



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>HKK</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

**HKK**

# Beitrittserklärung des Augenarztes / der Augenärztin

---

## **Verpflichtungserklärung für Teilnehmer am Vertrag zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Eingabe (IVOM) von VEGF-Hemmern, Dexamethason oder Fluocinolonacetonid zwischen HKK und BDOC**

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des IVOM-Vertrages zwischen der HKK und dem BDOC informiert. Die hierbei vertraglich vereinbarten Versorgungsziele und Versorgungsinhalte sind mir bekannt. Den IVOM Vertrag sowie die entsprechenden Anlagen lasse ich gegen mich gelten.

Ich versichere, dass ich die baulichen und apparativen Voraussetzungen gem. § 7 des Vertrages selbst oder durch Beauftragung und die persönlichen Voraussetzungen selbst vollständig erfülle und dies auf Anforderung jederzeit erneut belege.

Als Vertragsteilnehmer verpflichte ich mich zur Umsetzung der Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages in der jeweils aktuellen Fassung, insbesondere verpflichte ich mich,

- die Leistungen unter Beachtung der jeweils relevanten Leitlinien, Stellungnahmen sowie Empfehlungen der Fachgesellschaften zu erbringen. Meine ärztliche Therapiehoheit bleibt unberührt.
- interessierte Versicherte über Art, Umfang und Risiken der geplanten Behandlung umfassend zu informieren und zu beraten.

Weiterhin verpflichte ich mich gem. §§ 8, 9 des Vertrages zur vollständigen und lückenlosen Dokumentation der erbrachten Leistungen gem. §§ 630 f BGB und nach Maßgabe der

## **HKK**

Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung. Die vollständige Dokumentation ist jederzeit nachvollziehbar in der Patientenakte verfügbar. Auf Anforderung werde ich die Dokumentation zu Zwecken der Qualitätskontrolle inklusive der zur Feststellung der Indikation vorgenommenen bildgebenden Verfahren (FLA /SD-OCT) mit den notwendigen Leeraufnahmen und Schnitten elektronisch zur Verfügung stellen.

Ich versichere, dass bei Abrechnung nach diesem Vertrag eine weitere Abrechnung nach EBM (§ 12 Abs. 13 des Vertrages) ausgeschlossen ist. Auch für die Betreuung der Patienten im Rahmen der Nachsorge nach Durchführung einer intravitrealen operativen Medikamentengabe werde ich die Ziffern 06334 und 06335 nicht parallel über die Kassenärztlichen Vereinigungen abrechnen. Darüber hinaus bestätige ich, dass ich für Leistungen, die ich nicht selbst durchführe (Nachbehandlung, Durchführung SD-OCT) sondern durch einen nachbehandelnden Augenarzt durchgeführt werden, den für die jeweilige Leistung entfallenden Betrag ggf. abzüglich der vom Abrechnungsdienstleister einbehaltenen Verwaltungskostenpauschale an den nachbehandelnden Augenarzt auskehre.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme ohne Einhaltung einer Frist beendet werden kann, wenn festgestellt wird, dass die Voraussetzungen für die Teilnahme an diesem Vertrag nicht vorgelegen haben, nicht mehr vorliegen oder sonstige ausreichend wichtige Gründe für eine Beendigung gegeben sind. Im Übrigen endet meine Teilnahme zeitgleich mit Beendigung dieses Vertrages zwischen HKK und BDOC.

Mir ist bekannt, dass alle vertraglichen Leistungen nach Maßgabe des Vertrages, insbesondere § 12, elektronisch über einen von mir beauftragten Abrechnungsdienstleister, abgerechnet werden. Der Abrechnungsdienstleister verpflichtet sich gegenüber HKK und BDOC zur Einhaltung der maßgeblichen vertraglichen Regelungen betreffend Dokumentation, Abrechnung und Datenschutz.

**HKK**

Angabe des Abrechnungsdienstleisters:

---

Ich verpflichte mich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten im Original bis drei Jahre nach der Kündigung des Patienten aufzubewahren.

UNTERSCHRIFT <sup>1</sup>		
Ort, Datum	✕ Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Vertragsarzt
Ort, Datum	✕ Unterschrift gesetzlicher Vertreter	 Stempel Einrichtung
NAME	Gesetzlicher Vertreter	
VORNAME		
LANR		

---

<sup>1</sup> Bei Teilnahme mehrerer Vertragsärzte in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines fachlich tätigen Vertragsarztes in einem MVZ muss die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ unterzeichnet werden. Bei Teilnahme eines Krankenhauses muss die Teilnahmeerklärung vom Krankenhausarzt und einem Bevollmächtigten des Krankenhausträgers unterzeichnet werden.

**HKK**

# Einzureichende Nachweise zur Teilnahme am BDOC-IVOM Vertrag<sup>2</sup>

---

## **Die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Vertrag liegen vor:**

- Facharzt für Augenheilkunde.
- Fachliche Befähigung sowie bauliche, apparativ-technische und organisatorische Voraussetzungen nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) in der jeweils geltenden Fassung.
- Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V zur Durchführung operativer Leistungen.
- Teilnahmebescheinigung an einem Kurs gemäß PDT-Qualitätssicherungsvereinbarung / alternativ: 4 - stündiger Kurs zur Behandlung der feuchten Makuladegeneration mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern (IVOM) anerkannt durch BDOC / die Fachgesellschaften / Qualitätssicherungskommission wird vorgelegt.
- Bescheinigung der Haftpflichtversicherung über Haftungseinschlusses von off-label-Therapie mit ausgeeinzelt Ranibizumab, Aflibercept und Bevacizumab in die Arzthaftung bei der Behandlung u. a. der feuchten altersbedingten Makuladegeneration wird vorgelegt.

---

<sup>2</sup> Zur erstmaligen Teilnahme an einem BDOC-IVOM Vertrag einzureichende Nachweise. Übersendung der Nachweise entfällt, wenn Sie bereits an einem BDOC - IVOM Vertrag teilnehmen und die Nachweise erbracht haben

## HKK

- Bescheinigungen der kooperierenden Apotheke über Einschluss des Risikos in die Betriebshaftpflichtversicherung wird vorgelegt.
- Selbstständige Durchführung von 500 intraokularen Eingriffen Lebenszeit und aktuell 100 intraokulare Eingriffe jährlich mind. zwei Jahre vor Vertragsbeginn – alternativ 100 intravitreale Eingriffe.
- Bescheinigung über die selbstständige Auswertung von 200 Fluoreszenzangiographien (FLA) zur Differentialdiagnostik AMD oder pathologischer Myopie oder 500 FLA des Augenhintergrundes.
- Nachweis des Vorhandenseins eines SD-OCT sowie Nachweis des Könnens der selbstständigen Durchführung und Befundung im Falle der Abrechnung des Diagnostikums.

UNTERSCHRIFT		
Ort, Datum	 Unterschrift Teilnehmer	 Stempel Vertragsarzt