



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

Tel.: 030 / 31 003-384
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-2@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (QS-V IVM)

<p>Antragsteller</p> <hr/> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <hr/> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
---	---

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p>										
<p>_____ Name des Krankenhauses</p>											

<p>Grund der Antragstellung</p> <p><input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin) <input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs</p>	
<p>Genehmigung beantragt zum</p>	<p>_____ Datum</p>
<p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p>	<p>_____ Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistungen

- intravitreale Medikamenteneingabe (GOP 31371, 31372, 31373 EBM)

Leistungsort

- Betriebsstätte (OP in eigener Praxis)

Adresse

- Nebenbetriebsstätte (ausgelagerter OP-Standort)

Nebenbetriebsstättennummer
(sofern bereits bekannt)

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

Name und Adresse des Betreibers

- Nebenbetriebsstätte (ausgelagerter OP-Standort)

Nebenbetriebsstättennummer
(sofern bereits bekannt)

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

Name und Adresse des Betreibers

Bei mehr als zwei Operationsstandorten listen Sie die Standorte bitte gesondert auf.



Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Befähigung gemäß § 3 Nr. 1 - 4 i. V. m. § 10 Abs. 1 und 2 der QS-V IVM

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“

Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt.

und

- Nachweis/Zeugnis über die selbständige Auswertung von mindestens **250 Fluoreszenzangiographien** am Augenhintergrund unter Anleitung eines Arztes, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist

Ist der anleitende Arzt nur teilweise zur Weiterbildung befugt, muss er zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach § 3 der QS-V IVM erfüllen.

oder

- Nachweis über die selbständige Erbringung von mindestens **500 Fluoreszenzangiographien** am Augenhintergrund vor dem 01.10.2014

oder

- Nachweis über die selbständige Auswertung von Fluoreszenzangiographien (FLA) am Augenhintergrund unter Anleitung eines Arztes, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist

Anzahl: _____

und

- Nachweis/Zeugnis über die selbständige Erbringung von Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund vor dem 01.10.2014 (Anrechnung auf die geforderte Anzahl von ausgewerteten FLA nach §3 Nr.2 Satz1)

Anzahl: _____

Bei kombiniertem Nachweis nach der Vereinbarung müssen insgesamt mindestens 250 FLA selbständig erbracht bzw. selbständig unter Anleitung ausgewertet worden sein.

und

- Nachweis/Zeugnis über die selbständige Indikationsstellung und Befundung von **100 OCT-Untersuchungen** am Augenhintergrund unter Anleitung eines Arztes, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist

oder

- Nachweis über die selbständige Durchführung von **200 OCT-Untersuchungen** am Augenhintergrund unter Anleitung eines Arztes, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist

und

- Nachweis über die selbständige Durchführung von **100 intraokularen Eingriffen** (ohne Lasertherapie)

**und**

Nachweis von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben, insbesondere zur aktuellen Indikation, Techniken und dem Komplikationsmanagement:

- Erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer zur intravitrealen Medikamenteneingabe mit aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement (Zeugnis/Bescheinigung)

Der Kursleiter muss mindestens 200 intravitreale Medikamenteneingaben selbständig durchgeführt und 2.000 Fluoreszenzangiographien selbständig ausgewertet haben.

oder

- nach dem 01.01.2010 erworbene Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben, insbesondere zur aktuellen Indikation, Techniken und dem Komplikationsmanagement (Logbuch/Zeugnis)

oder

- Nachweis über die selbständige Durchführung von 100 intravitrealen Medikamenteneingaben (Logbuch/Zeugnis)

Räumliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen gemäß § 4 der QS-V IVM

- Es wird versichert, dass die räumlichen und die apparativ-technischen Voraussetzungen gemäß § 4 der o. g. Vereinbarung erfüllt sind.

Räumliche Ausstattung

- Nachweis erfolgt durch den vollständigen Grundriss der Operationseinrichtung/en inklusive der erforderlichen Nebenräume.
- Operationsraum
 - Personalumkleidebereich mit Waschbecken und Vorrichtung zur Durchführung der Händedesinfektion
 - Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten, Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter, Raum für Putzmittel (Eine Kombination dieser drei Räume ist möglich.)
 - Räume oder Flächen für das Lagern von Sterilgut und reinen Geräten
 - ggf. Ruhe/Aufwachraum für Patienten
 - ggf. Umkleidebereich für Patienten
- Nachweis über bereits durchgeführte Begehungen (Prüfungsprotokoll) ist beigelegt

Datum der Begehung: _____

Durch: _____
Institution (KV Berlin/ LAGeSo/ Gesundheitsamt etc.)



Apparativ-technische Voraussetzungen

Operationsraum

- Raumboflächen, Oberflächen von betrieblichen Einbauten und Geräteoberflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können
- Der Fußbodenbelag muss flüssigkeitsdicht sein
- Lichtquellen zur fachgerechten Ausleuchtung des Operationsraumes und des Operationsgebietes mit Sicherung durch Stromausfallüberbrückung, auch zur Sicherung des Monitorings lebenswichtiger Funktionen oder durch netzunabhängige Stromquelle mit operationsentsprechender Lichtstärke als Notbeleuchtung
- Entlüftungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der eingesetzten Anästhesieverfahren und der hygienischen Anforderungen

Wascheinrichtung

- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion

Instrumentarium und Geräte

- Instrumentarium zur Reanimation und Geräte zur manuellen Beatmung, Sauerstoffversorgung und Absaugung
- Geräte zur Infusions- und Schockbehandlung
- OP-Tisch/-Stuhl mit fachgerechten Lagerungsmöglichkeiten
- Fachspezifisches operatives Instrumentarium mit ausreichenden Reserveinstrumenten
- Ggf. ein Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden)

Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial

- Notfallmedikamente zu sofortigem Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmal-Material, in Art und Menge so bemessen, dass ggf. ein Wechsel auch während des Eingriffs erfolgen kann
- Infusionslösungen, Verband- und Nahtmaterial, sonstiges Verbrauchsmaterial

Neben der Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren sind insbesondere folgende Vorgaben zur Hygiene einzuhalten:

- Spülung der Augenoberfläche mit 10 ml Povidon-Iod 5%, Abstreichen der Zilien mit Povidon-Iod 10%
- Händedesinfektion, sterile Operationshandschuhe
- Steriler Kittel, OP-Haube, Mundschutz
- Sterile Spritze und Kanüle
- Steriles Abdecktuch
- Steriles Lidspekulum
- Steriler Zirkel
- nach Durchführung der Desinfektion ist jedes Behältnis von Augentropfen oder –salben nur für jeweils einen Patienten zu verwenden

Es werden sterilisierbare Instrumentarien verwendet.

Folgendes Sterilisationsgerät wird eingesetzt:

(Firma, Typ, Baujahr)

Für das Komplikationsmanagement werden ein passendes Instrumentarium und ein Operationsmikroskop vorgehalten.



VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **räumliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen gemäß § 4**
- **ärztliche Dokumentation gemäß §5**
- **Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gemäß § 6**

der QS-Vereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe.

Es wird versichert, dass bei der Erbringung der intravitrealen Medikamenteneingabe außerhalb der eigenen Praxis die Präsenzpflcht in der eigenen Praxis gemäß BMV-Ä gewährleistet ist.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe, in Kraft getreten am 01.10.2014, in der Fassung vom 01.07.2021. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)



EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR PRAXISBEGEHUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die Erfüllung der organisatorischen, hygienischen, räumlichen und apparativ-technischen Anforderungen gemäß § 4 der QS-V zur intravitrealen Medikamenteneingabe in der Praxis daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen, wird erklärt. Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Prüfung gemäß § 8 (2) der QS-V zur IVM erklärt.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Bei der Leistungserbringung an ausgelagerten Operationsstandorten Dritter
vom OP-Betreiber zu unterschreiben

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift OP-Betreiber