

An alle Fachärztinnen und Fachärzte für  
Augenheilkunde

**Der Vorstand**  
**Ansprechpartner:** Service-Center  
 Tel.: (030) 3 10 03 - 999  
 Fax: (030) 3 10 03 – 900  
 service-center@kvberlin.de

14. Dezember 2012

Vertrag über eine  
**augenärztliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei Kleinkindern**  
 mit der **IKK Brandenburg und Berlin** (§ 73c SGB V)

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Kassenärztliche Vereinigung Berlin hat mit der IKK Brandenburg und Berlin zum **01.01.2013** einen Vertrag über augenärztliche Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen bei Kleinkindern\* geschlossen.

Mit der Vorsorgeuntersuchung sollen mehr Sehstörungen als bislang frühzeitig erkannt und Folgeerkrankungen vermieden werden. Damit wird ein aktiver Beitrag zu mehr Kindergesundheit geleistet.

**Übersicht der Leistung:**

Alter	Leistungsbeschreibung	SNR	Vergütung
32. bis 42. Lebensmonat	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Anamnese; <u>Untersuchungsschritte:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visus</li> <li>• Überprüfung der Augenstellung, Motilität und Konvergenz</li> <li>• Binokularsehen</li> <li>• Stereosehen</li> <li>• objektive Refraktionsbestimmung</li> <li>• Vordere Augenabschnitte, Beurteilung der optischen Medien und Fundusuntersuchung, Untersuchung der Netzhaut und Beurteilung auf krankhafte Veränderung in Mydriasis</li> </ul> </li> <li>➤ Abschlussgespräch (inkl. Dokumentation)</li> </ul>	<b>90130</b>	<b>100 €</b>  außerhalb der MGV

**Die Abrechnung der EBM-Nrn. 06210 und 06320 sind ausgeschlossen**

**Teilnahme ab  
01.01.2013  
möglich**

**SNR 90130**  
  
**Vergütung je  
Untersuchung  
100 €**

\* Wichtiger Hinweis: Voraussetzung für die Teilnahme des Kindes ist die gleichzeitige Teilnahme am IKK-Kids-Vertrag („Kinderarztvertrag“ der IKK Brandenburg und Berlin). **Lassen Sie sich bitte den Teilnahmeausweis zeigen.**

Wenn Sie an dem Vertrag teilnehmen möchten, sind folgende **Teilnahmevoraussetzungen** zu erfüllen:

**Fachliche Qualifikation:**

- Die Abrechnung der EBM-Nr. 06210 (Augenärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr) in mindestens 50 Fällen innerhalb der letzten 2 Jahre

oder, falls Sie weniger als zwei Jahre zugelassen sind, um

- Übersendung einer Patientenliste.

**Organisatorische Voraussetzungen:**

- die Praxis vergibt Termine für die Vorsorgeuntersuchung (in aller Regel), innerhalb von 14 Tagen
- die Kinder warten an zum Termin (in aller Regel) nicht länger als 30 Minuten

Ihre Teilnahme können Sie mit der beigefügten Teilnahmeerklärung beantragen. Ihre Teilnahme beginnt mit dem Datum der Teilnahmebestätigung.

Den Vertrag können Sie auf der Homepage der KV Berlin [www.kvberlin.de](http://www.kvberlin.de) unter *Verträge und Recht* finden.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Angelika Prehn  
Vorstandsvorsitzende



Dr. med. Uwe Kräffel  
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke  
Mitglied im Vorstand

Anlage:

Teilnahmeerklärung

**Ihre  
Teilnahmeerklärung  
ist  
erforderlich**

 **31003-999**



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Praxisstempel

Telefon (030) 31003 – 594, Fax (030) 31003 - 305

**Teilnahmeerklärung**  
zum Vertrag für Leistungen im Rahmen einer  
augenärztlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung bei  
Kleinkindern/Kindern  
nach § 73 c SGB V mit der IKK Brandenburg

Name des Arztes.: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich bin *in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft / MVZ niedergelassener* Arzt  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

Ich bin *in Einzelpraxis / Berufsausübungsgemeinschaft angestellter* Arzt

Ich bin im MVZ / *in der Einrichtung nach § 311 (2) SGB V angestellter* Arzt/Vertragsarzt

\_\_\_\_\_  
(Name des MVZ / der Einrichtung)

\_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

**Die Antragstellung erfolgt:**

für mich

für den bei mir / im MVZ / in der Einrichtung angestellten Arzt

\_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen)

\_\_\_\_\_  
(Name des angestellten Arztes)

Lebenslange Arztnummer (LANR):  
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail Adresse \_\_\_\_\_



**Ich beantrage für mich bzw. für den o.g. angestellten Arzt die Teilnahme am Vertrag für Leistungen im Rahmen einer augenärztlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung für Kleinkinder/Kinder und**

besitze bzw. der angestellte Arzt besitzt die Facharztanerkennung für Augenheilkunde

*(Die Vorlage der Urkunde ist entbehrlich, wenn eine Eintragung mit der entsprechenden Gebietsbezeichnung im Arztregister der KV Berlin vorliegt)*

und

versichere, dass ich bzw. der angestellte Arzt mit dem Ansatz der GOP 06210 (*augenärztliche Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr*) innerhalb der letzten 2 Jahre ab Antragstellung mindestens 50 Kinder versorgt habe bzw. hat.

*(Sollten Sie weniger als 2 Jahre zugelassen sein, bitten wir um die Übersendung einer Patientenliste)*

**Hinsichtlich der organisatorischen Anforderungen an die Praxis gemäß § 3 Abs. 2 versichere ich, dass**

die bestellten Patienten in aller Regel nicht länger als 30 Minuten warten

und

Termine für die Leistungen dieses Vertrages auf Anfrage in aller Regel innerhalb von 14 Tagen vergeben werden.

Ich bin umfassend über die Ziele und Inhalte des Vertrages für Leistungen im Rahmen einer augenärztlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung bei Kleinkindern informiert. Der Vertragsinhalt ist mir bekannt. Insbesondere akzeptiere ich die datenschutzrechtlichen Bestimmungen des o.g. Vertrages (§ 3 Abs. 3 Satz 2).

1. Mir ist insbesondere bekannt,

- a. dass die Teilnahme am Vertrag für Leistungen im Rahmen einer augenärztlichen Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchung bei Kleinkindern/Kindern freiwillig ist und die Anforderungen gemäß §§ 4 und 5 in Verbindung mit Anlage 1 erfüllt sein müssen,
- b. dass ein Anspruch auf Teilnahme nicht besteht,
- c. dass die Teilnahme an diesem Vertrag mit schriftlicher Bestätigung der Teilnahme durch die KV Berlin beginnt und ich dann zur



Leistungserbringung durch mich selbst oder durch den angestellten Arzt nach diesem Vertrag berechtigt und verpflichtet bin,

- d. dass die Teilnahme an diesem Vertrag endet, wenn gegen vertragliche Pflichten verstoßen wird (§ 3 Abs. 5b), oder eine Kündigung des Vertrages erfolgte (§ 3 Abs. 5a),
- e. dass eine Änderung oder Ergänzung des o.g. Vertrages, die sich nachteilig auf den teilnehmenden Arzt auswirkt, dazu berechtigt, die Teilnahme innerhalb von 6 Wochen nach Mitteilung über die Vertragsänderung gegenüber der KV Berlin zu kündigen (§ 3 Abs. 6),
- f. dass die Einhaltung der §§ 3 Abs. 9, 5 und 39 Bundesdatenschutzgesetz unbedingt zu beachten ist (§ 8 Abs. 3).

2. Ich verpflichte mich,

- a. Änderungen, die den Zulassungsstatus oder das Beschäftigungsverhältnis des angestellten Arztes, die apparative Praxisausstattung oder das praxisinterne Qualitätsmanagement betreffen, unverzüglich der KV Berlin mitzuteilen (§ 3 Abs. 4),
- b. einen Befundbericht an den mitbehandelnden Kinderarzt auszuhändigen und diesen über den konkreten Befund zu unterrichten (§ 4 Abs. 3),
- c. eine vollständige Dokumentation der im Rahmen dieses Vertrages festgelegten Leistungen gemäß Anlage 1 für jeden teilnehmenden Versicherten zu führen (§ 5 Abs. 1).

3. Notwendigen Vertragsänderungen oder –anpassungen stimme ich zu, sofern ich nicht vom Sonderkündigungsrecht Gebrauch mache.

---

Ort, Datum      Unterschrift des antragstellenden Arztes bzw. des ärztlichen Leiters (bei MVZ/Einrichtungen)