

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966  
E-Mail-Adresse: [VER.CoCQS@kvb.de](mailto:VER.CoCQS@kvb.de)

### Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie (PTK)** mit dem Excimer-Laser im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK (QSV) gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

#### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

#### Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj





## 5. Mindestanforderungen an die Indikationsstellung

<input type="checkbox"/>	Die Durchführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie mit dem Excimer – Laser gemäß § 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK ist bei folgenden Indikationen zugelassen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rezidivierende Hornhauterosio</li> <li>▪ Oberflächliche Hornhautnarben</li> <li>▪ Hornhautdystrophie</li> <li>▪ Hornhautdegeneration</li> <li>▪ Oberflächliche Hornhautirregularitäten (außer Pterygium)</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Vor Durchführung der PTK werden folgende Voraussetzungen bei allen zugelassenen Indikationen erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Erfolgreiche Ausschöpfung aller vergleichbaren oder weniger invasiven Therapiealternativen.</li> <li>▪ Der vorgesehene Laserabtrag ist nicht tiefer als 100 µm Tiefe.</li> <li>▪ Anamnestischer und nach durchgeführter optalmologischer Untersuchung bestätigter Ausschluss anderer Ursachen.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Vor Durchführung der PTK werden sämtliche der folgenden Voraussetzungen <b>bei der Indikation rezidivierende Hornhauterosio</b> erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Weitere Erosionen sind trotz intensiver Behandlung und mindestens einer mech. Abschabung der Hornhaut aufgetreten.</li> <li>▪ Innerhalb der letzten 12 Monate sind mindestens 4 Rezidive aufgetreten.</li> <li>▪ Der Patient ist durch Schmerzen oder Fremdkörpergefühl erheblich beeinträchtigt.</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	Vor Durchführung der PTK werden folgende Voraussetzungen <b>bei den Indikationen oberflächliche Hornhautnarben, Hornhautdegeneration, Hornhautdystrophie und oberflächliche Hornhautirregularitäten</b> (außer Pterygium) erfüllt: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der bestkorrigierte Visus ist nicht besser als 0,5 und die Läsion liegt spaltlampenmikroskopisch im Bereich der Pupille.</li> <li>▪ Die mit geeigneter Messmethode nachgewiesene Blendenempfindlichkeit ist gegenüber dem Normwertbereich des entsprechenden Gerätes deutlich erhöht und die Läsion liegt spaltlampenmikroskopisch im Bereich der Pupille.</li> <li>▪ Der Patient ist durch Schmerzen oder Fremdkörpergefühl erheblich beeinträchtigt.</li> </ul>

## 6. Mindestanforderungen an die ärztliche Dokumentation

<input type="checkbox"/>	Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Indikation und die Durchführung der PTK gemäß § 6 QSV mindestens wie folgt zu dokumentieren (s. dazu Hinweise im Anhang): <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Bei <b>allen zugelassenen Indikationen</b> muss die schriftliche Dokumentation mindestens folgende Angaben beinhalten:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Name und Alter des Patienten</li> <li>▪ Operateur</li> <li>▪ Datum der PTK</li> <li>▪ Archivierung des „log-files“. Das „log-file“ muss Angaben zur durchgeführten Eingriffsart und zum vorgenommenen Laserabtrag in Mikrometern enthalten.</li> <li>▪ Ein in Ausnahmefällen vorgenommener Laserabtrag von mehr als 100 µm ist nachvollziehbar zu begründen.</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> Bei der Indikation <b>Hornhauterosio</b> muss die schriftliche Dokumentation <b>zusätzlich</b> die folgenden Angaben beinhalten:           <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Angabe des Erstauftretts der Hornhauterosio</li> <li>▪ Angabe der vor der PTK durchgeführten konservativen Behandlung mit Dauer und Dosierung</li> <li>▪ Datum der mechanischen Abschabung der Hornhaut</li> <li>▪ Datum / Zeitraum des Tragens der Verbandslinse</li> </ul> </li> </ul>
--------------------------	---

- Art und Ausprägung der erheblichen Beeinträchtigung des Patienten durch Schmerzen oder Fremdkörpergefühl
  - Anzahl und Datum der aufgetretenen Rezidive
- Bei den Indikationen **oberflächliche Hornhautnarben, Hornhautdegeneration, Hornhautdystrophie und oberflächliche Hornhautirregularitäten** (außer Pterygium) muss die schriftliche Dokumentation **zusätzlich** folgende Angaben beinhalten:
- Angabe des Krankheitsverlauf mit bestkorrigiertem Visus des zu therapierenden Auges, Lokalisation und Größe der mit PTK zu therapierenden Läsion
  - Angabe der gegenüber dem Normwertbereich des entsprechenden Gerätes deutlich erhöhter Blendempfindlichkeit durch die Läsion
  - Angabe der Art und Ausprägung der erheblichen Beeinträchtigung des Patienten durch Schmerzen oder Fremdkörpergefühl

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

**Stempel Antragsteller**

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigelegt
1) Facharzturkunde „Augenheilkunde“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis über selbständige Durchführung von mindestens 10 phototherapeutischen Keratektomien mit Excimer-Laser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>		
3) Nachweis über selbständige Durchführung von 10 Eingriffen mittels Excimer-Lasers und Teilnahmenachweis für eine mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Genehmigung zum Ambulanten Operieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Gewährleistungserklärung des Herstellers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) ggf. Erklärung zur Apparategemeinschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Genehmigungsantrag – Anhang –



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

### Zur Überprüfung der ärztlichen Dokumentation

Die ärztlichen Dokumentationen sind gemäß § 7 QSV der KVB auf Verlangen zur Überprüfung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit vorzulegen.

Die KVB führt gemäß der QSV alle 2 Kalenderjahre eine Stichprobenprüfung durch. Dazu werden vom Arzt die Dokumentationen zu allen abgerechneten PTK-Leistungen (höchstens 10) angefordert.

Der Volltext der Qualitätssicherungsvereinbarung phototherapeutischen Keratektomie ist unter [www.kvb.de](http://www.kvb.de) / Service / Service für die Praxis / Qualität / Qualitätssicherung abrufbar.