

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Albstadtweg 11  
70567 Stuttgart

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

# Antrag

## auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Intravitrealen Medikamenteneigabe (IVM)

**Antragsteller:** (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

### Antragstellung für:

mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)

folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

**Zusätzliche Angaben:** (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum TTMMJJJJ

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift:

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Anschrift Praxis/Krankenhaus:

Straße, Nr.

PLZ

Ort



**Für die Abrechnung der EBM-Ziffern 31371, 31372 und 31373 ist eine Genehmigung nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren erforderlich.**

Genehmigung zum ambulanten Operieren liegt bereits vor

ist dem Antrag beigelegt

**Bitte entsprechende Zeugnisse und Bescheinigungen in Kopie beifügen.**

### **Räumliche und apparativ-technische Voraussetzungen nach § 4 Absatz 1**

Ich erkläre, dass die räumlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen erfüllt sind:

Vorhaltung eines Operationsraumes, der den Anforderungen der QS-Vereinbarung ambulantes Operieren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V entspricht  
(Antragsbegleitend ist eine Genehmigung für ambulantes Operieren notwendig.)

### **Hygienische Voraussetzungen nach § 4 Absatz 2 und 3**

Ich erkläre, dass die räumlichen und hygienischen Voraussetzungen erfüllt sind:

Einhaltung der Vorgaben zur Hygiene gemäß § 4 Abs. 2 der QS-Vereinbarung IVM



Sterilisationsgerät gemäß § 4 Abs. 3 der QS-Vereinbarung IVM

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

### **Ärztliche Dokumentation nach § 5**

Ich verpflichte mich, die Anforderungen an die Dokumentation einzuhalten. Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht muss die Patientendokumentation folgende Angaben enthalten:

- vor jeder IVM den bestkorrigierten Visus und den schriftlichen Fundusbefund,
- bei der Erstindikationsstellung die Fluoreszenzangiographie (Ausnahme: Erkrankungen, bei denen zur Indikationsstellung zur IVM eine Fluoreszenzangiographie nicht zielführend oder aus nachweisbaren Gründen nicht möglich ist),
- bei der Erstindikationsstellung und zur Therapiesteuerung die zum Entscheidungsgang repräsentative(n) Aufnahme(n) der optischen Kohärenztomographie (OCT) für die Indikation gemäß § 1 Abs. 3. Die repräsentative(n) Aufnahme(n) muss/müssen jeweils das OCT-Schnittbild und ein Fundusbild, aus dem sich die Schnittlänge ergibt, enthalten,

Bei Uveitis sind die Ergebnisse der Diagnostik bzw. die eingeleitete Diagnostik zu dokumentieren (zum Beispiel Überweisung an den Hausarzt bzw. Internisten oder Vermerke zu Befunden in der Karteikarte).

Ich versichere, dass die bildliche Dokumentation der Fluoreszenzangiographie bei der Erstindikation jeweils mindestens eine repräsentative Leeraufnahme sowie ein repräsentatives fluoreszenzangiographisches Bild aus früher (arterieller oder arteriovenöser) und später (länger als 3 Minuten nach Injektion) Phase enthalten. Die Qualität der Aufnahmen muss ausreichend sein, um die Indikationsstellung nachvollziehen zu können, es sei denn, die angiographische Dokumentation ist aus nachweislichen Gründen nicht möglich.

Ich versichere, dass die bildliche Dokumentation der OCT zur Indikationsstellung bei der Erstbehandlung des Patienten sowie bei mindestens jeder dritten Folgebehandlung jeweils mindestens eine bis drei repräsentative Aufnahmen (SD-Technologie oder technische Weiterentwicklungen) enthalten. Bei der Verlaufsbeurteilung ist sichergestellt, dass möglichst bei allen OCT-Untersuchungsterminen die Schnitte an denselben Lokalisationen mit demselben Scanprotokoll und mit identischen Aufnahmeparametern aufgenommen werden. Die Qualität der Aufnahmen wird ausreichend sein, um die Indikationsstellung nachvollziehen zu können, es sei denn, die OCT-Dokumentation ist aus nachweisbaren Gründen nicht möglich.

### **Einverständniserklärung**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Vereinbarung genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Vereinbarung zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

### **Hinweis**

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.



---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift angestellter Arzt

### **Einverständniserklärung zur Datenübermittlung**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code