

**Anlage 1: Teilnahmeerklärung Vertragsärzte  
zum Vertrag nach § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V  
zu Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen bei der Behandlung chronisch  
entzündlicher Darmerkrankungen  
zwischen der KVH und der Barmer**

Rücksendung auch per Fax möglich:

Qualitätssicherung Fax-Nr. 040/22802420

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon Nr.		Fax Nr.
Lebenslange Arzt-Nr. (LAN)		Betriebsstätten Nr. (BSNR)
Berufsausübungsgemeinschaft mit:		
Erbringung der beantragten Leistungen an mehreren Standorten:		
Facharztbezeichnung:		
E-Mail:		

<b>Die Antragstellung erfolgt für eine(n) Angestellte(n)</b>	
Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

**1. Ich erkläre die Teilnahme am o. g. Vertrag für Versicherte der BARMER**

**Folgender Nachweis liegen bei mir vor:**

- Nachweis eines gültigen Zertifikates „CED Schwerpunktpraxis im bng“  
oder
- Nachweis über die Betreuung von > 50 CED-Patienten pro Jahr/Praxis  
oder
- Nachweis über die Betreuung von > 25 CED-Patienten pro Jahr/Arzt

- Ich trete den in Anlage 2 zum Vertrag zu Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitszielen bei der Behandlung chronisch entzündlicher Darmerkrankungen (CED) nach § 84 Abs. 1 S. 5 SGB V genannten Rabattverträgen der BARMER bei. Durch die Teilnahme an diesem Vertrag und den Beitritt zu den in Anlage 2 genannten Rabattverträgen werden die Verordnungen über die Arzneimittel der Rabattverträge gemäß Anlage 2 für alle CED-Patienten der BARMER aus der Wirtschaftlichkeitsprüfung herausgenommen.

## 2. Verpflichtungserklärung

### Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich

- Die vertraglichen Regelungen kenne, akzeptiere und umsetze.
- Alle vertraglich geforderten Voraussetzungen erfüllen werden.
- Ich bin mit der Weitergabe der in § 6 des Vertrages genannten Daten im Teilnehmerverzeichnis (Anlage 3) durch die KVHH an die Barmer einverstanden.

---

Datum

---

Unterschrift **Antragsteller/in**

---

Datum

---

Unterschrift **Angestellte/r**