

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 Abrechnung und Ausführung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe

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

<b>Antragsteller</b>	<b>Leistungserbringer</b>
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

<b>Betriebsstättennummer (BSNR)</b>	<input type="text"/>
<b>Lebenslange Arztnummer (LANR)</b> (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigung	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
_____ Name des Krankenhauses des ermächtigten Arztes	

<b>Genehmigung beantragt zum</b>	_____
	Datum
<b>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</b>	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



**Leistung**

- GOP 31371, 31372, 31373 EBM - intravitrealen Medikamenteneingabe

**Leistungsort**

Anästhesisten sind von der Angabe der Operationsstandorte ausgenommen.

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer  
(sofern bereits bekannt)

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

Name und Adresse des Betreibers

- 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“

**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 und apparativ-technische Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 der QS-V IVM

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

#### Räumliche Ausstattung

- Nachweis erfolgt durch den vollständigen Grundriss der Operationseinrichtung/en inklusive der erforderlichen Nebenräume.

Bei ambulanten Laserbehandlungen bitte den Standort des Lasers im Grundriss angeben.

- Operationsraum / Raum für Eingriffe mit geringem SSI (Surgical Side Effekt)
- Personalumkleidebereich (Waschbecken und Vorrichtung zur Händedesinfektion)
- Räume/Flächen zur Lagerung von Sterilgut und reinen Geräten
- Raum für die Aufbereitung von Geräten und Instrumenten
- Entsorgungsübergaberaum für unreine Güter
- Raum für Putzmittel (\*Kombination dieser 3 Räume möglich)
- ggf. Umkleidebereich und Ruhe/Aufwachraum für Patienten

- Nachweis über bereits durchgeführte Begehungen (Prüfungsprotokoll) ist beigefügt

\_\_\_\_\_  
Datum der Begehung

\_\_\_\_\_  
Institution (KV Berlin/ LAGeSo/ Gesundheitsamt etc.)



### Apparativ-technische Voraussetzungen

- Flüssigkeitsdicht verfugter Boden
- Raumboflächen müssen problemlos feucht gereinigt und desinfiziert werden können  
*Für Laserbehandlungen außerhalb der Körperhöhle gilt zusätzlich, dass Raumboflächen und zur baulichen Ausrüstung des Raumes gehörende Einrichtungen diffus reflektierend beschaffen sein sollen. Weitere Verpflichtungen aufgrund von Unfallverhütungsvorschriften und anderen Normen zum Betrieb von Laseranlagen zu medizinischen Zwecken bleiben davon unberührt.*
- 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
- Zweckentsprechende Armaturen und Sanitärkeramik zur chirurgischen Händedesinfektion
- 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
- Notfallmedikamente zum sofortigen Zugriff und Anwendung
- Operationstextilien bzw. entsprechendes Einmalmaterial, 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 QS-Vereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe 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**

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 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe. 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

---

Arztstempel/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.

Bei der Leistungserbringung in der eigenen Praxis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift Antragsteller

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift OP-Betreiber