



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 594, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

## Antrag auf Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der phototherapeutischen Keratektomie

nach der EBM-Nr. 31362 gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur  
phototherapeutischen Keratektomie nach § 135 Abs. 2 SGB V  
(Qualitätssicherungsvereinbarung PTK), Inkrafttreten am 01.10.2007

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR): 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) \_\_\_\_\_  
(Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ  ÜBAG  Sonstige

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ  ÜBAG  Sonstige

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung

der „phototherapeutischen Keratektomie nach der EBM-Nr. 31362“

**Abrechnungsgenehmigung zum ambulanten Operieren**

Ich habe die Abrechnungsgenehmigung für das ambulante Operieren:

JA  NEIN

Falls NEIN:

Ich habe die Abrechnungsgenehmigung für Leistungen im Rahmen des ambulanten Operierens am ..... beantragt.

**Angaben zum Tätigkeitsort**

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

- 1. \_\_\_\_\_ 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Anschritt, Nebenbetriebsstättennummer
- 2. \_\_\_\_\_ 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Anschritt, Nebenbetriebsstättennummer
- 3. \_\_\_\_\_ 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Anschritt, Nebenbetriebsstättennummer
- 4. \_\_\_\_\_ 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
Anschritt, Nebenbetriebsstättennummer

**A. Nachweis der fachlichen Befähigung**

(gemäß § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK)

- 1. Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“
- 2. a) Nachweise über 10 selbständig durchgeführte phototherapeutische Keratektomien mit dem Excimer-Laser   
*durch 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*

**O D E R**



2. b) Nachweise über 10 selbständig durchgeführte Eingriffe mittels eines Excimer-Lasers   
*durch 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 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK
- Nachweis über die v.g. Fortbildung wird nachgereicht

**B. Nachweis der apparativen Voraussetzungen**  
 (gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK)

1. a) Ich verwende **in meiner Praxis** einen Excimer-Laser, welcher zur Durchführung von phototherapeutischen Keratektomien geeignet ist

**O D E R**

1. b) Ich verwende einen Excimer-Laser in einer **Apparategemeinschaft**   
*(Bitte das Einverständnis des Geräteeigentümers über die Gerätemitnutzung durch den Antragsteller beifügen - Anlage 1 zum Antragsformular)*

mit: .....

am Standort:.....

2. **Gerätenachweis** des Herstellers  
*durch Vorlage von Bescheinigungen des Herstellers, mit denen belegt wird, dass das Lasergerät über die CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz (MPG) verfügt und für die PTK geeignet ist - Anlage 2 zum Antragsformular*
- ist beigefügt  wird nachgereicht



**Erklärung / Verpflichtung**

Phototherapeutische Keratektomien bei den im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Indikationen werden entsprechend den Anforderungen an die Indikationsstellung gemäß § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK durchgeführt.



Hiermit verpflichte ich mich, die Indikation und Durchführung der phototherapeutischen Keratektomie zu dokumentieren. Die Dokumentationen beinhalten mindestens die in § 6 Abs. 2 und/ oder § 6 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK genannten Angaben.

Mir ist bekannt, dass die Kassenärztliche Vereinigung Berlin alle 2 Kalenderjahre Stichprobenprüfungen bei allen innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren abgerechneten PTK-Leistungen durchführt und hierzu von mindestens zehn Prozent der Ärzte, die Leistungen nach § 1 der Vereinbarung erbringen und abrechnen, mindestens 10 % der Dokumentationen aller in einem Zeitraum von 2 Jahren abgerechneten Fälle anfordert (höchstens jedoch 10 Fälle pro Arzt).

Die Durchführung und Abrechnung der PTK-Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ist erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin ab Datum der Bescheiderteilung zulässig** (gemäß § 2 der o.g. Vereinbarung).

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den .....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung

Anlagen

- Bestätigung Apparategemeinschaft
- Gerätenachweis