



BDOC Plus AG  
Vertragswesen  
Postfach 15 01 09  
80042 München  
Deutschland

### Teilnahmeerklärung -

Vertrag zur besonderen ambulanten augenärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Behandlung von Patienten mittels intravitrealer Eingabe von VEGF Hemmern

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin bereits Teilnehmer eines BDOC IVOM-Vertrags. Die Unterlagen und Zulassungsdokumente liegen Ihnen hierzu bereits vor. Mit heutigem Datum beantrage ich verbindlich meine Teilnahme an dem in den folgenden Seiten genanntem weiteren Vertrag. Die in diesem Vertrag und seinen Anlagen getroffenen Regelungen erkenne ich uneingeschränkt an.

Mir ist bewusst, dass zur Abrechnung meiner vertraglichen Leistungen, die Verwendung und Speicherung der von mir eingegebenen Stammdaten und Bewegungsdaten erforderlich ist. Ich bin damit einverstanden, dass meine eingegebenen Daten für die Administration und Abwicklung des Versorgungsvertrages in Unternehmenssoftware der BDOC Plus AG zum Zwecke der Abrechnung des jeweiligen Vertrages gespeichert und verarbeitet werden und für die vertraglichen Zwecke an berechnete Dritte weitergegeben werden können.

Zu dem stimme ich der Veröffentlichung meiner Kontaktdaten wie Praxis Name, Arzt Name, Anschrift, Telefonnummer und Unternehmens-Webseite auf Webseiten des BDOC zu.

Mit freundlichen Grüßen,

X

Unterschrift

Titel Vorname Name in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

Name der medizinischen Einrichtung in Druckbuchstaben: \_\_\_\_\_

BDOC Plus AG | Postfach 15 01 09 | 80042 München

An die / den  
Teilnehmende Fachärztin,  
Teilnehmenden Facharzt  
für Augenheilkunde

### **Teilnahmeerklärung - Hinweise**

Ihre Teilnahme ist freiwillig. Jeder Facharzt für Augenheilkunde erklärt seine Teilnahme am Vertrag zur besonderen ambulanten augenärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V einzeln und für sich selbst - damit zusammenhängend die Registrierung um Leistungen abrechnen zu können, ebenso einzeln und für sich selbst.

Sind Sie angestellter Facharzt für Augenheilkunde, ist zusätzlich zu Ihrer Unterschrift, die Unterschrift Ihres leitenden Vorgesetzten wie Bevollmächtigter Krankenhausträger, gesetzlicher Vertreter MVZ oder des anstellenden Arztes notwendig. Wir bitten Sie die Unterlagen zur Teilnahmeerklärung auszudrucken und diese postalisch im Original und unterschrieben an die angegebene Anschrift zu senden.

Sobald wir Ihre Unterlagen vollständig erhalten und geprüft haben, wird Ihr online Kundenkonto aktiviert und Sie erhalten Sie im letzten Schritt der Registrierung, über Ihre E-Mail Adresse, die Sie angegeben haben, getrennt Information, wie Sie Ihr Passwort für das Kundenkonto setzen können.

Danach ist Ihr Kundenkonto aktiv und Sie können sich einloggen und Patienten und vertragsgegenständlichen Leistungen online dokumentieren.

Wir freuen uns über Ihre Teilnahme und die Zusammenarbeit mit Ihnen und Ihrem Team. Sollten Sie Rückfragen haben oder weitere Informationen benötigen, steht Ihnen unsere Kundenbetreuung jederzeit gerne unter „Kontakt“ auf unseren Webseiten zur Verfügung.

Vielen Dank! - Ihr BDOC Plus Team

**Teilnahmeerklärung - operativ tätiger Facharzt für Augenheilkunde**

TEILNAHME AN VERTRÄGEN MIT FOLGENDEN KRANKENKASSE/N		
 <b>AOK Bayern</b>		
STAMMDATEN FACHARZT FÜR AUGENHEILKUNDE		
GESCHLECHT	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
TITEL		
NAME		
VORNAME		
GEBURTSDATUM		
LANR		
E-MAIL - PERSÖNLICH	vertraulich - auch zur Übermittlung von Passwörtern zu verwenden	
TELEFON MOBIL - PERSÖNLICH	Notfall Rufnummer des Arztes	
BEGINN TÄTIGKEIT IN ANSTELLUNG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
BANKVERBINDUNG		
IBAN	Vergütungen sollen auf dieses Bankkonto überwiesen werden	
BIC		
BANK NAME		
KONTOINHABER		
STAMMDATEN AUGENÄRZTLICHE EINRICHTUNG		
BEZEICHNUNG		
RECHTSFORM	Einzelpraxis, Berufsausübungsgemeinschaft, ermächtigte Einrichtung, MVZ	
BSNR		

BSNR gültig ab	
NSBNR	
PRAXIS NEUGRÜNDUNG	TT.MM.JJJJ
PRAXIS ÜBERNAHME	TT.MM.JJJJ
PRAXIS ÜBERNAHME VON	Name bisheriger Inhaber der Einrichtung, Sitz der Einrichtung
STRASSE, HAUSNR.	
PLZ, ORT	
BUNDESLAND	
TELEFON	
TELEFAX	
WEB	
<b>STAMMDATEN WEITERE PERSONEN</b>	
NAME - ANSPRECHPARTNER	vertraulich – nicht-ärztliches Assistenzpersonal, Praxismanager
E-MAIL - ANSPRECHPARTNER	vertraulich – autorisiert Fragen zu Leistungen und Zahlungen zu erhalten/stellen
TELEFON - ANSPRECHPARTNER	Mit Durchwahl – autorisiert Fragen zu Leistungen und Zahlungen zu erhalten/stellen
<b>SONSTIGE ANGABEN</b>	
SD-OCT Hersteller	
SD-OCT Typ	
SD-OCT S/N	
SD-OCT Baujahr	
SD-OCT Standort	
SD-OCT Name	
INFORMATIONSSYSTEM Hersteller	

ERNEUTE ÜBERMITTLUNG DATEN  
NICHT ERFORDERLICH -  
BITTE UNTERSCHREIBEN

QUALITÄTS- MANAGEMENT- SYSTEM	
NAME	Mitarbeiter verantwortlich für Aufbereitung der Instrumente
VORNAME	Mitarbeiter verantwortlich für Aufbereitung der Instrumente
NAME	Hauptpflichtversicherung
NAME	Unternehmen Einkauf Arzneimittel

ERNEUTE ÜBERMITTLUNG DATEN  
NICHT ERFORDERLICH -  
BITTE UNTERSCHREIBEN

**ALLGEMEINES ZUR ABGABE DER TEILNAHMEERKLÄRUNG**

Meine Teilnahme ist freiwillig. Ich in meiner Funktion als Facharzt für Augenheilkunde erkläre meine Teilnahme an weiter oben genanntem/n Vertrag/Verträgen zur besonderen ambulanten augenärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V einzeln und für mich selbst - damit zusammenhängend die Registrierung um Leistungen abrechnen zu können, ebenso einzeln und für mich selbst.

Sind Sie angestellter Facharzt für Augenheilkunde, ist zusätzlich zu Ihrer Unterschrift die Unterschrift Ihres MVZ-Leiters oder des anstellenden Arztes notwendig.

**BESTÄTIGUNG DES FACHARZTES FÜR AUGENHEILKUNDE**





Hiermit bestätige ich und erkläre hiermit,

- dass ich die vertraglichen Regelungen zur Kenntnis genommen habe und ich mit den vertraglichen Regelungen einverstanden bin, ich die Teilnahmevoraussetzungen des Vertrages, soweit diese die von mir erbrachten Leistungen betreffen, erfülle, und dass ich entsprechend meine vertraglichen Pflichten einhalte.
- dass ich über folgende Datenerhebungsvorgänge, Datenverarbeitungsvorgänge und Datennutzungsvorgänge informiert und einverstanden bin, dass die Erhebung, Verarbeitung Nutzung und Speicherung der zur Administration und Abrechnung benötigten Daten durch die BDOC Plus AG erfolgt. Für die BDOC Plus AG gilt es das Sozialgeheimnis im Sinne des § 35 SGB I. einzuhalten. Nach Bestätigung meiner Teilnahme erhalten Krankenkassen meine personenbezogenen Daten wie LANR, BSNR, Name,

Vorname, Geschlecht, Titel, Anschrift und vertragsbezogene Daten wie Teilnahmebeginn, Teilnahmeende und Teilnahmestatus.

- dass mir bekannt ist, dass die BDOC Plus AG aus den von mir übermittelten Leistungsdaten den Abrechnungsnachweis erstellt und die Abrechnungsdaten prüft sowie diese der Krankenkasse zu Abrechnungszwecken, Prüfbelangen und für das Qualitätsmanagement und Kostencontrolling zur Verfügung stellt.
- dass ich einverstanden bin, dass mein Name und Praxisanschrift auf Webseiten der BDOC Plus AG und gegebenenfalls auf Webseiten von Krankenkassen veröffentlicht werden können.
- dass die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten unter Einhaltung der relevanten Festlegungen der Sozialgesetzbücher, des Bundesdatenschutzgesetzes, der Datenschutzgrundverordnung und etwaiger anderer anzuwendender Datenschutzvorschriften und Gesetze erfolgen.
- dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend und richtig sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbefugnis im Rahmen dieses Vertrages sind.
- dass ich einverstanden bin, dass die Auszahlung der Vergütungspauschalen abzüglich eines Abzuges für Verwaltungskosten auf ärztliche Leistungen in Höhe von 3,0 % inklusive gesetzlicher Umsatzsteuer erfolgt.

**UNTERSCHRIFT**

Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Vertragsarzt
Ort, Datum	 Unterschrift gesetzlicher Vertreter	 Stempel Einrichtung



**AOK Bayern**

# Voraussetzungen und Pflichten aus der Teilnahme am Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung der AOK Bayern

---

## **1 Teil 1: Teilnahmevoraussetzungen**

### ***1.1 Persönliche Teilnahmevoraussetzungen***

- Facharzt für Augenheilkunde mit Zulassung / Ermächtigung bzw. angestellter Arzt in MVZ bzw. Mitglied in BAG oder ermächtigte Einrichtung
- Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V
- Genehmigung zur Erbringung ambulanter Operationen nach § 115b SGB V und somit Erfüllung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115b Abs. 1 SGB V in der je-weils gültigen Fassung und Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zum ambulanten Operieren in der jeweils aktuell gültigen Fassung.
- Haftpflichtversicherung, die die besondere ambulante augenärztliche Versorgung einschließlich der Verabreichung der für die Behandlung erforderlichen Medikamente abdeckt
- Selbstständige Durchführung und Befundung von mindestens 500 Fluoreszenzangiographien (FLA), davon mindestens 250, deren Fragestellung die in § 1 Abs. 2 des Vertrages genannten Erkrankungen betraf.



## **AOK Bayern**

- mindestens 2-jährige Erfahrung in der intravitrealen Medikamentenapplikation mit aktuellen Indikationen, Techniken und Komplikationsmanagement
- Durchführung von mindestens 200 intravitrealen Medikamentenapplikationen in den letzten beiden Jahren

### **1.2 Apparative / medizintechnische Ausstattung / Praxisausstattung**

Alle nachfolgend aufgeführten Mindestausstattungen müssen bereits zu Beginn der Teilnahme und für die gesamte Dauer der Teilnahme durch mich beziehungsweise in der BAG / im MVZ/ in der ermächtigten Einrichtung vorgehalten werden und nutzbar sein

- Telefax (Computerfax oder Faxgerät), Internetzugang (DSL) und Vorhaltung einer E-Mail-Adresse
- ein von der gematik GmbH zugelassenes stationäres oder mobiles Kartenterminal als technische Voraussetzung für den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte  
Mit welchem zugelassenen stationären oder mobilen Kartenterminal ist Ihre Praxis ausgestattet? Bitte genaue Bezeichnung angeben:

- 
- Ausstattung mit einem zertifizierten Arztinformationssystem (AIS / Praxis-Softwaresystem)
  - Operationsraum, der die Anforderungen nach § 6 Abs. 5 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V erfüllt, sowie die hygienischen Anforderungen nach § 6 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V
  - ein durch eine akkreditierte externe Zertifizierungsstelle zertifiziertes einrichtungsinternes Qualitätsmanagement entsprechend der





## AOK Bayern

Qualitätsmanagement-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung <sup>1</sup>in der jeweils gültigen Fassung. Die Fristen zur Einführung eines QM-Systems richten sich bei Praxisneugründungen nach den Regelungen der Richtlinie. Eine Teilnahme am Vertrag ist bei neu gegründeten Praxen während dieser Einführungszeit möglich. In diesen Fällen hat der teilnehmende Augenarzt den Nachweis zu erbringen, dass die Zertifizierung des Systems unverzüglich nach dessen Einführung veranlasst wird. Nach erfolgreicher Zertifizierung sind die entsprechenden Nachweise unverzüglich zu erbringen. Ärzte, die die vertraglichen Leistungen in Praxen erbringen, die über ein QM-System verfügen, welches noch nicht zertifiziert wurde, können am Vertrag teilnehmen, sofern der Auftrag zur Zertifizierung unverzüglich nach Teilnahmebeginn erteilt und dies auch nachgewiesen wird. Die Zertifizierung und der Nachweis über die erfolgreiche Zertifizierung haben unverzüglich zu erfolgen.

- Operationsmikroskop
- OP-Sets zur operativen Intervention von Augeninnendrucksteigerungen einschließlich Parazentese
- Gerät zur Fluoreszenzangiographie; Fundus-Kamera (FLA)
- Tonometriergerät
- Netzhaut-Laser (Argon Laser)
- Vitrektom, Kryogerät, Endolaser (nur sofern der Operateur Hinterabschnittsinterventionen im Rahmen des Komplikationsmanagements eigenständig erbringt, andernfalls ist gemäß § 11 Abs. 11 Nr. 11 des Vertrages eine entsprechende Notfalleinrichtung zu benennen)

---

<sup>1</sup> Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, Psychotherapeuten und medizinischen Versorgungszentren



**AOK Bayern**

### ***1.3 Voraussetzungen zur Durchführung und Abrechnung der Verlaufskontrolle IVI***

Operativ tätige Augenärzte sind zur Durchführung und Abrechnung der Verlaufskontrolle IVI nur dann berechtigt, sofern sie zusätzlich zu den in 1.1 und 1.2 genannten Voraussetzungen entweder einen SD-OCT vorhalten oder den Zugang zu einem SD-OCT zum Beispiel durch Kooperation nachweisen. Augenärzte, die einen SD-OCT vorhalten, müssen zudem die selbstständige Durchführung und Befundung von mindestens 250 OCT des hinteren Augenabschnittes nachweisen. Wird der Zugang durch eine Kooperation sichergestellt, muss der am Vertrag teilnehmende Augenarzt sicherstellen, dass der die Verlaufskontrolle IVI im Rahmen der Kooperation durchführende Augenarzt über die entsprechende Qualifikation (Durchführung und Befundung von mindestens 250 OCT des hinteren Augenabschnittes) verfügt.



**AOK Bayern**

## **1.4 Erklärungen zur Teilnahme an diesem Vertrag**

**Ich erkläre, dass ich**

- den Vertrag zur Kenntnis genommen habe und somit umfassend über meine Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag informiert bin.
- die unter 1.1 gelisteten persönlichen Teilnahmevoraussetzungen erfülle und auch über meine gesamte Vertragsteilnahme hinweg erfüllen werde.
- über die unter 1.2 gelistete Mindestausstattung verfüge und auch über meine gesamte Vertragsteilnahme hinweg verfügen werde.
- sofern ich die Verlaufskontrolle IVI erbringen bzw. abrechnen werde, die in 1.3 gelisteten Voraussetzungen erfülle und über meine gesamte Vertragsteilnahme erfüllen werde.
- die in 1.4 gelisteten Voraussetzungen erfülle und auch über meine gesamte Vertragsteilnahme hinweg erfüllen werde.
- meine Pflichten, die sich aus dem SGB V ergeben, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot nach den §§ 2, 12 und 70 SGB V, einhalten werde.
- das Medizinproduktegesetz und die Medizinproduktebetrieiberverordnung einhalten werde.
- § 106a SGB V gegen mich gelten lasse.
- die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) und die Regelungen des Sozialgesetzbuches in der jeweils gültigen Fassung einhalten werde.
- keine weiteren Vergütungen im Zusammenhang mit dem Behandlungsfall fordern bzw. entgegennehmen werde. Mir ist bewusst, dass mittelbare oder unmittelbare Zuwendungen aller Art, die Leistungen nach diesem Vertrag betreffen – auch durch die Industrie – unzulässig sind und zu meinem Ausschluss vom Vertrag führen (zum Beispiel Zuwendungen für Anwendungsbeobachtungen).



## AOK Bayern

### **Aus qualitativen Gesichtspunkten verpflichte ich mich, dass ich**

- die ärztlichen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages ausschließlich persönlich und im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, dem Vertragsarztrecht und unter Beachtung der ärztlichen Sorgfaltspflicht erbringen werde. Ausgenommen vom Grundsatz der persönlichen Leistungserbringung sind die ärztlichen Leistungen, die im Rahmen der Pauschale Verlaufskontrolle erbracht werden, sofern der Zugang zum SD-OCT über eine nachweisbare Kooperation sichergestellt wird.
- die ärztlichen Leistungen vollständig elektronisch anhand der Dokumentationsformulare über BDOC Portale dokumentieren werde. Die gesicherten Behandlungsdiagnosen werden gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) kodiert. Die Verschlüsselung erfolgt grundsätzlich so präzise und spezifisch wie möglich, dazu sind endstellige ICD-Codes zu verwenden. Liegt der im Rahmen des Vertrages behandelten Augenerkrankung eine Allgemeinerkrankung zugrunde, ist auch diese so präzise und spezifisch wie möglich zu kodieren (endstelliger ICD-Code). Für Krankheiten, bei denen eine differenzierte Verschlüsselung über spezifische ICD-Schlüssel möglich ist, wird auf eine unspezifische .9 Verschlüsselung verzichtet.
- die Indikationsstellung dokumentieren werde.
- das vertragsinterne, auf die besonderen Bedingungen einer operativ tätigen Augenarztpraxis zugeschnittene, indikatorengestützte webbasierte Qualitätsmanagement durch online Dokumentation der ärztlichen Leistungen unterstützen werde.
- die intravitreale Therapie in einem Operationsraum durchführe, der die Anforderungen nach § 6 Abs. 5 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V erfüllt, sowie die hygienischen Anforderungen nach § 6 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V.



## AOK Bayern

- sicherstellen werde, dass die Sterilgutaufbereitung durch eine technische Sterilgutassistenz (Qualifikation mindestens technische Sterilgutassistenz (TSA), Fachkunde I) durchgeführt wird.
- die Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erfülle auch künftig erfüllen und gegenüber dem Vertragspartner nachweisen werde.
- während meiner Teilnahme jährlich an einem von einer augenärztlichen Fachgesellschaft zertifizierten Kurs für die Durchführung der IVI (mit Darstellung der aktuellen Indikationen, Behandlungstechniken, des Managements von Komplikationen und der fachlichen Voraussetzung für die Genehmigung der IVI im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit) teilnehmen werde und dies gegenüber dem Vertragspartner nachweisen werde.
- sicherstellen werde, dass das Praxispersonal einmal jährlich in der Beherrschung von Notfallsituationen geschult wird.
- die von den augenärztlichen Fachgesellschaften erarbeiteten Stellungnahmen berücksichtigen werde, sofern deren Inhalte Gegenstand dieses Vertrages sind.
- eine Notfalleinrichtung für den Komplikationsfall benenne, sofern ich die Hinterabschnittsintervention im Rahmen des Komplikationsmanagements nicht selbst erbringe.
- bei Versicherten, bei denen bei beiden Augen eine Indikation für eine intravitreale Injektion besteht, nicht beide Augen am selben Tag einem Eingriff unterziehen werde.
- im Rahmen der intravitrealen Therapie in enger Abstimmung mit dem nachsorgenden Arzt zum Wohle des Patienten kooperieren werde. Insbesondere verpflichte ich mich dazu, mich mit dem nachsorgenden Augenarzt, sofern dieser zur Abrechnung der Pauschale Verlaufskontrolle berechtigt ist, über Durchführung und Abrechnung der Verlaufskontrolle abzustimmen, um die Validität der Verlaufskontrolle sicherzustellen.



## **AOK Bayern**

### **Aus administrativen Gesichtspunkten erkläre ich, dass ich**

- Praxisbegehungen durch die AOK Bayern zur stichprobenhaften Überprüfung der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen zulassen werde.
- Anfragen des Vertragspartners wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich beantworten werde und für die Teilnahme erforderliche Nachweise erbringen werde.
- den Vertragspartner unverzüglich informieren werde, sobald die Voraussetzungen für die Teilnahme am Vertrag bzw. die abgegebenen Eigenerklärungen nicht mehr erfüllt sind.
- den Vertragspartner unverzüglich bei allen Änderungen innerhalb der Praxisstruktur (z.B. Verlegung des Praxissitzes, Praxisübergabe, Zusammenlegung von Praxen) und bei Änderungen der Arztstammdaten informieren werde.
- den Schnittstellenstandard S3C der gevko, sobald dieser Softwarestandard in den unterschiedlichen Praxisverwaltungssystemen oder Arztinformationssystemen angeboten wird, nutzen werde.
- die Arzneimittel personenbezogen beschaffen und die auf mich ausgestellte Apothekenrechnung an den Vertragspartner übermitteln werde

### **Versichertenbezogen verpflichte ich mich, dass ich**

- den Versicherten vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung umfassend über seine Rechte und Pflichten aus dem Vertrag, über sein Krankheitsbild und die Therapiemöglichkeiten sowie über die datenschutzrechtlichen Bestimmungen und die Datenweitergabe informieren, dem Versicherten die Versicherteninformation und die Patienteninformation aushändigen und die Aufklärung des Versicherten dokumentieren werde.
- die Teilnahmeerklärung des Versicherten entgegennehmen und diese unverzüglich an die AOK weiterleiten werde. Ich leite keine Teilnahmeerklärungen weiter, an denen



## AOK Bayern

handschriftliche Eintragungen im Personalienfeld und Änderungen oder Streichungen vorgenommen wurden, da diese ungültig sind.

- das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die Freiwilligkeit der Teilnahme an diesem Vertrag stets beachten werde.
- für den Fall, dass die Nachbehandlung nicht durch mich, sondern einen anderen Augenarzt durchgeführt wird, dem nachbehandelnden Arzt alle für die Nachbehandlung eventuell notwendigen Informationen und Unterlagen vor Beginn der Nachbehandlung zukommen lasse.
- für den Fall, dass der Versicherte innerhalb des Vertrages den Arzt wechselt, die patientenrelevanten Informationen und Dokumente unverzüglich an den neu gewählten Arzt weitergeben werde, sobald dieser die Unterlagen anfordert und der Versicherte der Übermittlung zustimmt.
- einen lückenlos erreichbaren qualifizierten (augenärztlichen) Bereitschafts- bzw. Notdienst für einen Zeitraum von mindestens 24 Stunden nach Eingriffen für die eigenen Patienten (z.B. durch Rufbereitschaft per Mobiltelefon) durch einen Operateur aus der Einrichtung sicherstellen werde.
- einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt gegenüber den eingeschriebenen Versicherten in für die Versicherten zumutbarer Entfernung benennen werde, den diese in Vertretungsfällen im Sinne des § 32 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV in Anspruch nehmen können. Den Vertretungsarzt teile ich dem Vertragspartner mit. Mir ist bekannt, dass Vertretungen zwischen den Ärzten und dem Vertragspartner organisiert werden müssen.
- von Montag bis Freitag mit Ausnahme gesetzlicher Feiertage in Bayern eine Sprechstunde anbieten werde, sowie einmal wöchentlich eine Abendsprechstunde bis mindestens 20:00 Uhr.
- die Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten begrenzen werde (Notfälle sind bevorzugt zu behandeln).
- bei akuten Fällen eine taggleiche Behandlung sicherstelle.



## AOK Bayern

### Folgende Nachweise füge ich dem Teilnahmeantrag bei

- Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115b SGB V
- Nachweis der Befundung von mindestens 500 Fluoreszenzangiographien (FLA), davon mindestens 250, deren Fragestellung die in § 1 Abs. 2 genannten Erkrankungen betraf
- Nachweis einer mindestens 2-jährigen Erfahrung in der intravitrealen Medikamentenapplikation mit aktuellen Indikationen, Techniken und Komplikationsmanagement
- Nachweis von mindestens 200 intravitrealen Medikamentenapplikationen in den letzten zwei Jahren
- Nachweis der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über die Erfüllung der Fortbildungspflicht im Rahmen des Fünfjahreszeitraumes nach § 95d Abs. 6 S. 2 SGB V. Dies gilt nicht für neu niedergelassene Vertragsärzte. Während der Teilnahme ist jeweils der aktuellste Nachweis an den Vertragspartner zu übermitteln
- Nachweis, dass die Sterilgut Aufbereitung durch eine technische Sterilgut Assistenz verantwortet wird durch Übermittlung des namentlichen Zertifikats.

Die Aufbereitung der Instrumente wird übernommen und verantwortet durch:

STAMMDATEN WEITERE PERSONEN	
NAME	Verantwortlicher Aufbereitung Instrumente
VORNAME	Verantwortlicher Aufbereitung Instrumente





## **AOK Bayern**

- Nachweis der externen Zertifizierung des einrichtungsinternen QM-Systems durch eine akkreditierten Zertifizierungsstelle.
- Nachweis einer Haftpflichtversicherung, die die besondere ambulante ärztliche Versorgung einschließlich der Verabreichung der für die Behandlung erforderlichen Medikamente abdeckt.

### **Voraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung der Verlaufskontrolle IVI (Optional)**

- Nachweis über die selbstständige Durchführung und Befundung von 250 OCT des hinteren Augenabschnitts (optional)
- Nachweis über den Zugang zu einem SD-OCT (optional)



**AOK Bayern**

## **2 Teil 2: Allgemeine Informationen**

### ***2.1 Teilnahmebeginn***

Meine Teilnahme beginnt bei Vorliegen aller Teilnahmevoraussetzungen und soweit die AOK die Zustimmung nicht nach § 9 Abs. 7 des Vertrages verweigert, zu dem Zeitpunkt, der im Bestätigungsschreiben genannt ist (in der Regel der Tag der Absendung des Schreibens). .

### ***2.2 Abrechnung und Vergütung***

**Mir ist bekannt, dass**

- alle Zahlungen des Vertragspartners unter dem Vorbehalt der späteren Berichtigung, insbesondere im Rahmen der sachlich-rechnerischen Prüfung durch die AOK erfolgen.
- vom Vertragspartner geprüft wird, ob die Versorgung der Versicherten wirtschaftlich erfolgt. Inhalt und Umfang der Wirtschaftlichkeitsprüfung und Maßnahmen bei Unwirtschaftlichkeit sind in Anlage 7 geregelt.
- ich § 106a SGB V gegen mich gelten lasse.
- die AOK Bayern die zu zahlende Vergütung und die Medikamentenkosten mit befreiender Wirkung an den Vertragspartner zahlt. Die Zahlung der Vergütung und der Medikamentenkosten an die einzelnen Augenärzte erfolgt ausschließlich durch den Vertragspartner.
- ein Anspruch auf die pauschale Vergütung nur bei vollständiger und elektronisch (online) übermittelter Dokumentation und Kodierung besteht.
- eine Geltendmachung meines Vergütungsanspruchs nach Ablauf von 9 Monaten ausgeschlossen ist und diese Frist mit dem Schluss des auf das Leistungsquartal folgenden Quartals beginnt.
- ich die vertraglich vereinbarten Leistungen mit dem Vertragspartner abrechnen kann und alle übrigen Leistungen, die an teilnehmenden Versicherten erbracht werden,



## **AOK Bayern**

Bestandteil des Kollektivsystems sind und ausschließlich im Rahmen der Kollektivabrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns abgerechnet werden.

- der Vertragspartner im Fall der Kündigung meiner Teilnahme am Vertrag von meinem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung meiner Teilnahme einen Sicherungseinbehalt in Höhe von 20 % vornimmt. Der Sicherungseinbehalt, der vom Abrechnungsbetrag (Vergütung für ärztliche Leistungen und Medikamentenkosten) einbehalten wird, kann vom Vertragspartner nicht mit Forderungen von anderen Augenärzten verrechnet werden, sondern dient ausschließlich der Befriedigung eventueller Rückforderungsansprüche der AOK Bayern mir gegenüber. Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehaltes nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der AOK Bayern bereits erloschen ist, durch den Vertragspartner an mich ausgezahlt. Darüber hinaus bestehende Rückzahlungsansprüche bleiben unberührt.

### ***2.3 Teilnahmeende und Kündigung***

#### **Mir ist bekannt, dass**

- ich meine Teilnahme an diesem Vertrag mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich durch Erklärung gegenüber dem Vertragspartner beenden kann. Mein Recht zur sofortigen Beendigung der Teilnahme aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.
- der Vertrag und seine Anlagen von den Vertragspartnern – soweit vergaberechtlich zulässig – jederzeit geändert oder ergänzt werden können. Sofern ich von den Änderungen bzw. Ergänzungen betroffen bin, kann ich meine Teilnahme schriftlich innerhalb von einem Monat nach Mitteilung über die Vertragsänderung zum Quartalsende beenden. Andernfalls gelten die Änderungen des Vertrages als von mir genehmigt.



## AOK Bayern

- der Vertragspartner berechtigt und verpflichtet ist, meine Teilnahme am Vertrag mit Wirkung zum Ende des jeweiligen Quartals zu beenden, wenn ich die Teilnahmevoraussetzungen bzw. die vertraglichen Pflichten nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfülle bzw. diesen Verstoß trotz entsprechender Aufforderung durch den Vertragspartner nicht innerhalb von vier Wochen beseitige.
- Die Möglichkeit einer sofortigen Beendigung meiner Teilnahme aus wichtigem Grund durch den Vertragspartner bleibt unberührt meine Teilnahme am Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem der Vertrag – gleich aus welchem Rechtsgrund - zwischen der AOK und dem Vertragspartner endet.
- der Vertragspartner verpflichtet ist, mich von der weiteren Teilnahme mit sofortiger Wirkung auszuschließen, sofern meine Teilnahme für die AOK unzumutbar geworden ist. Dies gilt insbesondere bei strafrechtlich relevantem Verhalten oder beleidigenden, herabsetzenden oder diffamierenden Äußerungen über die AOK, deren Organe oder Mitarbeiter, die geeignet sind, das Ansehen der AOK, deren Organe oder Mitarbeiter zu schädigen.
- meine Teilnahme am Vertrag auf die Laufzeit dieses Vertrages begrenzt ist und automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem der Vertrag – gleich aus welchem Rechtsgrund - zwischen der AOK und dem Vertragspartner endet.
- meine Teilnahme automatisch zu dem Zeitpunkt endet, zu dem der Zulassungsschuss durch Beschluss meine vertragsärztliche Zulassung nach § 95 Abs. 5 SGB V zum Ruhen gebracht bzw. beendet oder entzogen hat.
- meine Teilnahme am Vertrag beendet werden kann, wenn ich Qualitätssicherungsnachweise nicht liefere oder andere Vorschriften nicht einhalte.



**AOK Bayern**

## ***2.4 Vergütung***

Ich erkläre mich mit Unterzeichnung dieser Teilnahmeerklärung einverstanden, dass die vertraglichen ärztlichen Leistungen gemäß Anlage 10 (Vergütungsregelung für teilnehmende Ärzte) vergütet werden. Die Verwaltungskostenpauschale wird im Rahmen der Abrechnung vom Vertragspartner einbehalten.

## ***2.5 Einwilligung in Datenverarbeitung und Datennutzung***

Ich bin über folgende Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgänge informiert und erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit Folgendem einverstanden:

- Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der im Zusammenhang mit der Teilnahme und Abrechnung benötigten Daten erfolgt durch den Vertragspartner. Für den Vertragspartner gilt das Sozialgeheimnis im Sinne des § 35 SGB I.
- Nach Bestätigung meiner Teilnahme am Vertrag durch den Vertragspartner erhält die AOK Bayern meine personenbezogenen Daten (z.B.: LANR, Arztgruppenschlüssel, BSNR, Name, Vorname, Geschlecht, Titel, Straße, Postleitzahl, Land, Ort) und vertragsbezogene Daten (z.B.: Vertragsnummer, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende, Endgrund, Teilnahmestatus) mindestens einmal wöchentlich im Arztteilnahmeverzeichnis übermittelt.
- Der Vertragspartner erstellt aus den von mir übermittelten Leistungsdaten den Abrechnungsnachweis und prüft die Abrechnung. Diese Daten übermittelt der Vertragspartner der AOK Bayern zu Abrechnungszwecken, Prüfbelangen und für das Qualitäts- und Kostencontrolling.
- Mein Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer sowie die Praxisstrukturmerkmale werden in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf den







## AOK Bayern

Websites der AOK Bayern, der Online Arztsuche AOK Arztnavigator ([www.aok-arztnavi.de](http://www.aok-arztnavi.de)) und auf den Portalseiten des Vertrages veröffentlicht.

- Die AOK Bayern informiert ihre teilnehmenden Versicherten, die mich als Augenarzt gewählt haben, über eine etwaige Beendigung meiner Teilnahme am Vertrag.

Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt unter Einhaltung der relevanten Festlegungen der Sozialgesetzbücher, des Bundesdatenschutzgesetzes, des Bayerischen Datenschutzgesetzes (BayDSG) und anderer anzuwendender Datenschutzvorschriften und Gesetze.

Ich versichere, dass die von mir in dieser Teilnahmeerklärung gemachten Angaben zutreffend sind. Mir ist bewusst, dass diese Teilnahmeerklärung und die von mir gemachten Angaben Grundlage für meine Teilnahme- und Abrechnungsbefugnis im Rahmen dieses Vertrages sind.

UNTERSCHRIFT		
Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Vertragsarzt
Ort, Datum	 Unterschrift gesetzlicher Vertreter	 Stempel Einrichtung



**AOK Bayern**

# Selbsterklärung augenchirurgische Erfahrung zur Teilnahme am AOK Bayern / BDOC IVOM Vertrag

---

## **1. FLA/FAG**

Hiermit erkläre ich die selbstständige Befundung von mindestens 500 Fluoreszenz-angiographien (FLA), davon mindestens 250, deren Fragestellung die in § 1 Abs. 2 genannten Erkrankungen (vertragliche Indikationen) betraf.

## **2. Operative Erfahrung / Durchführung IVOM**

Hiermit erkläre ich, über mindestens 2-jährige Erfahrung in der intravitrealen Medikamentenapplikation (IVI/IVOM) mit aktuellen Indikationen, Techniken und Komplikationsmanagement zu verfügen. Ich habe in den letzten zwei Jahren mindestens 200 intravitreale Medikamentenapplikationen (also > 100 p.a.) persönlich und selbstständig durchgeführt.

Ich nehme seit \_\_\_\_\_ an den BDOC IVOM - Verträgen als Operateur teil.



## **3. SD - OCT**

Ausweislich der Teilnahmeerklärungen für Operateure und nachsorgende Ärzte am AOK Bayern / BDOC IVOM Vertrag (Vertragsbeginn: 1.4.2015) ist zur Erbringung/Abrechnung der SD-OCT Verlaufskontrolle der Nachweis über die selbstständige Durchführung und Befundung der 250 OCT des hinteren Augenabschnitts notwendig. Weiterhin ist der Zugang zu einem



## AOK Bayern

SD-OCT (eigenes Gerät oder z.B. Kooperation mit einem ADC) nachzuweisen. Hiermit erkläre ich, persönlich mehr als 250 OCT des hinteren Augenabschnitts selbständig durchgeführt und befundet zu haben. Als Nachweis zum Zugang zu einem SD-OCT Gerät füge ich die Kopie der Anschaffungsrechnung (mit geschwärztem Rechnungsbetrag) / des Lieferscheins / des Auszugs aus dem Gerätebuch / QM-Handbuch bei.

UNTERSCHRIFT		
Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Vertragsarzt