

## **2. Änderungsvereinbarung**

**zum Vertrag zur Behandlung der feuchten,  
altersabhängigen Makuladegeneration (AMD)  
mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern**

zwischen

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, Düsseldorf**

**vertreten durch den Vorstand**

- im Folgenden KV Nordrhein genannt -

und

**dem BKK-Landesverband NORDWEST (BKK LV NW)**

- vertreten durch den Vorstand -

- im Folgenden BKK LV NW genannt -

(als Rechtsnachfolger des BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen, Essen)

sowie dem

**VoA Nordrhein / BDOC, Düsseldorf**

- vertreten durch den Vorstand -

(nachstehend VoA/BDOC genannt)

Die Vertragspartner dieser Änderungsvereinbarung verständigen sich zum Vertrag zur Behandlung der feuchten, altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) mittels intravitrealer Eingabe von VEGF-Hemmern als Anlage zum Gesamtvertrag vom 26.01.2009 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung mit Wirkung zum 01.10.2015 zwischen der KV Nordrhein, dem BKK-Landesverband NORDWEST -als Rechtsnachfolger des BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen- und der VoA Nordrhein/BDOC auf die nachstehenden Änderungen mit Wirkung zum 01.01.2022.

- I. Die Vertragspartner vereinbaren einvernehmlich, die Inhalte des bundesweit vereinbarten Vertrages zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneingabe (Vertragsnummer 120A1400303) zwischen dem BDOC, der BDOC Plus AG und der Novitas BKK in der Fassung vom 01.10.2015 anzuerkennen, soweit in dieser Änderungsvereinbarung nichts Abweichendes vereinbart wird.
- II. Abweichend zu dem bundesweit vereinbarten Vertrag wird folgendes vereinbart:
  1. Über den in § 2 definierten Teilnehmerkreis hinaus können operativ tätige Fachärzte für Augenheilkunde, die gemäß § 116 SGB V ermächtigt oder in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V tätig sind und die Voraussetzungen dieses Vertrages und seiner Anlagen erfüllen, wie auch nicht-operativ tätige, zugelassene Vertragsärzte für Augenheilkunde entsprechend der bei der KV Nordrhein etablierten Verfahren teilnehmen.
  2. Die Regelungen über die persönlich-fachlichen baulichen, apparativ-technischen und organisatorischen Voraussetzungen werden in den Anlagen 4 und 5c beschrieben. Die Durchführung des Bestätigungs- und Genehmigungsverfahrens erfolgt wie bisher durch die KV Nordrhein.
  3. Ebenfalls übernommen werden die bisherigen Regelungen zur Vergütung und Abrechnung über die KV Nordrhein.
  4. Die unterschriebene Teilnahmeerklärung des Versicherten ist in der Arztpraxis aufzubewahren.
  5. Die bisherigen Regelungen zur Dokumentation und Qualitätskommission werden weitergeführt.
- III. Die Anlagen werden auf Grundlage der von den Aufsichtsbehörden geprüften Anlagen des bundesweit vereinbarten Vertrages als Anlage 1 bis 6 neu gefasst und ersetzen als Gegenstand dieser Änderungsvereinbarung (Anhang 1) die bisherigen Anlagen 1 bis 9.

- IV. Eine Neueinschreibung für die nach dem IVOM-Vertrag vom 26.01.2009 in der Fassung der 1. Änderungsvereinbarung teilnehmenden Ärzte ist nicht erforderlich, die Teilnahme-/Abrechnungsgenehmigungen gelten weiter fort.
- V. Die Kennzeichnungen der Indikationen (ICD-Kodierung) entsprechen den gesetzlichen Bestimmungen.
- VI. Da es im Gebiet Nordrhein ein geprüftes und bewährtes Abrechnungsverfahren zu den Vertragsinhalten gibt, das durch die KV Nordrhein umgesetzt wird, werden die bereits etablierten Symbolnummern übernommen. Über zukünftigen Anpassungsbedarf verständigen sich die Vertragspartner zeitnah vor Veröffentlichung und vor Inkrafttreten.
- VII. Zum Zweck der Übersichtlichkeit und Veröffentlichung stimmen die Vertragspartner eine Lesefassung der geltenden Regelungen ab.

### **Salvatorische Klausel**

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Regelungslücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Die Änderungen treten zum 01.01.2022 in Kraft

Düsseldorf, Essen, Köln, den 31.01.2022

### **Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein**

---

Dr. med. Frank Bergmann  
Vorstandsvorsitzender

---

Dr. med. Carsten König M. san.  
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

### **BKK-Landesverband NORDWEST**

---

Stephan Koberg  
Stellv. Geschäftsbereichsleiter

### **VoA/BDOC**

---

Prof. Dr. med. Ulrich Kellner  
Vereinigung operierender Augenärzte  
Nordrhein e.V. / VoA-Nordrhein)

---

Dr. med. Ruth Kölb-Keerl  
Bundesverband Deutscher  
Ophthalmochirurgen e.V.

## Anlage 1: Kriterienkatalog IVOM Aufklärung

Das Patientenrechtegesetz regelt die Informations- und Aufklärungsrechte von Patienten umfassend.

Da danach zwingend eine mündliche Aufklärung vorgesehen ist, und schriftliche Unterlagen lediglich der Ergänzung der mündlichen Aufklärung dienen, ist in dem IVOM- Vertrag zwischen VoA/BDOC, der KV Nordrhein und dem BKK LV NW kein schriftlicher Aufklärungsbogen mehr Vertragsbestandteil. Stattdessen gilt folgender Kriterienkatalog, den jede/-r vertragsteilnehmende Arzt/Ärztin bezüglich der Aufklärung zwingend beachten muss.

- Die Aufklärung muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde oder einen Weiterbildungsassistenten für Augenheilkunde erfolgen.
- Es muss neben der mündlichen Aufklärung dem Patienten eine ergänzende schriftliche Aufklärung ausgehändigt werden, die er quittieren muss.
- Darin muss über sämtliche Umstände der Therapie aufgeklärt werden, darunter:
  - Mögliche Dauer
  - Operative Risiken
- Hierbei muss auf folgendes hingewiesen werden:
  - *„Die bei den Risiken genannten Häufigkeiten entsprechen nicht den Angaben der Beipackzettel von Medikamenten. Sie sind nur eine allgemeine Einschätzung und sollen helfen, die Risiken untereinander zu gewichten.“*
  - Behandlungsalternativen
  - In Frage kommende Medikamente (on-label und off-label)
  - Kosten der Behandlung
  - Umstände, die einen Behandlungsfehler nahelegen
- Die Aufklärung kann in einem elektronischen Dokumentationssystem dokumentiert werden.

## **Anlage 2a: Versicherteninformation**

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

wir freuen uns über Ihr Interesse, an unserem Behandlungsangebot zur ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneingabe (IVOM) teilzunehmen. Hiermit möchten wir Sie über wichtige Punkte dieser Versorgung informieren:

### **Inhalte und Ziele dieser Versorgung**

Dieser Vertrag soll die Versorgungsqualität der ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneingaben (IVOM) verbessern. Durch diese Versorgung soll eine qualitätsgesicherte Diagnostik und Behandlung der feuchten altersabhängigen Makuladegeneration (AMD), des Diabetischen Makulaödems (DMÖ), Makulaödem nach retinalem Venenverschluss (RVV), Choroidaler Neovaskularisation (CNV), proliferativer diabetischer Retinopathie (PDR) sowie akuter posteriorer Uveitis sichergestellt werden.

### **Pflichten sowie Folgen bei Pflichtverstößen**

Um Sie im Rahmen dieser Versorgung individuell und fundiert begleiten und versorgen zu können ist es erforderlich, dass Sie die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehmen, da mit ihnen ein regelmäßiger Austausch und eine Abstimmung gewährleistet ist. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten. Ein pflichtwidriges Verhalten liegt jedoch z. B. nicht vor in Nottfällen oder bei Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes. Welche Leistungserbringer an dieser Versorgung teilnehmen, können Sie beim VoA (Vereinigung operierender Augenärzte) oder der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KV Nordrhein) erfahren.

### **Widerruf**

Ihre Teilnahme an dieser Versorgung ist freiwillig und kann von Ihnen innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der jeweiligen BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die jeweilige BKK. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die jeweilige BKK Sie über Ihr Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei Ihnen.

### **Möglichkeiten zur Beendigung der Teilnahme**

Bitte beachten Sie, dass Sie nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer von einem Jahr an die Versorgung gebunden sind. Es besteht für Sie bei Vorliegen eines wichtigen Grundes die Möglichkeit einer außerordentlichen Kündigung. Ein wichtiger Grund liegt bei Wohnortwechsel, einem gestörten Arzt-Patienten-Verhältnis oder einer Praxisschließung vor.

## **Anlage 2a: Versicherteninformation**

### **Erhebung, Verarbeitung und Nutzung Ihrer Daten**

Die jeweilige BKK behandelt Ihre Daten vertraulich. Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten sind gewahrt und werden durch den Datenschutzbeauftragten der jeweiligen BKK überwacht. Die im Rahmen dieser Versorgung erhobenen, verarbeiteten und genutzten Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die Daten werden nach Beendigung der Teilnahme gelöscht. Detaillierte Informationen finden Sie im Datenschutzmerkblatt. Sie erklären sich mit der Teilnahmeerklärung damit einverstanden, dass personenbezogene Daten über Ihre Person und Ihre Erkrankung im erforderlichen Umfang im Rahmen der Teilnahme zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Leistungserbringern erhoben und ausgetauscht werden. Das Datenschutzmerkblatt wurde Ihnen ausgehändigt.

### **Widerrufsrecht bzgl. Datenerhebung und Verarbeitung**

Sie sind darüber informiert, dass die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden kann. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

## **Anlage 2b: Datenschutzmerkblatt**

Mit Ihrer Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung stimmen Sie zu, dass Ihre medizinischen, personenbezogenen Behandlungsdaten, Diagnosen, Versichertennummer und Kontaktdaten von Ihrem einschreibenden Leistungserbringer (Vertragsarzt oder Krankenhaus) erhoben werden. Sie erhalten eine Kopie der Teilnahmeerklärung für Ihre Unterlagen.

Zur optimalen Abstimmung der Behandlung zwischen den Vertragspartnern und Leistungserbringern benötigt die jeweilige BKK die personenbezogenen Daten der Teilnahmeerklärung, die der Leistungserbringer (Vertragsarzt oder Krankenhaus) von Ihnen als Teilnehmer/Teilnehmerin erhebt. Im Rahmen Ihrer Teilnahme an dieser Versorgung erklären Sie sich mit der medizinischen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung durch die beteiligten Ärzte, Krankenhäuser, die KV Nordrhein und die jeweilige BKK einverstanden.

Unter Beachtung der strengen Datenschutzbestimmungen wird geprüft, ob die Daten vollständig und plausibel sind. Die von Ihrem Arzt im Rahmen der Behandlung erhobenen Daten werden außerhalb dieses Vertrages nicht an Dritte weitergegeben und unterliegen der Schweigepflicht des Arztes. Die BKK behandelt Ihre Daten vertraulich. Die für die Datenspeicherung und -verarbeitung geltenden gesetzlichen Vorschriften nach den §§ 67a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch) werden eingehalten.

Die Daten werden für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen ((§ 110a SGB IV, § 304 SGB V, § 107 SGB XI (Sozialgesetzbuch - viertes - fünftes, - elftes Buch)) nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über das Rechnungswesen in der Sozialversicherung (SRVwV) und den anderen Vorschriften des SGB V gespeichert und anschließend gelöscht, spätestens nach 10 Jahren nach Teilnahmeende. Die elektronische Datenverarbeitung entspricht den Datenschutz- und datensicherheitstechnischen Vorgaben. Die Übermittlung der Daten erfolgt nur in verschlüsselter Form.

Sie haben jederzeit das Recht, die Daten über sich bei allen Beteiligten einzusehen, abzurufen, ggf. zu berichtigen, einzuschränken und zu löschen.

Sie sind darüber informiert, dass Sie die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen können. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen zum Umgang mit Sozialdaten werden durch den Datenschutzbeauftragten Ihrer BKK überwacht. Bei Fragen wenden Sie sich an den Datenschutzbeauftragten Ihrer BKK. Kontaktdaten finden Sie auf der Homepage der jeweiligen BKK.

Sofern Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt, haben Sie das Recht, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde für den Datenschutz wenden:

Bundesbeauftragte für Datenschutz und die Informationsfreiheit  
Husarenstraße 30 in 53117 Bonn  
E-Mail: [poststelle@bfdi.bund.de](mailto:poststelle@bfdi.bund.de)

Sie erklären Ihre Einwilligung in diese Verarbeitung Ihrer Daten mit Ihrer schriftlichen Teilnahmeerklärung am Versorgungsprogramm.

### Teilnahmeerklärung Patient

Vertrag zur ambulanten augenchirurgischen Versorgung  
mittels IVOM mit den Betriebskrankenkassen (Anlage 2c)

↑ [Versicherteninformationen drucken!](#) ↑

An dem o.g. Vertrag möchte ich teilnehmen:

#### 1. Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte dieser Versorgung und meine Entscheidungsfreiheit hinsichtlich der gewünschten Medikamente (inkl. „off-label-use“) informiert hat.
- ich nach Ablauf der Widerrufsfrist für die Dauer der Versorgung an die Teilnahme gebunden bin.
- ich meine Teilnahme an dieser Versorgung jedoch unter Einhaltung der vertraglich vereinbarten Kündigungsfrist ordentlich kündigen kann, wenn es sich bei der von mir gewünschten Behandlung um eine auf längere Sicht ausgerichtete medizinische Versorgung handelt.
- ich meine Teilnahme bei Vorliegen eines wichtigen Grundes jederzeit kündigen kann und ein wichtiger Grund zum Beispiel bei einem Wohnortwechsel vorliegt.
- ich über Nachfolgendes informiert wurde:  
Für die von mir gewählte Versorgung besteht nach Ablauf der Widerrufsfrist die Möglichkeit einer ordentlichen Kündigung. Die Kündigungsfrist beträgt 2 Wochen zum Quartalsende. Eine Kündigung ist erstmals nach 12 Monaten Teilnahme an der Versorgung möglich.

#### 2. Widerrufsrecht

Hiermit erkläre ich, dass ich über Nachfolgendes informiert wurde:

**Meine Teilnahme ist freiwillig, beginnt mit meiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung und kann von mir innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der jeweiligen BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.**

**Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die jeweilige BKK.**

Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die jeweilige BKK mich über mein Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung bei mir.

#### 3. Mir ist bekannt, dass

- die beteiligten Leistungserbringer eine gemeinsame Dokumentation über meine Befunddaten und den daraus resultierenden Therapieplan führen.
- es für den Behandlungserfolg im vorliegenden Versorgungsmodell erforderlich ist, dass ich nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch nehme und andere ärztliche Leistungserbringer nur auf deren Überweisung.
- ich bei einem Verstoß gegen die Verpflichtung, nur die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, bei unberechtigter Inanspruchnahme von nicht vertraglich gebundenen Leistungserbringern die dadurch entstandenen Mehrkosten selbst tragen muss. ein pflichtwidriges Verhalten meinerseits dagegen z.B. nicht vorliegt in Notfällen oder bei der Abwesenheit vom Praxisort des gewählten Haus- oder Facharztes.

## Anlage 2c: Teilnahmeerklärung Versicherter

### 4. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und Datenverarbeitung

Ich willige in die Verarbeitung und Nutzung meiner im Rahmen dieser Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten ein.

- Die Versicherteninformation habe ich heute erhalten.
- Das Merkblatt zum Datenschutz habe ich heute erhalten.

Ich weiß, dass die Datenerhebung, Datenverarbeitung und Datennutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an dieser besonderen Versorgung ist.

- Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an dieser besonderen Versorgung teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

### 5. Widerrufsrecht bzgl. Datenerhebung und Verarbeitung

Ich bin darüber informiert, dass ich die Einwilligung zur Verarbeitung der Daten jederzeit und ohne Angabe von Gründen formlos mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Das führt jedoch dazu, dass eine Teilnahme an dieser Versorgung nicht (mehr) möglich ist.

**Meine Widerrufserklärung kann ich an meine jeweilige BKK richten.**

Ja, ich habe die Widerrufsbelehrung erhalten und zur Kenntnis genommen

Bitte das heutige Datum eintragen

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
T	T		M	M		J	J	J	J

--

Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Vom einschreibenden Arzt, Krankenhaus oder Leistungserbringer auszufüllen

Bitte das heutige Datum eintragen

□	□	.	□	□	.	□	□	□	□
T	T		M	M		J	J	J	J

--

LANR / BSNR

--

Stempel, Unterschrift des Arztes

## Anlage 3a: Leistungsdefinition und Vergütung

### Leistungsdefinition und Vergütung intravitrealer operativer Medikamentengabe (IVOM)

Die Vergütung aller am Vertrag teilnehmenden Ärzte (Operateur, nachsorgender Augenarzt) ist in dieser Anlage abschließend geregelt und somit abgegolten. Eine zusätzliche Abrechnung von EBM-Ziffern, die im Zusammenhang mit einer IVOM stehen ist ausgeschlossen.

Alle Leistungen verstehen sich als Leistungspauschale für alle mit einer IVOM erbrachten und im Zusammenhang stehenden Leistungen.

#### **1. Ärztliches Operationshonorar: pauschal** **€ 300**

---

Die Pauschale in Höhe von 300,- € für das ärztliche Honorar setzt sich wie folgt zusammen

- Indikationsfeststellung
- Patientenaufklärung über die Möglichkeit der Einschreibung in den Wahlleistungsvertrag mit definierter Versorgungskette, Qualitätssicherung und Versorgungsforschung
- Umfassende persönliche Patientenaufklärung über die Erkrankung, insbesondere über die medizinische Indikation zur Durchführung einer Behandlung, die operativen Risiken, den Behandlungsalternativen, den in Frage kommenden Arzneimitteln
- Beratung und Erörterung
- Situationsgerechte anästhesiologische Betreuung durch den Operateur
- Durchführung der intraokularen Operation unter sterilen Bedingungen lt. Festlegung der Qualitätssicherungskommission
- Sachkosten des operativen Eingriffs
- Betreuung des Patienten bis zum endgültigen Verlassen des OP-Zentrums bzw. Klinik/Krankenhaus
- Beobachtung im Aufwachraum
- 24 Stunden Erreichbarkeit eines Operateurs aus der Einrichtung
- Dokumentation laut Vertrag
- Qualitätssicherung entsprechend vertraglicher Bestimmungen
- Fortbildung der teilnehmenden Ärzte entsprechend vertraglicher Bestimmungen
- Terminpriorität für die Diagnostik und operative Behandlung
- Fachübergreifende Abstimmung bei multimorbiden Patienten
- Überweisung bei Verdacht auf Koronarerkrankung und ggf. Überweisung zur Einschreibung DMP
- Ggf. individuelle Chronikerbetreuung
  - Hinweis zu Hilfestellung für Lebenshilfen im Alltag bei drohender Erblindung
  - Beratung Sehhilfen/Hilfsmittel
  - Unterstützung bei Beantragung von Sehhilfen/Hilfsmitteln
  - Beratung im Umgang mit Lebenseinschränkung (eingeschränktes Sehfeld)
  - Umgang mit Angst der drohenden Erblindung
  - Terminkoordination /Terminpriorisierung, langfristige Planung und Terminmonitoring bei gegebenem Anlass
  - Angehörigenberatung
- Alle notwendigen intra- und unmittelbar postoperativen Untersuchungen und Maßnahmen einschließlich Fundusuntersuchungen und
  - ggf. Augeninnendruckkontrolle, Parazentese
- Casemanagement (interdisziplinär = i.S. von ggf. Absprachen mit Diabetologen/ Kardiologen/ Hausarzt)
- Medikationsplan (ggf. ebenfalls interdisziplinär klären)

## Anlage 3a: Leistungsdefinition und Vergütung

### **2. Ärztliches Honorar für die Verlaufsdiagnostik: pauschal** **€ 50**

---

Die Verlaufsdiagnostik wird entweder

- auf Überweisung durch den Operateur  
oder
- durch den Operateur selbst

erbracht.

- Auch wenn der Operateur das bildgebende Verfahren nicht selbst erbringt, sondern in der Versorgungskette erbringen lässt, obliegt dem Operateur die Überprüfung der Indikation und die Entscheidung für den Folgetermin der IVOM oder den Therapieabbruch (Wiederbehandlungskriterien gemäß der jeweils aktuellen Stellungnahme der Fachgesellschaften).
- Vor der Erstbehandlung und in der Stabilisierungsphase krankheitsspezifisch Verlaufsdiagnostik mit SD-OCT.
- Die Vergütung von OCT ist auf 6 Mal innerhalb von 12 Monaten beschränkt.
- Darüberhinausgehende OCTs, die zur Diagnostik dieses Vertrages zählen, dürfen nicht als IGeL-Leistungen erbracht werden.

### **3. Ärztliches Nachbehandlungshonorar** **€ 30**

---

Die postoperative Nachsorge kann maximal 2 x pro IVOM abgerechnet werden und erfolgt entweder

- auf Überweisung durch den Operateur  
oder
- durch den Operateur selbst.

Postoperativer Leistungskomplex:

Nachsorge postoperativ durch den Augenarzt,

- Alle Nachuntersuchungen entsprechend der medizinischen Notwendigkeit zur Sicherung des Behandlungserfolges innerhalb von 21 Tagen
- Erste postoperative Untersuchung zwischen 1. und 5. Tag (Infektionsrisiko): aktuelle Anamnese, Visus, Tension, Vorderabschnitt, Fundus bei enger Pupille, Glaskörper,
- Aufklärung des Patienten über weitere Therapie, Verhalten und Komplikationsmöglichkeiten

### **4. Medikamentenkosten**

---

Die Kosten der für die IVOM-Behandlung verordneten Medikamente (VEGF-Hemmer, Dexamethason und Fluocinolonacetonid) werden in voller Höhe vergütet.

Für die jeweilige Indikation zugelassene Medikamente sind auf Muster 16 zu verordnen.

Andere Medikamente werden auf einem roten IVOM-Privatrezept verordnet.

Die vom Arzt verauslagten Medikamentenkosten werden entsprechend dem von der Apotheke taxierten IVOM-Privatrezept erstattet.

### Anlage 3b: Abrechnungs- und Symbolziffernsystematik Nordrhein

Die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen erfolgt quartalsweise über die KVNo. Sie werden extrabudgetär durch die Betriebskrankenkassen gegenüber der KVNo vergütet.

Die Vergütung wird im KT-Viewer gesondert ausgewiesen; Abschlagszahlungen können vereinbart werden.

<b>Leistung Verlaufsdiagnostik</b>	<b>Symbolziffer</b>	<b>Betrag</b>
Mittels SD-OCT, maximal 6-mal in 12 Monaten	93783 R/L	50,00 €
<b>Leistung „Behandlung mittels IVOM:-“</b>	<b>Symbolziffer</b>	<b>Betrag</b>
- einer akuten posterioren Uveitis	93784 R/L	300,00 €
- einer chorioidalen Neovaskularisation (CNV)	93785 R/L	300,00 €
- eines Makulaödems nach retinalem Venenverschluss	93786 R/L	300,00 €
- eines diabetischen Makulaödems (DMÖ)	93787 R/L	300,00 €
- einer feuchten altersbedingten Makuladegeneration (AMD)	93788 R/L	300,00 €
- einer proliferativen diabetischen Retinopathie (PDR)	93790 R/L	300,00 €
<b>Postoperative Leistungskomplexe</b>	<b>Symbolziffer</b>	<b>Betrag</b>
- auf Überweisung durch den Operateur, maximal 2x/IVOM	93793 R/L	Je 30,00 €
- durch den Operateur, max. 2x/IVOM	93794 R/L	Je 30,00 €

Die Verordnung, Kennzeichnung und Abrechnung der im Rahmen der Operation eingesetzten Arzneimittel erfolgt mittels folgender Systematik:

<b>Arzneimittel</b>	<b>Symbolziffer</b>	<b>Verordnung/ Abrechnung</b>
Lucentis®	99611	Muster 16
Biologikum mit dem Wirkstoff Bevacizumab	99612	IVOM-P-Rezept / nach Taxierung
Biologikum mit dem Wirkstoff Ranibizumab	99614	IVOM-P-Rezept / nach Taxierung
Ozurdex®	99615	Muster 16
Eylea®	99616	Muster 16
Biologikum mit dem Wirkstoff Aflibercept	99617	IVOM-P-Rezept / nach Taxierung
Iluvien®	99618	Muster 16
Beovu®	99619	Muster 16

## Anlage 4: Qualitätssicherung beim Operateur

Für die Durchführung der operativen Eingriffe werden besonders hohe Qualifikationsvoraussetzungen für den Operateur vereinbart, die auch über die in den Vereinbarungen zu § 115 b SGB V geforderten Voraussetzungen hinausgehen.

1. Operativ tätige Vertragsteilnehmer halten die folgenden baulichen, apparativ-technischen und organisatorischen Voraussetzungen selbst oder durch Beauftragung vor:
  - a) Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 115 b Abs. 1 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
  - b) Die Einhaltung der vom Robert-Koch-Institut (RKI) für die Instrumentenaufbereitung und Sterilisation vorgegebenen Anforderungen, es sei denn, dass vom RKI für die Ophthalmochirurgie begründete Ausnahmen zugelassen worden sind.
  - c) Sterilgutaufbereitung durch examinierte Sterilgutassistenten/-innen.
  - d) Die Einhaltung des Medizinproduktegesetzes und der Medizinproduktebetreiberverordnung.
  - e) Nachweis der Einführung eines QM-Systems, gegebenenfalls als Matrix-Zertifizierung, KTQ oder ein gleichwertiges QM-System, Hygieneplan gem. § 23 Abs. 5 Infektionsschutzgesetz (IfSG), ggf. Hygienezertifizierung ISO 9001. Einzelheiten legt die Qualitätssicherungskommission fest.
  - f) Geräte zur Fluoreszenzangiographie.
  - g) Geräte zur Optischen Kohärenztomographie (SD-OCT)
  - h) Haftungseinschluss durch Haftpflichtversicherer von off-label-use Medikamenteneinsatz in die Arzthaftung bei der Behandlung u.a. der feuchten altersbedingten Makuladegeneration
  - i) Kooperierende Apotheke mit Nachweis über Einschluss des Risikos in die Betriebshaftpflichtversicherung.
2. Operativ tätige Vertragsteilnehmer, die nach diesem Vertrag Leistungen erbringen halten weiterhin vor:
  - a) Operationsmikroskop;
  - b) OP-Sets zur operativen Intervention von Augeninnendrucksteigerungen einschl. Paracentese
3. Operativ tätige Vertragsteilnehmer nach § 2, die im Rahmen dieses Vertrages Leistungen erbringen, erfüllen die folgenden fachlichen Anforderungen bzw. verfügen über die folgende operative Befähigung:
  - a) Persönliche und fachliche Voraussetzung für die Zulassung zur Behandlung der intravitrealen Injektion am Auge gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) in der jeweils geltenden Fassung oder persönliche Voraussetzung für die Zulassung zur PDT nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) in der jeweils geltenden Fassung,
  - b) Nachweis über die Teilnahme an einem von der DOG/VoA/BDOC anerkannten IVOM-Kurses über mindestens 4 Stunden.
  - c) Genehmigung zum ambulanten Operieren nach §115 b SGB V
  - d) Nachweis von 500 intraokularen Eingriffen (Lebenszeit; alternativ Vorlage der Qualifikation „Fachkunde Ophthalmochirurgie“) und aktuell 2 Jahre vor Vertragsbeginn 100 intraokulare Eingriffe jährlich; alternativ 100 intravitreale Eingriffe
  - e) Selbständige Auswertung von 200 Fluoreszenzangiographien.
  - f) Regelmäßige Fortbildung durch Teilnahme an von der DOG/VoA/BDOC anerkannten IVOM-/PDT- Fortbildungen von mindestens vier Stunden jährlich.

## Anlage 5a: Verpflichtungserklärung Operateur

### Vereinbarung (Verpflichtungserklärung) für teilnehmende Operateure des BKK/VoA/IVOM Vertrages

An dem o.g. Vertrag möchte ich teilnehmen:

Ich versichere, dass ich die baulichen und apparativen Voraussetzungen gem. Anlage 4 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. § 9 des Vertrages zur vollständigen und lückenlosen Dokumentation der erbrachten Leistungen gem. § 630 f BGB und nach Maßgabe der Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung. Die vollständige Dokumentation ist jederzeit nachvollziehbar in der Patientenakte verfügbar. Auf Anforderung der KV Nordrhein 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 zur Verfügung stellen.

Um eine gleichbleibend hohe Qualität der Verordnung, Therapie und Weiterbehandlung bei Patienten zu gewährleisten, soll ich vermutete oder tatsächliche Komplikationen aus der IVOM- Behandlung (auch unabhängig von einer erneuten IVOM) bei der VoA melden.

Ich versichere, dass ich keine in Zusammenhang mit der IVOM stehenden EBM Ziffern für die Betreuung der Patienten im Rahmen der Operation und Nachsorge 06334 und 06335, 06336, 06337, 06338, 06339, 31371, 31372, 31373, 31502, 31821, 31716, 31717, parallel über die KV Nordrhein abrechnen werde.

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 des Vertrages zwischen KV Nordrhein, dem BKK-LV NORTHWEST und VoA/BDOC.

Unterschrift Vertragsarzt	Datum	Stempel
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Unterschrift Bevollmächtigter des Krankenhausträgers/gesetzlicher Vertreter des MVZ		
<input type="text"/>		
Nachname	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LANR	IK (sofern vorhanden)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

*Hinweis: Bei Teilnahme mehrerer Vertragsärzte in einer BAG 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*

## Anlage 5b: Teilnahmeerklärung Operateur

Hiermit beteilige ich mich an dem Rahmenvertrag über die Behandlung mittels intravitrealer operativer Eingabe von VEGF-Hemmern u.a. zwischen der KV Nordrhein und den Krankenkassen des BKK LV NW und der VoA:

1. Ich bin Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde und mir sind die Informationen zum Vertrag mit den Anlagen bekannt und zugänglich. Den Vertrag erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
2. Ich habe die notwendigen Unterlagen zur Teilnahme an dem Vertrag beigefügt:
  - a) Persönliche und fachliche Voraussetzung für die Zulassung zur Behandlung der intravitrealen Injektion am Auge gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur intravitrealen Medikamenteneingabe (Qualitätssicherungsvereinbarung IVM) in der jeweils geltenden Fassung oder persönliche Voraussetzung für die Zulassung zur PDT nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) in der jeweils geltenden Fassung,
  - b) Nachweis eines von der DOG/VoA/BDOC anerkannten IVOM-Kurses über mindestens 4 Stunden.
  - c) Genehmigung zum ambulanten Operieren nach § 115 b SGB V zur Durchführung operativer Leistungen.
  - d) Bescheinigung des Haftpflichtversicherers über das Vorliegen des Haftungseinschlusses von off-label-use Medikamenteneinsatz in die Arzthaftung bei der Behandlung u.a. der feuchten altersbedingten Makuladegeneration.
  - e) Bescheinigung der kooperierenden Apotheke über Einschluss des Risikos in die Betriebshaftpflichtversicherung
  - f) Bescheinigung über die selbstständige Durchführung von 500 intraokularen Eingriffen (Lebenszeit) und aktuell 100 intraokulare Eingriffe jährlich mind. 2 Jahre vor Vertragsbeginn; alternativ 100 intravitreale Eingriffe
  - g) Bescheinigung über die selbstständige Auswertung von 200 Fluoreszenzangiographien
3. Alle vertraglich vereinbarten Leistungen werden über die KV Nordrhein abgerechnet.

Unterschrift Vertragsarzt	Datum	Stempel										
	<table border="1" style="margin: auto;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>											
Unterschrift Bevollmächtigter des Krankenhausträgers/gesetzlicher Vertreter des MVZ												
Nachname	Vorname											
LANR	IK (sofern vorhanden)											

*Hinweis: Bei Teilnahme mehrerer Vertragsärzte in einer BAG 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*

**Teilnahmeantrag des nicht operativ tätigen  
Facharztes für Augenheilkunde  
zur Abrechnung der Leistungen Verlaufsdagnostik/Nachbehandlung  
für die vertragsbeteiligten Krankenkassen**

im Rahmen der Behandlung zu den vereinbarten Indikationen auf der Basis des jeweiligen Vertrages zur besonderen ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Medikamentengabe (IVOM):

Rücksendung an:

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Bezirksstelle Düsseldorf / Köln - Abteilung Qualitätssicherung:

→ Fax: 0211/ 5970 33131      oder      → E-Mail: augenheilkunde@kvno.de

Titel	Vorname	Name
Folgende Kontaktangaben betreffen den Vertragsarztsitz		
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
E-Mail-Adresse		
Lebenslange-Arzt-Nr. (LANR)		Betriebsstätten- Nr. (BSNR)
Ort/Datum	Unterschrift Antragssteller bzw. anstellender Arzt + angestellter Arzt	
Vertragsarztstempel		
angestellte/r Ärztin/Arzt bei		

**Ich beantrage die Teilnahme am Vertrag für den Bereich:**

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

**Nachsorge**

**und / oder**

**Verlaufskontrolle mittels SD-OCT**

1. Ich bin Facharzt für Augenheilkunde und mir sind die Informationen zum Vertrag mit den Anlagen bekannt und zugänglich. Den Vertrag erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
2. Mir ist bekannt, dass der Operateur die letzte Verantwortung für die Indikationsstellung und Durchführung der IVOM trägt.
3. Ich verpflichte mich, die Leistungen nach den Symbolnummern im Rahmen des Vertrages über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein abzurechnen und dem Patienten keine zusätzlichen Leistungen in Rechnung zu stellen.
4. Hiermit erkläre ich, dass dieser Antrag auch Gültigkeit für zukünftig beitretende Krankenkassen hat.

Ort/ Datum

Unterschrift Antragssteller  
bzw. anstellender Arzt + angestellter Arzt

Vertragsarztstempel

**Teilnahmeantrag des nicht operativ tätigen  
Facharztes für Augenheilkunde  
zur Abrechnung der Leistungen Verlaufsdagnostik/Nachbehandlung  
für die vertragsbeteiligten Krankenkassen**

**Weitere Angaben sind nur erforderlich bei Abrechnung der Verlaufskontrolle mittels SD-OCT**

Ich habe die notwendigen Unterlagen zur Teilnahme an dem Vertrag beigefügt:

- 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 die Fachgesellschaften/Qualitätssicherungskommission.
- Bescheinigung über die selbstständige Auswertung von 200 Fluoreszenzangiographien (FLA) zur Differentialdiagnostik AMD oder pathologischer Myopie oder 500 FLA des Augenhintergrundes.
- Gerätenachweis über das SD-OCT in Form einer Rechnung oder Lieferschein inkl. Angaben über Hersteller, Seriennummer, Anschaffungsdatum und Standort.

Den Nachweis der jährlichen Absolvierung an einer retinologischen Fortbildung von mindestens 4 Stunden (ggf. in Teilabschnitten z. B. 2 x 2 Stunden), wie z.B. auf der AAD, Tagung der Rheinisch-Westfälischen Augenärzte, den Tagungen der DOG, des BDOC/VoA des BVA oder Retinologischen Gesellschaft lege ich spätestens bis Ende des Kalenderjahres der KV Nordrhein Abteilung Qualitätssicherung vor.

Folgende Angaben betreffen den SD-OCT-Standort	
Bezeichnung/Name	
Straße/Nr.	PLZ/Ort

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

- Hiermit erkläre ich, dass die persönliche Leistungserbringung für den o.g. Gerätestandort gewährleistet ist. Sofern eine Delegation des technischen Untersuchungsteils an nichtärztliche Mitarbeiter erfolgt, verpflichte ich mich zur fachlichen Überwachung am Gerätestandort.
- Sofern ich mich für die OCT-Untersuchung mit anderen Ärzten zur gemeinschaftlichen Leistungserbringung zusammenschließe, sind die in § 15 Abs.3 BMV-Ä normierten Voraussetzungen einer Leistungserbringungsgemeinschaft erfüllt.

Ort/ Datum

Unterschrift Antragssteller  
bzw. anstellender Arzt + angestellter Arzt

Vertragsarztstempel

## Anlage 6: Beitritt anderer Krankenkassen

Beitritt zum Vertrag zur ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneingabe (IVOM)

Name:

Anschrift:

Ansprechpartner:

E-Mail:

Tel.:

Fax:

Hiermit erklärt die o. g. Krankenkasse den Beitritt zum Vertrag zur ambulanten augenchirurgischen Versorgung mittels intravitrealer operativer Medikamenteneingabe (IVOM).

Alle vertraglichen Bedingungen werden von der o. g. Krankenkasse zur Kenntnis genommen und sie ist verpflichtet diese zu erfüllen. Die o. g. Krankenkasse ist mit der Weitergabe der Daten im Rahmen des Vertrages einverstanden.

---

Datum Unterschrift Vorstand/Geschäftsführer

Stempel