



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

Praxisstempel

Tel.: 030 / 31 003-594  
Fax: 030 / 31 003-50730

### 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  Sonstiges

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstiges

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

Lebenslange Arztnummer (LANR)  
(wenn vorhanden)

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

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

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. _____ Anschrift	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
2. _____ Anschrift	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
3. _____ Anschrift	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
4. _____ Anschrift	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> 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

**ODER**



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

**ODER**

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.**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Arztstempel

---

Unterschrift Leiter der Einrichtung

### Anlagen

- Bestätigung Apparategemeinschaft
- Gerätenachweis