

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung
von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe**

Name _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ, Ort _____

Telefon/ Fax: _____

E-Mail: _____

Ich besitze die Anerkennung als

Facharzt für: _____

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: _____

Niedergelassene Vertragsärzte

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: _____

Ich übernehme die Praxis von: _____

ab: _____.

Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: _____

ab: _____

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ _____

ab: _____

Ermächtigte Ärzte:

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Leistungen intravitrealen Medikamenteneingabe nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (EBM-Nrn. 31371, 31372, 31373, 36371, 36372 und 36373)

Abrechnungsgenehmigung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung

- Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung von der KV _____ erhalten.
- Eine Kopie dieser Genehmigung füge ich dem Antrag bei.

Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 3

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Augenheilkunde.
- Die Urkunde liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.
 - Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.
- I. Mit den als Anlage beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen weise ich die selbstständige Auswertung unter Anleitung von mindestens 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund nach.

und

- II. Mit den als Anlage beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen weise ich die selbstständige Indikationsstellung und Befundung unter Anleitung von 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund nach.
- Die Anleitung unter I. und II. hat bei einem Arzt stattgefunden, der nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist.
 - Der anleitende Arzt verfügt nur teilweise über die Weiterbildung und erfüllt zusätzlich die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach dieser Vereinbarung.

oder

- Mit den als Anlage beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen weise ich die selbstständige Durchführung von mindestens 200 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund nach.

und

- Mit den als Anlage beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen weise ich die selbstständige Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie) nach.

und

- Mit den als Anlage beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen weise ich die Erfüllung von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben, insbesondere zu aktuellen Indikationen, Techniken und Komplikationsmanagement, nach:
- a) die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mindestens 4 Stunden Dauer zur intravitrealen Medikamenteneingabe mit aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement.
 - Der Kursleiter muss mindestens 200 intravitreale Medikamenteneingaben selbstständig durchgeführt und 2.000 Fluoreszenzangiographien selbstständig ausgewertet haben.

oder

- b) die selbstständige Durchführung von 100 intravitrealen Medikamenteneingaben

oder

- c) erworbene Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten nach dem 1. Januar 2010

Nachweis der räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen gem. § 4

Die Durchführung der intravitrealen Medikamentengabe erfolgt im Operationsraum unter der Anschrift:

- Der Operationsraum entspricht den Anforderungen gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung Intravitreale Medikamenteneingabe.

Folgende hygienische Voraussetzungen werden am Operationsort vorgehalten:

- Fachgerechte Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren werden angewendet.
- 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 wird jedes Behältnis von Augentropfen oder –salben nur für jeweils einen Patienten verwendet.
- Es ist ein Operationsmikroskop vorhanden.
- Es finden nur Einmal-Instrumentarien Verwendung.
- Für angewendete sterilisierbare Instrumente wird ein Sterilisationsgerät eingesetzt.

Herstellerfirma/Typ: _____

Weitere Verpflichtungen/ Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Vereinbarung zur intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß § 135 Abs. 2 SGB V betreffend die korrekte Leistungserbringung bei Vorliegen mindestens einer Indikation gemäß § 1 Abs. 1, den Einsatz der OCT gemäß Anlage 1 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung nach § 1 Abs. 3, die Anforderungen an die räumlichen-, apparativ-technischen und hygienischen Voraussetzungen gemäß § 4, die Anforderungen an die Dokumentation gemäß § 5 sowie die erfolgreiche Teilnahme an der Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gemäß § 6 zur Aufrechterhaltung der Genehmigung zu erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung bzw. auch während des Bestandes einer Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung vor Ort der Leistungserbringung durchzuführen, um sich von der Einhaltung der räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung intravitreale Medikamentengabe zu vergewissern.

3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend die apparative Ausstattung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

Ort, Datum, BSNR

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte