

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

➔ 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 photodynamischen Therapie am Augenhintergrund** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT (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

**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als vier Betriebsstätten)

1. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

2. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

3. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

4. BSNR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, Adresse: \_\_\_\_\_

Falls ein **Belegkrankenhaus** angegeben wurde:

Die beantragten Leistungen werden dort  **stationär** bei Belegpatienten erbracht,  auch **ambulant** erbracht (ausgelagerter Praxisraum).

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung folgender Leistung:

Photodynamische Therapie (GOP 06332 EBM)

## 3. Fachliche Voraussetzungen

Folgende Voraussetzungen werden erfüllt und nachgewiesen, vgl. § 3 QSV:

- Nachweis über die Berechtigung zum Führen der **Facharztbezeichnung Augenheilkunde und**
- Nachweis über selbständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 200 Fluoreszenzangiographien** am Augenhintergrund zur Differentialdiagnostik pathologischer Veränderungen bei Vorliegen einer AMD und/oder einer pathologischen (hohen) Myopie zur Indikationsstellung zu operativen und medikamentösen Eingriffen, insbesondere zu einer photodynamischen Therapie, innerhalb eines **Zeitraums von 5 Jahren vor Antragstellung** dieser Genehmigung.
- Die Anleitung hat bei einem Arzt zu erfolgen, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung auf dem Gebiet der 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.
- und**
- Nachweis über selbständige Durchführung von 50 photodynamischen Therapien** am Augenhintergrund unter Anleitung **innerhalb von 5 Jahren vor der Antragstellung** dieser Genehmigung.
- Die Anleitung erfolgte bei einem Arzt, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung auf dem Gebiet der 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.

**oder**



- Zum Nachweis ist für das verwendete Gerät eine Bescheinigung des Herstellers beigefügt, dass das Lasergerät über die CE-Kennzeichnung gemäß Medizinproduktgesetz verfügt und für die PDT am Augenhintergrund geeignet ist.
- Alternativ - bei gemeinsamer Apparaturnutzung:
- Die Gewährleistungserklärung des oben genannten Kollegen liegt der KVB bereits vor.
- Es wird darüber hinaus bestätigt, dass Veränderungen an der technischen Grundausstattung, die Neuanschaffung oder die Stilllegung von Geräten der KVB mit einem geeigneten Nachweis unverzüglich angezeigt werden (betrifft nicht den Austausch von Leuchtmitteln).

## 5. Mindestanforderungen an die ärztliche Dokumentation

- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, die Indikation und die Durchführung der PDT gemäß § 5 QSV mindestens wie folgt zu dokumentieren (s. dazu Hinweise im Anhang):
- Name und Alter des Patienten
  - Krankheitsverlauf
  - Aktueller Visus
  - Fundusbefund (subretinale Flüssigkeit, subretinales Blut, Drüsen, intraretinale Lipidablagerungen, seröse/fibröse Pigmentepithelabhebung)
  - Fluoreszenzangiographischer Befund (Staining, Leckage, Lokalisation der Läsion, Angabe der CNV-Größe in Papillenflächen)
  - Diagnose „pathologische Myopie“: Angabe der Refraktion oder Bulbuslänge
  - Photodynamische Therapie (Datum, Art und Menge des injizierten Wirkstoffes in ml, Spotgröße des Behandlungsstrahles)
  - Mindestens ein repräsentatives fluoreszenzangiographisches Bild als Leeraufnahme sowie aus früher und später Phase je Dokumentation

**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 tätigen Arzt



Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Facharzturkunde „Augenheilkunde“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis über mindestens 200 selbständig ausgewertete Fluoreszenzangiographien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nachweis über mindestens 50 selbständig durchgeführten photodynamische Therapien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>oder</b>		
4) ggf. Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem mindestens 4-stündigen Kurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Beurteilung der fachlichen Befähigung des Antragstellers für die selbständige Indikationsstellung zur PDT durch anleitenden Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Nachweis über Eignung der Lasergeräte durch den Hersteller / Gewährleistungserklärung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) 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 Stichprobenprüfung**

Die ärztlichen Dokumentationen sind gemäß § 6 QSV der KVB auf Verlangen zur Überprüfung der Vollständigkeit und der Nachvollziehbarkeit vorzulegen.

Die KVB führt gemäß der QSV jährlich eine Überprüfung der Einhaltung der Anforderungen an die Ausführung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund durch. Die Überprüfung der Genehmigungsinhaber ist vorübergehend bis zum 31.12.2022 ausgesetzt.

Der Volltext der Qualitätssicherungsvereinbarung Photodynamische Therapie (PDT) ist unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de) / Service / Service für die Praxis / Qualität / Qualitätssicherung abrufbar.