

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
BrandenburgKassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Antrag

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Behandlung der intravitrealen Medikamenteneingabe

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

☐ Eigener Niederlassung☐ Ermächtigter Arzt☐ Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ☐ Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Ambulant: – intraokularer Eingriff der Kategorie Z1 bzw. Z9:

- Die Genehmigung zum ambulanten Operieren liegt vor

ja **nein**☐☐**Belegärztlich:** - durchgeführter intraokularer Eingriff

- Belegarztgenehmigung liegt vor

☐☐

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe **nur** erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Augenheilkunde“ | ☐ | ☐ |
| und | | |
| 2. Zeugnis über die selbständige Auswertung von mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde in vollem Umfang befugten Arztes. | ☐ | ☐ |
| und | | |
| 3. Nachweis über die selbständige Indikationsstellung und Befundung von 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund unter Anleitung eines zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugten Arztes. | ☐ | ☐ |
| oder | | |
| Nachweis von mindestens 200 selbstständig durchgeführten OCT-Untersuchungen gelten die Voraussetzungen ebenfalls als erfüllt. | ☐ | ☐ |
| und | | |
| 4. Nachweis über die selbständige Durchführung von mindestens 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie). | ☐ | ☐ |
| und | | |
| 5. Nachweis der Erfüllung der Anforderungen nach § 3 Nr. 5 durch | | |
| a. nach dem 01.01.2010 erworbene Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Indikationsstellung und Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben | ☐ | ☐ |
| oder | | |
| b. selbständige Durchführung von 100 intravitrealen Medikamenteneingaben | ☐ | ☐ |
| oder | | |
| c. eine erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer zur IVM. Der Kursleiter muss mindestens 200 IVM selbstständig durchgeführt und 2.000 Fluoreszenzangiographien selbstständig ausgewertet haben. | ☐ | ☐ |

III. Räumliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Die räumlichen Anforderungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 1 QSV werden erfüllt | ☐ | ☐ |
| 2. Die apparativ-technischen Voraussetzungen nach § 4 Abs. 1 Nr. 2 QSV werden erfüllt | ☐ | ☐ |
| 3. Die hygienischen Anforderungen nach § 4 Abs. 2 QSV werden erfüllt | ☐ | ☐ |
| 4. Verwendung sterilisierbarer Instrumentarien | | |
| a. Es wird folgendes Sterilisationsgerät eingesetzt: | ☐ | ☐ |
| <hr/> | | |
| <i>Firma, Typ, Baujahr (Bitte reichen Sie einen Nachweis ein.)</i> | | |
| oder | | |
| b. Es finden nur Einmal-Instrumentarien Verwendung | ☐ | ☐ |
| 5. Für das Komplikationsmanagement werden passende Instrumentarien und ein Operationsmikroskop vorgehalten. | ☐ | ☐ |

IV. Erklärung/Verpflichtung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich bzw. verpflichte ich mich:

1. Anforderungen an die ärztliche Dokumentation nach § 5 QSV zu erfüllen.
2. Teilnahme an einer stichprobenhaften Überprüfung der ärztlichen Dokumentation nach § 6 QSV.
3. mein Einverständnis, dass die zuständige Qualitätssicherungskommission der KV Brandenburg die Erfüllung der Anforderungen gemäß § 8 der o.g. Vereinbarung in meiner/unserer Praxis überprüfen kann.

V. Abrechnungsgenehmigung durch eine KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am erhalten. Eine Kopie dieser Genehmigung liegt bei.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie mich bzw. uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:
qs@kvbb.de.

Datum

Unterschrift des Antragstellers:

Praxisinhaber bzw.

ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ

Unterschrift angestellter Arzt

im Falle der Anstellung

Hinweis:

Die beantragten Behandlungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.