

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/973408

ANTRAG

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie

Qualitätssicherungsvereinbarung zur PTK nach § 135 Abs. 2 SGB V

I. Angaben zum Leistungserbringer

.....
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....
E-Mail-Adresse Telefon mobil

.....
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit:

LANR (falls bekannt)

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

II. Leistungsumfang

GOP EBM Leistungslegende

31362 Eingriff der Kategorie Y2: Phototherapeutische Keratektomie (PTK)

III. Fachliche Anforderungen

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt:

ja (bitte Bescheid beifügen) nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

ja nein

Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“ berechtigt

und

habe selbständig 10 phototherapeutische Keratektomien mit dem Excimer-Laser durchgeführt.

Oder

Ich habe 10 Eingriffe mittels eines Excimer-Lasers selbständig durchgeführt und habe an einer mindestens 2-stündigen Fortbildung zum Thema PTK teilgenommen.

Bitte die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen!

IV. Indikation

Die phototherapeutische Keratektomie (PTK) mit dem Excimer-Laser kann im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur durchgeführt werden bei folgenden Indikationen:

- Rezidivierende Hornhauterosio
- oberflächliche Hornhautnarben
- Hornhautdystrophie
- Hornhautdegeneration und
- oberflächliche Hornhautirregularitäten

V. Dokumentation

V.1 Nach § 6 der Vereinbarung besteht die Verpflichtung, Indikation und Durchführung der PTK zu dokumentieren. Die schriftliche Dokumentation muss mindestens folgende Angaben enthalten:

- Name und Alter des Patienten
- Operateur
- Datum der PTK

- Archivierung des „log-files“. Das „log-file“ muss Angaben zur durchgeführten Eingriffsart und zum vorgenommenen Laserabtrag in Mikrometern enthalten.
- Ein in Ausnahmefällen vorgenommener Laserabtrag von mehr als 100 µm ist nachvollziehbar zu begründen

V.2 Darüber hinaus muss zusätzlich zu V.1 bei Vorliegen einer Indikation gemäß Nr. III Punkt 1 (rezidivierende Hornhauterosio) die schriftliche Dokumentation folgende Angaben enthalten:

Krankheitsverlauf, mit Angaben zu:

- Erstauftritt der Hornhauterosio
- vor der PTK durchgeführter (medikamentös-)konservativer Behandlung (mit näheren Angaben zu Dauer und Dosierung)
- Datum der mechanischen Abschabung der Hornhaut
- Datum (von/bis) des Tragens einer Verbandlinse
- Art und Ausprägung der erheblichen Beeinträchtigung des Patienten durch Schmerzen und oder Fremdkörpergefühl
- Anzahl und Datum der aufgetretenen Rezidive

Bei Vorliegen einer Indikation gemäß Ziffer III Punkt 2 bis 5 muss zusätzlich zu V.1 die schriftliche Dokumentation folgende Angaben enthalten:

Krankheitsverlauf, mit Angaben zu

- bestkorrigiertem Visus des zu therapierenden Auges, Lokalisation und Größe der mit PTK zu therapierenden Läsion (in Bezug auf die Pupille)
- ggf. gegenüber dem Normwertbereich des entsprechenden Gerätes deutlich erhöhter Blendempfindlichkeit (Angabe des zur Untersuchung verwandten Gerätes) durch die Läsion
- ggf. Art und Ausprägung der erheblichen Beeinträchtigung des Patienten durch Schmerzen oder Fremdkörpergefühl

VI. Überprüfung der Dokumentation

- Die Überprüfung der ärztlichen Dokumentation richtet sich auf den Entscheidungsgang zur Indikationsstellung für die PTK.

- Die KV RLP führt alle 2 Kalenderjahre Stichprobenprüfungen bei allen innerhalb eines Zeitraums von 2 Jahren abgerechneten PTK-Leistungen durch. Dabei ist sicherzustellen, dass mindestens 10% der insgesamt abgerechneten Fälle und mindestens 10 % der abrechnenden Ärzte in diese Stichprobenprüfung einbezogen werden. Die KV RLP fordert von dem für die Stichprobenprüfung ausgewählten Arzt die Dokumentationen aller in einem Zeitraum von 2 Jahren abgerechneten Fälle an (höchstens jedoch 10). Die Auswahl der Fälle erfolgt durch die KV RLP unter Angabe des Namens des Patienten.

- Der Entscheidungsgang zur Indikationsstellung entsprechend den in § 6 aufgeführten Anforderungen an die Dokumentation ist für jeden Patienten individuell nachzuvollziehen. Die Anforderungen an die sachgerechte Indikationsstellung sind als erfüllt anzusehen, wenn
 - die Dokumentation nach § 6 vollständig und nachvollziehbar ist.
 - eine Indikation nach § 5 anhand der Dokumentation gegeben ist.
 - der Laserabtrag 100 µm nicht überschreitet. Ein Laserabtrag von mehr als 100 µm muss nachvollziehbar begründet sein.
- Wird eine der Anforderungen an die sachgerechte Indikationsstellung gemäß Absatz 3 nicht erfüllt, muss der Arzt innerhalb von 12 Monaten an einer erneuten Überprüfung der ärztlichen Dokumentation teilnehmen. Hierbei sind 10 Fälle von der KV RLP auszuwählen. Werden die Anforderungen auch dann nicht erfüllt, hat der Arzt die Möglichkeit, innerhalb von 3 Monaten an einem Kolloquium bei der KV RLP teilzunehmen. Hat der Arzt an dem Kolloquium nicht teilgenommen oder war die Teilnahme an dem Kolloquium nicht erfolgreich, ist die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der PTK gemäß § 8 Abs. 2 zu widerrufen.
- Der Antrag auf Wiedererteilung der Genehmigung kann frühestens 6 Monate nach Widerruf der Genehmigung und nach Teilnahme an einer themenbezogenen Fortbildungsmaßnahme gestellt werden. Die Wiedererteilung der Genehmigung bestimmt sich nach den §§ 3 und 4 i. V. m. § 9 Abs. 2.

VII. Apparative Ausstattung

Die Angaben zur apparativen Ausstattung sind von der jeweiligen Hersteller- bzw. Lieferfirma durch Unterschrift und Stempel zu bestätigen. (s. Anlage 1)

VIII. Allgemeines

- Die phototherapeutische Keratektomie darf im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der phototherapeutischen Keratektomie nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.

IX. Erklärung

- Ich / Wir verpflichte/n mich / uns zu der in § 6 geforderten Dokumentation.
- Ich / Wir nehme/n an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach § 7 teil.
- Ich / Wir erkläre/n mein / unser Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der apparativen und räumlichen Gegebenheiten in der Praxis durch eine KV-Kommission

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben:

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle (anstellender Ver-
tragsarzt, MVZ, Institut)

Anlage

ANLAGE 1

ERKLÄRUNG

zur apparativen Ausstattung für phototherapeutische Keratektomie

Mir/uns steht/en ein Excimer-Laser zur Verfügung, welcher geeignet ist, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.

ja nein

Bezeichnung des Gerätes: _____ Baujahr _____

Herstellerfirma/Vertreiber: _____

Inbetriebnahme: _____

Gerätestandort: _____
(Ort, Straße und Hausnummer)

Dieses Gerät verfügt über folgende CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz:



Die Angaben zur apparativen Ausstattung sind von der jeweiligen Hersteller- bzw. Lieferfirma durch Unterschrift und Stempel zu bestätigen.

Datum

Unterschrift/Stempel (Hersteller- bzw. Vertreiberfirma)

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der
abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ,
Institut)

ANLAGE 2

Erklärung zur Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren

Bitte beachten Sie folgendes:

- Die phototherapeutische Keratektomie ist in der Anlage 2 des Vertrages nach § 115b SGB V aufgeführt und somit in die Qualitätssicherung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren einbezogen.

Wir bitten daher, die Anlage 2 dieses Vordruckes entsprechend auszufüllen und zu unterzeichnen.

Die phototherapeutische Keratektomie wird durchgeführt

- in eigener Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte

(Name, Straße und Ort angeben)

- in folgendem **OP-Zentrum/Krankenhaus**

(Name, Straße und Ort angeben)

Folgende Anforderungen werden von mir/der Einrichtung erfüllt:

1. Organisatorische Anforderungen

- Ständige Erreichbarkeit der Einrichtung oder des Operators bzw. behandelnden Arztes für den Patienten.
 - Dokumentation der ausführlichen und umfassenden Information des Patienten über den operativen Eingriff und die ggf. notwendige Anästhesie (alternative Möglichkeiten der Durchführung und Nachbehandlung).
 - Geregelter Informations- und Dokumentenfluss zwischen den beteiligten Ärzten.
 - Gewährleistung einer Kooperation für die Weiterbehandlung, wenn der vorbehandelnde Arzt und der Operator bzw. behandelnde Arzt nicht identisch sind.
 - Gewährleistung einer Kooperation für die Nachbehandlung, wenn der Operator bzw. behandelnde Arzt und der nachbehandelnde Arzt nicht identisch sind.
 - Geregelter Abfallentsorgung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen.
- Die genannten organisatorischen Anforderungen sind erfüllt.
- Folgende organisatorischen Anforderungen sind **nicht** erfüllt:

Bitte einzeln auflühren.

2. Hygienische Anforderungen

- Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren.
 - Sachgerechte Aufbereitung der Medizinprodukte.
 - Dokumentationen über Infektionen nach § 23 Abs. 1 des Gesetzes zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen (Infektionsschutz-Gesetz, IfSG).
 - Hygieneplan nach § 36 Abs. 1 IfSG.
- Die genannten hygienischen Anforderungen sind erfüllt.
- Folgende hygienischen Anforderungen sind **nicht** erfüllt:

Bitte einzeln auflühren.

3. Anforderungen Notfälle

- Organisationsplan für Notfälle/Notfallplan für Zwischenfälle.
 - Regelmäßige Fortbildung des Praxispersonals im Notfall-Management.
 - Vorhalten geeigneter Reanimationsmaßnahmen (entsprechend dem operativem Spektrum).
 - Sicherstellung einer Notfallversorgung.
- Die genannten Anforderungen für Notfälle sind erfüllt.
- Folgende Anforderungen für Notfälle sind **nicht** erfüllt:

Bitte einzeln auflühren.

4. Anforderungen für invasive Untersuchungen, vergleichbare Behandlungen und Maßnahmen

Räumliche Ausstattung

- Untersuchungs-/Behandlungsraum

Apparativ-technische Ausstattung

- a) Untersuchungs-/Behandlungsraum
- problemlos feucht zu reinigende und desinfizierende Raumboberflächen (z.B. Wandbelag) und Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z.B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen, ggf. flüssigkeitsdichter Fußboden
- b) Wascheinrichtung
- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur hygienischen Händedesinfektion

Zusätzlich abhängig von Art und Schwere des Eingriffs und Gesundheitszustand des Patienten:

- c) Instrumentarium und Geräte
 - Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
 - Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- d) Arzneimittel
 - Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Die genannten Anforderungen für invasive Untersuchungen, vergleichbare Behandlungen und Maßnahmen sind erfüllt.
- Folgende Anforderungen für invasive Untersuchungen, vergleichbare Behandlungen und Maßnahmen sind **nicht** erfüllt:

Bitte einzeln auflühren.

5. Zusätzliche Anforderungen für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle

- Raumboberflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen diffus reflektierend beschaffen.
- Die genannte Anforderung für Laserbehandlungen außerhalb von Körperhöhlen ist erfüllt.
- Die Anforderung für Laserbehandlungen außerhalb von Körperhöhlen ist **nicht** erfüllt.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum

Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle (anstellender Ver-
tragsarzt, MVZ, Institut)