

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

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

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

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

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

**Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß § 140a SGB V zur besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) zwischen der KVSH und der BARMER im Benehmen mit der bng-Regionalgruppe in Schleswig-Holstein**

<p><b>Allgemeine Hinweise</b></p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<p><b>Fachliche Voraussetzungen</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Genehmigung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit fachärztlicher Niederlassung und der Genehmigung zur Durchführung der Vorsorgekoloskopie</p> <p><input type="checkbox"/> Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED Schwerpunktpraxis im bng“</p> <p>oder</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung von durchschnittlich &gt;50 CED-Patienten (GKV) pro Jahr/Praxis</p> <p><input type="checkbox"/> Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V</p> <p><input type="checkbox"/> Jährliche Teilnahme an Fortbildungen zum Thema CED mit mindestens 12 CME Punkten/Jahr</p> <p><input type="checkbox"/> 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)</p>

<b>Personelle Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<b>Fakultative Voraussetzungen – Änderungen sind der KVSH anzuzeigen</b> CED-Fachassistenz (FACED) <b>-Zertifikat bitte beifügen-</b> oder „CED-Versorgungsassistenz“ gemäß BÄK-Curriculum <b>-Zertifikat bitte beifügen-</b>
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Verpflichtungserklärung</b>	Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.</li> <li>▪ alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werde.</li> <li>▪ einer Veröffentlichung meiner Teilnahme zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVSH und der BÄRMER zustimme.</li> <li>▪ einverstanden bin, dass die BÄRMER nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme an dem Vertrag über das Arztverzeichnis Name, Vorname, LANR, BSNR sowie die Diagnose- und Abrechnungsdaten erhält.</li> <li>▪ einverstanden bin, dass mich die BÄRMER 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.</li> </ul> <b>Verpflichtende Angabe</b> E-Mail-Adresse für die Übersendung der „Anpassungen der Ampel“ und der „Ampelquote“ nach Anlage 4, Punkt 3: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>	

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt