

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

Stand: Januar 2022

Name, Vorname:

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH:

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR:

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM)

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 			
Leistungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	31371, 31372 und 31373 EBM (ambulant) 36371, 36372 und 36373 EBM (belegärztlich)		
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Fachliche Voraussetzungen	Folgende Anforderungen nach § 3 werden erfüllt: Selbstständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund. Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist. Ist der Arzt nur teilweise zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt muss zusätzlich die Anforderung an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllt sein. -bitte beifügen- (Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund, welche von Vertragsärzten vor dem 1. Oktober 2014 selbständig erbracht wurden, können bei entsprechendem Nachweis auf die geforderte Anzahl von ausgewerteten Fluoreszenzangiographien unter Anleitung angerechnet werden.) ODER		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

	Selbstständige Durchführung von mindestens 500 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund vor dem 1. Oktober 2014 (Übergangsregelung gemäß § 10 Abs. 2). -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selbstständige Indikationsstellung und Befundung von 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund unter Anleitung. Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung befugt ist. Ist der Arzt nur teilweise zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt muss zusätzlich die Anforderung an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung erfüllt sein. -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ODER Selbstständige Durchführung von mindestens 200 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund. -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Selbstständige Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie). -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nach dem 1. Januar 2010 erworbene Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Indikationsstellung und Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben insbesondere zu aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement. -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ODER Selbstständige Durchführung von 100 intravitrealen Medikamenteneingaben. -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ODER Erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs mit mindestens vier Stunden Dauer zur intravitrealen Medikamenteneingabe mit aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement. -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apparative Voraussetzungen	Folgende Anforderungen nach § 4 Abs. 1 werden erfüllt: <u>Apparativ-technische Voraussetzungen Operationsraum</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raumboflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) und Geräteoberflächen werden problemlos feucht gereinigt und desinfiziert, der Fußbodenbelag ist flüssigkeitsdicht ▪ 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 <u>Wascheinrichtung</u> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
	<p><u>Instrumentarium und Geräte</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 ▪ Anästhesie- bzw. Narkosegerät mit Spezialinstrumentarium (kann auch vom Anästhesisten gestellt werden) <p><u>Arzneimittel, Operationstextilien, Verband- und Verbrauchsmaterial</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisatorische/ bauliche Voraussetzungen	<p>Folgende Anforderungen nach § 4 Abs. 1 und 2 werden erfüllt:</p> <p><u>Räumliche Ausstattung</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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. Ruheraum/Aufwachraum für Patienten ▪ ggf. Umkleidebereich für Patienten <p>Neben der Anwendung fachgerechter Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren werden insbesondere nachfolgende Vorgaben zur Hygiene eingehalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>

	<ul style="list-style-type: none"> Nach Durchführung der Desinfektion ist jedes Behältnis von Augentropfen oder Augensalben nur für jeweils einen Patienten zu verwenden 		
	In Fällen, in denen sterilisierbare Instrumentarien Verwendung finden, wird ein Sterilisationsgerät eingesetzt. -bitte beifügen-	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es werden Einmalinstrumente verwendet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Für das Komplikationsmanagement werden ein passendes Instrumentarium und ein Operationsmikroskop vorgehalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Urkunde der Facharztanerkennung Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung Arbeitszeugnisse 		<input type="checkbox"/>
Zustimmung	Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.		<input type="checkbox"/>
	Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung IVM zur Kenntnis genommen zu haben.		<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt