



Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
 Qualitätssicherung
 Eisenheimerstr. 39
 80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
 E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Teilnahmeerklärung

am Knappschafts-Vertrag über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V gültig ab dem 01.10.2015

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **BSNR:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
 tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
 (Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
 (Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ ab: _____
 (Name des KH) tt.mm.jj

 Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

 E-Mail-Adresse Telefonnummer

 Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| **Titel** _____

Name _____, **Vorname** _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
 tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
 tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
 tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
 tt.mm.jj

2. Teilnahmeerklärung

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere der Teilnahme der Fachärzte für Augenheilkunde nach § 3 und des Versorgungsumfangs nach § 4, erkläre ich hiermit meine Teilnahme an dem Knappschafts-Vertrag über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V.

Die Teilnahmevoraussetzungen, die Pflichten der teilnehmenden Ärzte sowie Bestimmungen zu Abrechnung und Vergütung der erbrachten Leistungen sind im Einzelnen in dieser Teilnahmeerklärung bzw. im Anhang aufgeführt.

3. Teilnahmevoraussetzungen

Folgende Teilnahmevoraussetzungen werden erfüllt:

Ich bin als Facharzt für Augenheilkunde in Bayern zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, angestellt oder ermächtigt.

Es wird bestätigt, dass die zur Erbringung der Leistung notwendige apparative Ausstattung nach aktuellem technischen Standard vorgehalten wird.

4. Teilnahmeverpflichtungen

Es wird bestätigt, dass die Teilnahmeverpflichtungen (vgl. Anhang zur Teilnahmeerklärung) regelmäßig und während der gesamten Dauer der Teilnahme an der Zusatzvereinbarung Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern erfüllt werden.

5. Erklärungen / Datenschutzrechtliche Einwilligung

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass

- eine Begehung der von mir genutzten Praxisräume im Zusammenhang mit dieser Zusatzvereinbarung durchgeführt werden kann.
- die KVB der an der Zusatzvereinbarung teilnehmenden Krankenkasse regelmäßig über die Durchführung und Ergebnisse der Zusatzvereinbarung – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.
- die im Rahmen des Vertrags gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag

- ohne Teilnahmeerklärung nicht möglich ist.
- mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit in Bayern endet und dies – soweit für mich vorhersehbar – mindestens einen Monat vor dem Ende der Zulassung an die KVB mitgeteilt werden muss.

Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich,

- die Zielsetzungen des Vertrags über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus dem Vertrag zu erfüllen.
- Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns anzeigen. Mir ist bekannt, dass ich bei Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten von dem Vertrag ausgeschlossen werden kann.

- Weiterhin verpflichte ich mich, bei meiner Tätigkeit die für die verschiedenen Phasen der Datenverarbeitung (Speichern, Verändern, Übermitteln, Sperren, Löschen und Nutzen) personenbezogener Daten geltenden Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zur Datensicherheit sowie die Spezialvorschriften des Sozialgesetzbuches zur Datenverarbeitung zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt der Teilnahmeerklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung.

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bin damit einverstanden, dass die KVB meine Daten (LANR, Akademischer Grad, Vorname, Name, Anschrift, Telefon- und Faxnummer) an die Knappschaft im Rahmen einer Teilnehmerliste übermittelt.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen die schriftliche Teilnahmebestätigung zugegangen ist.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt



Stempel Antragsteller



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

1. Teilnahmeverpflichtungen

Folgende Teilnahmeverpflichtungen müssen regelmäßig und während der gesamten Dauer der Teilnahme an der Zusatzvereinbarung Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern erfüllt werden.

- Folgende Leistungen bzw. Aufgaben der Fachärzte für Augenheilkunde sind im Rahmen des Vertrages zur Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern festgelegt:
 - Anamnese des Kindes, ophthalmologische Familienanamnese, Sichtung evtl. Vorbefunde des Kinderarztes
 - Visusbestimmung (monokular rechts und links mit altersgemäßer Methodik, bei Nystagmus auch binokular)
 - Eine objektive Refraktionsbestimmung (mit Skiaskopie und fakultativ zusätzlich Autorefraktometrie)
 - Eine Untersuchung auf Stellung der Modalität
 - Hirschberg- und Brückner-Test
 - Abdeck- und Aufdecktest
 - Motilität in die 4 Sekundärpositionen
 - Stereotest
 - Eine morphologische Untersuchung (Vorderabschnittsbeurteilung, Funduskopie in Miose)
 - Abschlussgespräch mit dem/ den Sorgeberechtigten: Befunderläuterung, Beratung zur Sehentwicklung, Ausfüllen und Übergabe des Befundbogens. Das Original verbleibt in der Praxis eine Kopie erhält der Sorgeberechtigte zur Vorlage beim zuständigen Kinderarzt.
- Vollständige Dokumentation der festgelegten Leistungen (s.o.) in der Patientenakte.
- Die teilnehmenden Augenärzte wirken darauf hin, dass den Versicherten der Knappschaft innerhalb von vier Wochen nach deren erster Kontaktaufnahme ein Untersuchungstermin angeboten wird.
- Die Wartezeit der Versicherten bei vereinbarten Terminen ist in aller Regel auf maximal 45 Minuten begrenzt.
- Sobald der Arzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt oder sich Änderungen im Hinblick auf seinen Teilnahmezustand ergeben, teilt er dies der KVB unverzüglich schriftlich mit. Als Änderungen gelten insbesondere:
 - Die Verlegung der Betriebsstätte der augenärztlichen Praxis/ des MVZ, Änderung der Betriebsstättennummer bzw. die Aufgabe oder Übergabe der Praxis an Dritte, Wechsel der vertragsärztlichen Zulassungsform (z. B. von Einzelpraxis zu BAG, Eintritt oder Austritt in oder aus einer BAG/ ÜBAG/ einem MVZ);
 - Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung oder Approbation;
 - Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des teilnehmenden Augenarztes;
 - Wegfall der notwendigen apparativen Praxisausstattung;
 - Wegfall des auf die besonderen Bedingungen einer Augenarztpraxis zugeschnittenen, indikatorgestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

2. Spezifische Abrechnungsbestimmungen

- Um die Vergütung zu erhalten, müssen Sie die jeweilige GOP in Ihrer Quartalsabrechnung aktiv ansetzen.
- Voraussetzung für die Vergütung ist eine vom Sorgeberechtigten unterzeichnete Teilnahmeerklärung. Diese ist innerhalb einer Woche durch den Arzt an die Knappschaft (Adresse und Faxnummer befinden sich auf der Teilnahmeerklärung) weiterzuleiten.
- Für eine augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei Kindern, die bei der Knappschaft versichert sind, können Sie die **GOP 97034A** ab dem vollendeten 30. Lebensmonat bis zur Vollendung des 42. Lebensmonats einmalig (einmal im Leben) abrechnen.
- Wenn bei einem bei der Knappschaft versicherten Kind Risikofaktoren vorliegen, können Sie die **GOP 97034B** bereits ab dem vollendeten 6. Lebensmonat bis zur Vollendung des 12. Lebensmonats einmalig (einmal im Leben) abrechnen.
- Als Risikofaktoren gelten insbesondere eine Frühgeburt vor der 37. Schwangerschaftswoche sowie bei Eltern oder Geschwistern eine diagnostizierte Amblyopie, Schielen, größere Anisometropie oder deutliche Hyperopie.
- Sie erhalten je abgerechneter und anerkannter GOP (97034A und 97034B) **40€**.
- Die vergüteten Leistungen werden in Ihren Abrechnungsunterlagen in der Datei „Honorarzusammenstellung GOP-Liste“ mit den GOPen 97034A und 97034B ausgewiesen.

3. Spezifische Regelungen zum Entzug der Teilnahmeberechtigung

- Bei Nichterfüllung der Pflichten aus § 3 und § 4 des Vertrags, entzieht die KVB die Teilnahmeberechtigung. Die Teilnahmeberechtigung wird mit Datum der Feststellung der Pflichtverletzung durch die KVB entzogen.
- Sobald Sie wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen der Zusatzvereinbarung gegenüber der KVB nachweisen, sind Sie zur erneuten Teilnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung der Teilnahmeerklärung sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeberechtigung nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.