

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt



### Intravitreale Medikamenteneingabe (IVM)

#### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der intravitrealen Medikamenteneingabe bei Veränderung des Standortes

#### Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM)

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung  
Team 1

Stefanie Gilmer  
Tanja Dittmar  
Heike Morbitzer

Tel 069 24741-6354/ -6551 / -6606  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.1@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

### Allgemeine Angaben

#### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

#### Angaben zur Tätigkeit

##### Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:

Vertragliche Tätigkeit beantragt am \_\_\_\_\_ für folgende Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum \_\_\_\_\_ Tätigkeit aufgenommen am \_\_\_\_\_

##### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_



### Genehmigungsvoraussetzungen

**Gemäß § 2 Abs. 1 und 2 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V sind Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig.**

**Sie ist zu erteilen, wenn der Arzt die Voraussetzungen nach den §§ 3 – 5 vollständig erfüllt.**

Hiermit erkläre ich, dass am neuen Operationsstandort

- die räumlichen, apparativ-technischen und hygienischen Anforderungen nach § 4 QSV IVM sichergestellt sind.

**Nutzungserklärung für die Durchführung von Leistungen zur intravitrealen Medikamenteneingabe gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe**

Hiermit bestätige ich, dass meine OP-Einrichtung

von Frau / Herrn Dr. med. \_\_\_\_\_

für die Ausführung und Abrechnung von Eingriffen nach § 115 b SGB V gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren genutzt werden kann.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift/Stempel **andere Praxis, Krankenhaus,  
MVZ oder OP-Zentrum**

→ Bitte die getroffene schriftliche Vereinbarung, die Sie zur Nutzung der OP-Räume berechtigt, in Kopie diesem Antrag beilegen.

### Erklärungen und Hinweise

- Ergeben sich Anhaltspunkte für Qualitätsdefizite, erkläre ich mich mit einer Begehung und einem Gespräch am Ort der Leistungserbringung gemäß § 8 Abs. 2 QSV IVM einverstanden.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.
- Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Vereinbarung Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zulässig ist.



- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben: Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers

.....  
ggf. Praxisstempel

**Gilt nur bei angestellten Ärzten**

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift des anstellenden Arztes  
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ

Stand: März 2022