

## Antrag auf Genehmigung:

### Zur besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V zwischen der KVSH und der BARMER im Benehmen mit der bng-Regionalgruppe in Schleswig-Holstein

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

oder

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

#### Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).

#### Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

#### Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

- alle mir erteilten Betriebsstätten

#### Fachliche Voraussetzungen\*

- Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie
- oder
- Genehmigung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit fachärztlicher Niederlassung und der Genehmigung zur Durchführung der Vorsorgekoloskopie

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED Schwerpunktpraxis im bng“ -bitte beifügen-

oder

Betreuung von durchschnittlich >50 CED-Patienten (GKV) pro Jahr/Praxis -bitte beifügen-

---

Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V

Jährliche Teilnahme an Fortbildungen zum Thema CED mit mindestens 12 CME Punkten/Jahr

Regelmäßige Teilnahme an mindestens einem der beiden jährlich angebotenen Qualitätszirkel zu diesem Vertrag (in der Regel verbunden mit der 2x jährlich stattfindenden Tagung der bng-Regionalgruppe in Schleswig-Holstein)

---

### Personelle Voraussetzungen

---

#### Fakultative Voraussetzungen – Änderungen sind der KVSH anzuzeigen

CED-Fachassistenz (FACED) -bitte beifügen-

oder

„CED-Versorgungsassistenz“ gemäß BÄK-Curriculum -bitte beifügen-

---

### Verpflichtungserklärung

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
  - alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.
  - einer Veröffentlichung meiner Teilnahme zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVSH und der BARMER zustimme.
  - einverstanden bin, dass die BARMER nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Vertrag über das Arztverzeichnis Name, Vorname, LANR, BSNR sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten erhält.
  - einverstanden bin, dass mich die BARMER mehrmals unterjährig in geeigneter Weise über meine individuelle Verordnungsweise anhand von Ampelquoten informiert (Anlage 4), die Daten der von mir verordneten Arzneimittel auswertet und mir diese zur Verfügung stellt, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen zu informieren.
- 

### Verpflichtende Angabe

E-Mail-Adresse für die Übersendung der „Anpassungen der Ampel“ und der „Ampelquote“ nach Anlage 4,

Punkt 3: \_\_\_\_\_

---

### Unterschrift(en)

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung** ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_  
Angestellte Person