



# Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle Düsseldorf / Köln  
Abteilung für Qualitätssicherung  
40182 Düsseldorf

Kontakt: **Jennifer Schuster**  
Telefon: (0211) 5970-8594  
Telefax: (0211) 5970-33131  
E-Mail: Augenheilkunde@kvno.de

Kontakt: **Adriana Labiak**  
Telefon: (0211)5970-8169  
Telefax: (0211) 5970-33131  
E-Mail: Augenheilkunde@kvno.de

Kontakt: **Simone Mc Kay**  
Telefon: (0221) 7763-6562  
Telefax: (0211) 5970-33131  
E-Mail: Augenheilkunde@kvno.de

## Antrag Photodynamische Therapie am Augenhintergrund

Name: .....

LANR: .....

BSNR: ..... (wenn bereits bekannt)

### Privatanschrift

### Praxisanschrift

(bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des Krankenhauses)

Straße: .....

PLZ/Ort: .....

Telefon: .....

Telefax: .....

Email: .....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

### Fachliche Befähigung gemäß § 3

Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“  
– § 3 Abs. 1 Nr. 1 –

**und**

weise die selbständige Auswertung von mindestens 200 Fluoreszenzangiographien unter Anleitung am Augenhintergrund zur Differentialdiagnostik pathologischer Veränderungen bei Vorliegen einer AMD oder/ und einer pathologischen (hohen) Myopie zur Indikationsstellung zu operativen und medikamentösen Eingriffen, insbesondere zu einer photodynamischen Therapie, innerhalb eines Zeitraumes von fünf Jahren vor Antragstellung – § 3 Abs. 1 Nr. 2 – (Bitte eine Fotokopie des Zeugnisses beilegen).

**und**

die selbständige Durchführung von 50 photodynamischen Therapien am Augenhintergrund innerhalb von fünf Jahren vor der Antragstellung unter Anleitung nach.  
– § 3 Abs. 1 Nr. 3 – (Bitte eine Fotokopie des Zeugnisses beilegen).

Die nach § 3 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 nachzuweisende Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist (Bitte eine Fotokopie des Nachweises dem Antrag beilegen).

**bzw.**

Die nach § 3 Abs. 1 Nrn. 2 und 3 nachzuweisende Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der nach der Weiterbildungsordnung nur teilweise zur Weiterbildung befugt ist. Dieser Arzt muss zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllen (Bitte eine Fotokopie des Nachweises dem Antrag beilegen).

**oder**

Ich weise die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mindestens vier Stunden Dauer nach. Der Kurs ist innerhalb der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung absolviert worden und vermittelte Kenntnisse zur Indikationsstellung (Indikation, Kontraindikation, Demonstration charakteristischer klinischer und angiographischer Fälle und Abläufe) und Durchführung der PDT (Prinzipien, praktische Anleitung, Risiken und Komplikationen, Kriterien zur Wiederholung und zum Abbruch) (Bitte eine Fotokopie der Kursbescheinigung dem Antrag beilegen).

Der Kursleiter hat mindestens 100 photodynamische Therapien am Augenhintergrund selbständig durchgeführt und 2000 Fluoreszenzangiographien selbständig ausgewertet (Bitte eine Fotokopie des Nachweises dem Antrag beilegen).

### Apparative Ausstattung gemäß § 4

Ich besitze ein Lasergerät (Photoaktivator), welches geeignet ist, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren und eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz besitzt (Bitte eine Ablichtung des Gerätebogens des Herstellers dem Antrag beifügen).

**oder**

Ich verwende ein in fremdem Eigentum stehendes Lasergerät (Photoaktivator), welches geeignet ist, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren und eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz besitzt (Bitte eine Ablichtung des Vertrages mit dem Besitzer des Lasergerätes (Photoaktivators), über die vereinbarte Berechtigung zur Nutzung des Gerätes und eine Ablichtung des Gerätebogens des Herstellers dem Antrag beifügen).

## Dokumentation gemäß § 5

Ich verpflichte mich, die Indikation und die Durchführung der PDT zu dokumentieren. Die Schriftliche Dokumentation muss bei der Erstbehandlung mindestens folgende Angaben beinhalten:

1. Name und Alter des Patienten
2. Krankheitsverlauf (Zeitpunkt von Sehverschlechterung und gegebenenfalls Metamorphopsien, bei okkulten CNV ohne klassischen Anteil Nachweis einer Krankheitsprogression durch
  - a) Hämorrhagie,
  - b) Visusabfall von mindestens analog einer ETDRS-Zeile innerhalb der letzten drei Monate oder
  - c) fluoreszenzangiographisch Zunahme der Läsionsgröße (größte lineare Ausdehnung) um mindestens zehn Prozent innerhalb der letzten drei Monate)
3. Aktueller Visus (mit bester Korrektur)
4. Fundusbefund (subretinale Flüssigkeit, subretinales Blut, Drusen, intraretinale Lipidablagerungen, seröse/fibröse Pigmentepitelabhebungen)
5. Fluoreszeinangiographischer Befund (Staining, Leckage, Lokalisation der Läsion, Angabe des Anteils der klassischen Membran beziehungsweise der okkulten Membran in Prozent, Angabe der CNV-Größe in Papillenflächen)
6. Diagnose. Bei der Diagnose „pathologische Myopie“: Angabe der Refraktion oder Bulbuslänge
7. Photodynamische Therapie (Datum, Art und Menge des injizierten Wirkstoffes in ml, Spotgröße des Behandlungsstrahles); gegebenenfalls Angabe des Datums von vorherigen photodynamischen Therapien

Die bildliche Dokumentation muss jeweils mindestens ein repräsentatives fluoreszeinangiographisches Bild als Leeraufnahme sowie aus früher (arterieller oder arteriovenöser) und später (länger als drei Minuten ab Injektion) Phase enthalten. Die Qualität der Aufnahmen muss ausreichend sein, um die Indikationsstellung nachvollziehen zu können und darf keine Mängel nach § 6 Abs. 3 aufweisen.

## Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gemäß § 6

Ich verpflichte mich, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein auf Anforderung jährlich von der Erstindikationsstellung die Dokumentation von 10 abgerechneten Fällen vorzulegen.

-----  
**Ort/Datum**

-----  
**Unterschrift des Antragstellers**

-----  
**Vertragsarztstempel**

-----  
**Ggf. Unterschrift des anstellenden  
Arztes**