

## Anlage 7

### Teilnahmeantrag des Vertragsarztes zur Übergangsvereinbarung zur Behandlung des Makulaödems als Folge eines retinalen Venenastverschlusses (VAV) oder retinalen Zentralvenenverschlusses (ZVV)

Kassenärztliche Vereinigung  
Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 – 6  
44141 Dortmund  
**Telefax: 0231/9432-3399**

Ich nehme an der Übergangsvereinbarung zur Vergütung der intravitrealen Injektion teil, die zwischen der KVWL und der AOK NORDWEST (Landesbereich West), dem BKK Landesverband NORDWEST (handelnd für die beigetretenen BKKen), der IKK classic, Landwirtschaftlichen Krankenkassen NRW und der Knappschaft abgeschlossen wurde. Meine Teilnahme gilt auch für neu dieser Vereinbarung beitretende Krankenkassen.

1. Ich bin Facharzt für Augenheilkunde und mir sind die Inhalte der Übergangsvereinbarung einschließlich der Anlagen bekannt und zugänglich. Die Übergangsvereinbarung erkenne ich mit meiner Unterschrift an.
2. Ich habe die notwendigen Unterlagen zur Teilnahme an der Übergangsvereinbarung beigefügt (bitte entsprechend ankreuzen und Kopien beifügen, sofern die erforderlichen Nachweise der KVWL noch nicht vorliegen):
  - a. **Teilnahmebescheinigung** an einem mind. 4-stündigen Kurs zu PDT und/ oder intravitrealen Medikamentenapplikation,
  - b. **Bescheinigung** über die selbstständige Auswertung von mindestens 200 Fluoreszenzangiographien (FLA) zur Differenzialdiagnostik pathologischer Veränderungen der Makulaerkrankungen (AMD, Diabetische Makulaerkrankungen u. a.) oder 500 FLA des Augenhintergrundes; Bescheinigung über die selbstständige Durchführung von 100 intraokularen Eingriffen (ohne Lasertherapie) oder 100 intravitrealen Injektionen,
  - c. **Bestätigung:** Vorhandensein eines Operationsraumes, der die Anforderungen nach § 6 Abs. 5 Nr. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 SGB V erfüllt, sowie die hygienischen Anforderungen nach § 6 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115b SGB V einhält,
  - d. **Bescheinigung** des Haftpflichtversicherers über den Einschluss der intravitrealen Applikation von ausgeeinzelttem Ranibizumab und Bevacizumab in den Versicherungsschutz,
  - e. **Ggf. Bescheinigung** der mit dem Arzt kooperierenden Apotheke über das Vorliegen einer Pharmahaftung für das ausgeeinzeltete Ranibizumab und der Möglichkeit einer validierten, aseptischen Herstellung unter einer LAF Werkbank.

Alle von mir durchgeführten Leistungen im Rahmen dieser Übergangsvereinbarung werden über die KVWL abgerechnet.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Vertragsarztstempel