> <p>_____</p> <p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>
---	---

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



**Leistung**

- GOP 06332 EBM - photodynamische Therapie mit Verteporfin

**Leistungsort**

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bestätigung der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft ist beigefügt

Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

**Fachliche Nachweise gemäß § 3 Absatz 1 QS-Vereinbarung**

- Facharzturkunde für Augenheilkunde

- Nachweis (Zeugnis) über die selbständige Auswertung 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 unter Anleitung.

- Nachweis (Zeugnis) 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 stattzufinden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist. Ist der anleitende Arzt nur teilweise zur Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllen.



**Fachliche Nachweise gemäß § 3 Absatz 1 QS-Vereinbarung - Fortsetzung -**

Kann der Nachweis über 50 photodynamische Therapien am Augenhintergrund nicht geführt werden, ist alternativ folgende Voraussetzung zu erfüllen:

- Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem anerkannten Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer, der innerhalb der letzten 12 Monate vor der Antragstellung absolviert wurde und welcher die Vermittlung von Kenntnissen zur Indikationsstellung (Indikationen, Kontraindikationen, Demonstration charakteristischer klinischer und angiographischer Fälle und Verläufe) und Durchführung der PDT (Prinzipien, praktische Anleitung, Risiken und Komplikationen, Kriterien zur Wiederholung und zum Abbruch) am Augenhintergrund beinhaltet.

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

**Apparative Nachweise gemäß § 4 QS-Vereinbarung**

- Gewährleistungsgarantie des Lasergerätes - ausgefüllt vom Hersteller  
(Bitte Formular Gerätenachweis verwenden.)

**VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE**

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Dokumentationspflicht gemäß § 5 QS-Vereinbarung**  
Dokumentation jeder durchgeführten PDT, patientenbezogen nach den entsprechenden Vorgaben
- **Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gemäß § 6 QS-Vereinbarung**  
Teilnahme an regelmäßigen Stichprobenprüfungen der Dokumentation

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der PDT im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und QS-Vereinbarung PDT. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)