

## Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM)

**Name:** .....

**Straße:** .....

**PLZ/Ort:** .....

**Telefon/ Telefax:** .....

**E-Mail:** .....

**LANR:** ..... (wenn bereits bekannt)

**BSNR:** ..... (wenn bereits bekannt)

**Angestellte(r) Ärztin / Arzt bei:**  
.....

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, dass ich die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) inhaltlich zur Kenntnis genommen habe.

**Ich führe die IVM-Leistungen in einem Operationsraum durch, der sich**

- in eigener Praxis
- in einem MVZ
- in der Praxis eines Kollegen
- in einem OP-Zentrum
- in einem Krankenhaus

**befindet.**

**ggf. von meiner Praxisanschrift abweichende Anschrift**

Name/ Bezeichnung .....

Straße .....

PLZ/ Ort .....

ggf. Telefon.....

ggf. Telefax .....

**I. Fachliche Voraussetzungen:**

Die fachlichen Voraussetzungen werden nachgewiesen durch:

1. Facharzturkunde „Augenheilkunde“   
**oder:** Urkunde liegt der KV Nordrhein bereits vor
  
2. Zeugnis über die selbstständige Auswertung von mind. 250 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund unter Anleitung durch einen Arzt, der in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist. Sofern der anleitende Arzt nur teilweise zur Weiterbildung befugt ist, muss er die fachliche Befähigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung IVM erfüllen.   
**oder**  
Nachweis über die selbstständige Erbringung von mind. 500 Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund vor dem 01.10.2014

**oder (kombinierter Nachweis)**

Nachweis über die selbstständige Erbringung von ..... (Anzahl) Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund vor dem 01.10.2014 und

Zeugnis über die selbstständige Auswertung unter Anleitung von .....(Anzahl) Fluoreszenzangiographien am Augenhintergrund. Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist. Sofern der anleitende Arzt nur teilweise zur Weiterleitung befugt ist, muss er die fachliche Befähigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung IVM erfüllen.

3. Zeugnis über die selbstständige Indikationsstellung und Befundung von 100 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund unter Anleitung. Die Anleitung hat bei einem Arzt stattzufinden, der in vollem Umfang zur Weiterbildung im Gebiet Augenheilkunde befugt ist. Sofern der anleitende Arzt nur teilweise zur Weiterleitung befugt ist, muss er die Anforderungen an die fachliche Befähigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung IVM erfüllen.

**oder**

Nachweis über die selbstständige Durchführung von 200 OCT-Untersuchungen am Augenhintergrund

4. Nachweis über die selbstständige Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie)

5. Nachweis von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben insbesondere zu aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement durch

nach dem 01.01.2010 erworbene Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten über die Indikationsstellung und Durchführung von intravitrealen Medikamenteneingaben, insb. zu aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement

**oder**

die selbstständige Durchführung von 100 intravitrealen Medikamenteneingaben

**oder**

Bescheinigung über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von mind. 4 Stunden Dauer zur intravitrealen Medikamenteneingabe mit aktuellen Indikationen, Techniken und dem Komplikationsmanagement. Der Kursleiter muss mind. 200 intravitreale Medikamenteneingaben selbstständig durchgeführt und 2.000 Fluoreszenzangiographien selbstständig ausgewertet haben.

## II. Räumliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen

1. Operationsraum gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren.

Die Genehmigung der KV Nordrhein liegt für die beantragte IVM-OP-Einheit vor

**oder:** ist beantragt (gesondertes Genehmigungsverfahren).

2. Folgende hygienische Anforderungen nach § 4 Abs. 2 Qualitätssicherungsvereinbarung IVM werden eingehalten:

- Es finden fachgerechte Reinigungs-, Desinfektions- und Sterilisationsverfahren Anwendung
- 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.

3. Es finden sterilisierbare Instrumentarien Verwendung.   
 Es wird folgendes Sterilisationsgerät eingesetzt:

-----  
 Firma, Typ, Baujahr

**oder**

- Es finden nur Einmal-Instrumentarien Verwendung.

4. Für das Komplikationsmanagement wird passendes Instrumentarium und ein Operationsmikroskop vorgehalten.

### III. Einverständniserklärung zur Überprüfung der räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen

Ich bestätige, dass die räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen in meiner Praxis den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung IVM entsprechen und bin zur Überprüfung dieser Anforderungen mit einer Begehung meiner Praxisräume durch die von der KV Nordrhein beauftragte Qualitätssicherungskommission einverstanden.

Mir ist bekannt, dass für den Fall der Verweigerung der Einverständniserklärung die Genehmigung auf Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung versagt oder widerrufen werden kann.

Durch meine Unterschrift verpflichte ich mich, die in der Qualitätssicherungsvereinbarung IVM aufgeführten Anforderungen und Verpflichtungen (z.B. Dokumentation der Indikation und der Durchführung der intravitrealen Medikamenteneingabe) zu erfüllen.

**Alle sich auf die aufgeführten Anforderungen beziehenden Änderungen werde ich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unverzüglich mitteilen.**

-----  
 Ort/Datum

-----  
 Unterschrift des Antragstellers /  
 Unterschrift des anstellenden Arztes

-----  
 Unterschrift des angestellten Arztes

-----  
 Vertragsarztstempel