

# Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit CED

## Teilnahmeerklärung Vertragsarzt

*Wichtig:*

*Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist die Teilnahmeerklärung zusätzlich vom gesetzlichen Vertreter des MVZ zu unterzeichnen.*

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Pappelallee 5  
14469 Potsdam

Mail: [qs@kvbb.de](mailto:qs@kvbb.de)  
Fax: 0331/2309-529



Vertragsarztstempel

Ich möchte gemäß § 4 zur besonderen Versorgung von Patienten mit CED teilnehmen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Titel, LANR

\_\_\_\_\_  
BSNR (auch mehrere)

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

Ich erfülle die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen

*Zutreffendes bitte ankreuzen*

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

oder

Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie

oder

Facharzt für Innere Medizin mit Genehmigung zur Durchführung von präventiven Koloskopien

und

gültiges Zertifikat „CED Schwerpunktpraxis im bng“ liegt vor

oder

Betreuung von > 50 CED-Patienten (GKV) pro Jahr/Praxis  
(Nachweis in zumindest einem Jahr ab 2018)

*Vorhandene Zertifikate bzw. Nachweise bitte beifügen*

fakultativ:

Ich beschäftige

eine CED-Fachassistenz (FACED)

(Grund- und Aufbaukurs des Kompetenznetzes Darmerkrankungen – 14 Stunden)

oder

eine CED-Versorgungsassistenz

(Zertifikat nach dem Curriculum der Bundesärztekammer)

*Vorhandene Zertifikate bitte beifügen*

In Kenntnis der Vertragsinhalte, insbesondere des Leistungsumfangs, erkläre ich hiermit meine Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit CED.

Mir ist bekannt, dass eine Vertragsteilnahme meine ärztliche Schweigepflicht nicht berührt. Ich verpflichte mich, die Zielsetzungen des Vertrages zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen, insbesondere die jährliche Fortbildung zu erfüllen und gegenüber der KVBB nachzuweisen. Sobald ich diese Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der KVBB anzeigen.

Ich bin einverstanden, dass mich die BARMER mehrmals unterjährig in geeigneter Weise per E-Mail über meine individuelle Verordnungsweise anhand von Ampelquoten informiert, die Daten der von mir verordneten Arzneimittel auswertet und mir diese zur Verfügung stellt, um mich über die Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen zu informieren.

Ich willige ein, dass

- die vorstehend genannten Daten, der Beginn und das Ende der Teilnahme am Vertrag der teilnehmenden Krankenkasse mitgeteilt werden.
- die im Rahmen des Vertrages gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der KVBB erhoben, verarbeitet und genutzt werden.
- meine Teilnahme zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVBB und der BARMER veröffentlicht werden kann.

Mir ist bekannt, dass die Teilnahme am Vertrag zur besonderen Versorgung von Patienten mit CED freiwillig ist und jederzeit mit einer Frist von 4 Wochen zum Quartalsende gekündigt werden kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vertragsarztes

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

\_\_\_\_\_  
ggf. Unterschrift des ärztlichen Leiters