

**Fax-Nummer: 089/57093-64966**  
**E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de**

**Teilnahmeerklärung**  
am Vertrag zur „Besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V“ gültig ab dem 01.01.2024 mit der BARMER und im Be-  
nehmen mit der bng-Regionalgruppe in Bayern

**1. Allgemeine Angaben**

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ/ in der BAG tätigen Arzt der MVZ-/BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin für das MVZ/BAG \_\_\_\_\_ vertretungsberechtigt  
(Name des MVZ/ der BAG)


Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift



**Die Antragstellung erfolgt für**

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|


**Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt bei o.g. MVZ/BAG seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. MVZ/BAG seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj



## 2. Teilnahmeerklärung

Beantragt wird die freiwillige Teilnahme am Vertrag zur „Besonderen Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED)“ – abgeschlossen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, der BARMER und im Benehmen mit der bng-Regionalgruppe Bayern.

Der Vertrag gilt für die Versicherten der BARMER, die in den teilnehmenden Praxen in der Versorgungsregion der KVB behandelt werden.

## 3. Teilnahmevoraussetzungen

Teilnahmeberechtigt sind im Bereich der KVB zugelassene, angestellte sowie ermächtigte Ärzte. Folgende **fachliche sowie persönliche/sachliche** Teilnahmevoraussetzungen werden darüber hinaus erfüllt:

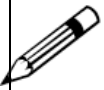
### Fachliche Teilnahmevoraussetzungen:

- Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie

oder

  - Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Gastroenterologie




oder

  - Anerkennung zum Führen der Facharztbezeichnung für Innere Medizin mit fachärztlicher Niederlassung und der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie
- 

### Persönliche/sachliche Voraussetzungen:


- Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED Schwerpunktpraxis im bng“

**oder alle vier folgenden Voraussetzungen**

  - Betreuung von >50 CED-Patienten (GKV) pro Jahr/Praxis (Nachweis in zumindest einem Jahr ab 2018, wird von der KVB über die Abrechnung geprüft)
  - Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung nach § 95d SGB V
  - Jährlicher Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema CED mit zumindest 12 CME-Punkten/Jahr. Der erstmalige Nachweis wird dem Antrag beigefügt.\*
  - Regelmäßige Teilnahme an zumindest einer der jährlich angebotenen Fortbildungen und/oder Qualitätszirkel des bng bzw. der KVB zum Thema CED. Der erstmalige Nachweis wird dem Antrag beigefügt.\*
- 
- 
- 

*\* Die jährlichen Nachweise über die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema CED werden von der KVB in geeigneten Abständen überprüft.*

### Fakultativ: Nachweis Zertifikat „CED-Fachkraft“\*

- Fachassistenz CED
  - Versorgungsassistenz CED
- 

*\* Der Nachweis ist fakultativ, berechtigt jedoch zur Abrechnung der GOP 93051.*

Die KVB überprüft, ob die Ärzte die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KVB dem Arzt die Berechtigung zur Teilnahme und Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag. Das Fortbestehen der laufenden Teilnahmeverpflichtungen wird in geeigneten Abständen von der KVB geprüft. Die KVB wird Sie hierzu explizit auffordern, die erforderlichen Nachweise einzureichen.

**Verpflichtende Angabe!**

**E-Mail-Adresse** für die Übersendung der „Anpassungen der Ampel“ und der „Ampelquote nach Anlage 4 - Punkt 3. - (Angabe ist verpflichtend):

\_\_\_\_\_



#### 4. Teilnahmeverpflichtungen und datenschutzrechtliche Einwilligungen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- alle vertraglich geforderten Verpflichtungen erfüllen werde.
- einverstanden bin, dass die im Rahmen dieses Vertrages gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVB erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- einer Veröffentlichung meiner Teilnahme zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVB 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 (s. 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.
- sobald ich die Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KVB anzeigen. Mir ist bekannt, dass mir bei Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten die erteilte Berechtigung von der KVB widerrufen werden kann.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt der Teilnahmeerklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen die schriftliche Teilnahmebestätigung zugegangen ist.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt /  
MVZ-/BAG-Vertretungsberechtigter



**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt



Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Facharzturkunde für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder		
Facharzturkunde für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzweiterbildung Kinder- und Gastroenterologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder		
Facharzturkunde für Innere Medizin mit fachärztlicher Niederlassung und Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Koloskopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Gültiges Zertifikat „CED Schwerpunktpraxis im bng“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oder		
3) Nachweis über die Teilnahme an Fortbildungen zum Thema CED im letzten Jahr mit zumindest 12 CME-Punkten/Jahr.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Nachweis über die Teilnahme an zumindest einer der jährlich angebotenen Fortbildungen und/oder Qualitätszirkel des bng bzw. der KVB zum Thema CED.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) <b>Ggf.:</b> Nachweis Zertifikat „CED-Fachkraft“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

### 1. Spezifische Abrechnungsbestimmungen

- Die Vergütungen nach diesem Vertrag werden durch die BARMER außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gezahlt.
- Zur Optimierung der Umsetzung der geplanten Strukturmaßnahmen erhält der teilnehmende Arzt eine quartalsweise pauschale Strukturzulage in Höhe von 15 EUR je CED-Patient der BARMER.
- Es können nur BARMER Versicherte mit gesicherter Diagnose einer CED gemäß ICD 10 (K50.-, K51.-, K52.3) an diesem Vertrag teilnehmen.
- Die KVB ist berechtigt, von den teilnehmenden Ärzten die jeweils gültigen Verwaltungskosten zu erheben.
- Die Auszahlung der Vergütungsposition „Ampelbonus“ ist gekoppelt an die Vergütungsposition „Strukturpauschale“ und erfolgt patientenbezogen i.d.R. zwei Quartale nach Leistungserbringung. Die Vergütungsposition „Ampelbonus“ muss nicht aktiv vom Arzt angesetzt werden.
- Eine Übersicht zur Vergütung finden Sie unter diesem Link: <https://www.kvb.de/fileadmin/kvb/Mitglieder/Abrechnung/Vertraege/CED/KVB-Uebersicht-CED-Leistungen-Vergue-tung.pdf>

### 2. Spezifische Regelungen zum Entzug der Teilnahmeberechtigung

- Sobald wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen des Vertrags gegenüber der KVB nachgewiesen werden, ist der Arzt zur erneuten Teilnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung der Teilnahmeerklärung sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeberechtigung nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.

### 3. Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln bei CED

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass die an dem Vertrag teilnehmenden Ärzte die gegebenenfalls erforderlichen Arzneimittel zur Therapie der CED wirtschaftlich, entsprechend den aktuellen Leitlinien und der Regelungen in diesem Vertrag verordnen.

## **Allgemeines**

Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten leite ich an die zentrale Annahmestelle BARMER Scanzentrum, 73520 Schwäbisch Gmünd weiter.

Leistungen nach dem Vertrag nach § 140a SGB V dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche Genehmigung meiner für den Praxissitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt wurde.

## **Hinweise zur Datenverarbeitung**

Verantwortlich für die Verarbeitung der Patientendaten ist das BARMER Scanzentrum, 73520 Schwäbisch Gmünd.

Bei Anfragen wegen der Verarbeitung der personenbezogenen Teilnahmedaten der Patienten wenden Sie sich an die BARMER, Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin, E-Mail: [service@barmer.de](mailto:service@barmer.de)

## **Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten**

- Die in dieser Teilnahmeerklärung angegebenen Daten werden von der Kassenärztlichen Vereinigung sowie der teilnehmenden Krankenkasse ausschließlich zur Durchführung des Vertrags zur „Besondere Versorgung von Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) gemäß § 140a SGB V“ als besonderen Versorgungsauftrag nach § 140a SGB V verarbeitet.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns übernimmt die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend § 295 Abs. 1b SGB V. Die teilnehmenden Ärzte sind entsprechend § 295 Abs. 1b SGB V befugt, für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrags erbrachten Leistungen die nach dem 10. Kapitel des SGB V erforderlichen Angaben einheitlich verschlüsselt direkt an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zu übermitteln.
- Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die BARMER erhalten LANR, BSNR, Facharztbezeichnung, Titel, Name, Vorname, Straße, PLZ, Ort, Telefon- und Faxnummer, E-Mail, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende nach Bestätigung der Vertragsteilnahme an dem Vertrag durch das aus den Daten erstellte Teilnehmerverzeichnis.
- Die Daten werden durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns an die BARMER weitergegeben sowie in einem Verzeichnis auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und auf der Homepage der beteiligten Krankenkasse veröffentlicht.
- Die Datenverarbeitung erfolgt auf Grundlage Ihrer Einwilligung gemäß Art. 6 Abs. 1 S. 1 lit. a), Art. 9 Abs. 2 lit. a) DSGVO.
- Ihre Daten werden nach Ihrem Ausscheiden aus dem Vertrag gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden und satzungsmäßige oder vertragliche Aufbewahrungsfristen nicht entgegenstehen (insbesondere § 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X).

## **Information über Ihre Rechte**

Sie haben das Recht auf Auskunft zu Ihren im Rahmen der Vertragsteilnahme verarbeiteten personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO) und Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO), auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO) und auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO).

Sie können Ihre Einwilligung jederzeit widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der bis dahin erfolgten Verarbeitung wird davon nicht berührt.

Beschwerden gegen die Datenverarbeitung können Sie an jede für den Datenschutz und die Informationsfreiheit zuständige Aufsichtsbehörde richten.