Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM)

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!
Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1

Stefanie Gilmer
Julia Reinhardt
Luisa Casola-Gallschneider

Tel 069 24741-7217
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.1@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 I 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

☏ _____ 🖷 _____ 💻 _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

☐ Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.
Hinweis: Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

☐ Zu einem späteren Datum _____

WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Art der Tätigkeit[1]:

☐ Vertragsarzt in

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ

☐ Angestellter Arzt in

☐ Einzelpraxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

☐ MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ

☐ Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung/des Krankenhauses

☐ Instituts-Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts **und** des verantwortlichen Leiters

☐ Sicherstellungsassistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes oder des anstellenden MVZ **mit** Angabe des zu vertretenden Arztes

Die Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe werden durchgeführt (bitte jeweils mit Anschrift):

☐ in eigener Praxis mit BSNR _____

_____

☐ durch Mitbenutzungsmöglichkeit: **(Bitte die Nutzungserklärung ausgefüllt und unterschrieben vom Leiter des OP-Standortes mit einreichen.)**

☐ in der Praxis mit BSNR _____

☐ im Krankenhaus / MVZ / OP-Zentrum: _____

_____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

[1] Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für **angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben**

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Beantragte Leistungen:

☐ Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe (GOP 31371 – 31373) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

☐ Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe (GOP 36371 – 36373) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – Erbringung im Rahmen einer vorhandenen Belegarztanerkennung

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Befähigung: § 3 *(zutreffendes bitte ankreuzen)*

Folgende Fachliche Befähigung nach § 3 QSV § 135 Abs. 2 SGB V IVM wird sichergestellt:

☐ Urkunde über die Berechtigung zum Führen der **Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“** ist beigefügt.

UND

☐ Ich kann nachweisen, dass ich mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund selbständig unter Anleitung ausgewertet habe. **(Bitte Zeugnis beifügen!)**
Hinweis: Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, 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 der Qualitätssicherungsvereinbarung IVM erfüllen.

UND

☐ Ich kann nachweisen, dass ich mindestens 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund selbständig unter Anleitung indiziert und befundet habe. **(Bitte Zeugnis beifügen!)**
Hinweis: Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, 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 der Qualitätssicherungsvereinbarung IVM erfüllen.

oder

☐ Ich kann nachweisen, dass ich mindestens 200 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund selbstständig durchgeführte habe. **(Bitte Nachweis beifügen!)**

UND

☐ Ich erkläre, dass ich 100 intraokulare Eingriffe (ohne Lasertherapie) selbständig durchgeführt habe.

UND

☐ Ich kann Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben insbesondere zu aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement nachweisen. **(Bitte aussage-**

kräftigen Nachweis beifügen!)

(Z. B. **Teilnahmebescheinigung** an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer zur intravitrealen Medikamenteneingabe mit aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement. Der Kursleiter hat mindestens 200 intravitreale Medikamenteneingaben selbständig durchgeführt und 2.000 Fluoreszenzangiographien selbständig ausgewertet. **Oder Nachweis** über die selbstständige Durchführung von 100 intravitrealen Medikamenteneingaben.)

Räumliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen:

Folgende räumliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen nach § 4 QSV § 135 Abs. 2 SGB IVM werden bestätigt:

☐ **Räumliche Ausstattung**

- 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

☐ **Apparativ-technische Voraussetzungen**

OPERATIONSRAUM

- Raumoberflächen (z. B. Wandbelag), Oberflächen von betrieblichen Einbauten (z. B. Türen, Regalsystem, Lampen) 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. 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 werden insbesondere folgende Vorgaben zur Hygiene eingehalten:**

- 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

☐ **In Fällen, in denen sterilisierbare Instrumentarien Verwendung finden, wird gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung bestätigt, dass ein Sterilisationsgerät eingesetzt wird.**

☐ **Für das Komplikationsmanagement wird ein passendes Instrumentarium und ein Operationsmikroskop vorgehalten.**

Weitere Anforderungen an die Leistungserbringung:

☐ Mir ist bekannt, dass die Dokumentation nach § 5 der QSV IVM erfolgen muss.

Erklärungen und Hinweise

- Ergeben sich Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite, erkläre ich mich mit einer Begehung und einem Gespräch am Ort der Leistungserbringung gemäß § 8 Abs. 2 QSV IVM einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Vereinbarung Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zulässig ist.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

……	……	……..
Datum	Unterschrift des Antragsstellers	ggf. Praxisstempel

<u>Gilt nur bei angestellten Ärzten:</u>

……	……	……..
Datum	**Unterschrift des <u>anstellenden</u> Arztes bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ**	Stempel

Stand: Januar 2025

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

CHECKLISTE

	Liegt der KVH bereits vor	Ist dem Antrag beigefügt
1. Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Augenheilkunde“	☐	☐
2. Zeugnis über die selbstständige Auswertung von mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugten Arztes	☐	☐
3. Zeugnis über die selbstständige Indikationsstellung und Befundung von 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugten Arztes **oder** Nachweis über mindestens 200 selbstständig durchgeführte OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund	☐	☐
5. Aussagekräftiger Nachweis über Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben insbesondere zu aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement	☐	☐

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.