

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

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 photodynamischen Therapie am Augenhintergrund im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

(gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund nach § 135 Abs. 2 SGB V)

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

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 photodynamischen Therapie am Augenhintergrund 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)
06332	Photodynamische Therapie(n) mit Verteporfin

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT)

- Facharzt für **Augenheilkunde**
 - selbständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 200 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund zur Differenzialdiagnostik pathologischer Veränderungen bei Vorliegen einer AMD und/oder einer pathologischen (hohen) Myopie zur Indikationsstellung zu operativen und medikamentösen Eingriffen, insbesondere zu einer PDT, innerhalb von fünf Jahren vor Antragstellung
 - selbständige Durchführung von 50 photodynamischen Therapien am Augenhintergrund, innerhalb von fünf Jahren vor Antragstellung unter Anleitung
- oder
- erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs zur PDT von mind. 4 h Dauer, innerhalb der letzten zwölf Monate vor Antragstellung

Entsprechende Nachweise (Zeugnisse und Bescheinigungen) müssen von einem zur Weiterbildung befugten Arzt unterzeichnet sein und mindestens folgende Angaben enthalten:

- Zahl der vom Antragsteller selbständig ausgewerteten Fluoreszenzangiographien
- Zahl der vom Antragsteller selbständig durchgeführten photodynamischen Therapien am Augenhintergrund (alternativ: erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs zur PDT)
- Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers für die selbständige Indikationsstellung zur PDT

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

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

- Verwendung eines Lasergerätes (Photoaktivator), welches geeignet ist, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren. 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 PDT 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 § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT 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 photodynamischen Therapie am Augenhintergrund im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens 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 photodynamischen Therapie am Augenhintergrund 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, Themen A-Z/ Datenschutz.