

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-362  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

### Antrag auf Teilnahme als „Schwerpunkt-Rheumatologe“

gem. § 4 der „Vereinbarung zur Förderung der ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Rheumatologie zwischen der KV Berlin und der AOK Berlin vom 17.11.2005“

Name des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer (BSNR) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Die Antragstellung erfolgt:**  für mich  
 für den angestellten Arzt/ Job-Sharer: \_\_\_\_\_  
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstiges

Angestellter Arzt in  Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft  
 MVZ  ÜBAG  Sonstiges

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt  
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR) 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

  
(Leistungserbringer)

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

- Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung als „Schwerpunkt-Rheumatologe“

### Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1. _____ Anschrift	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
2. _____ Anschrift	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
3. _____ Anschrift	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										
4. _____ Anschrift	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> Nebenbetriebsstättennummer										

## 1. Schwerpunkt Rheumatologe

### 1.1 Voraussetzungen:

- Hausärztlicher Internist Schwerpunkt- bzw. Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“  
oder
- Facharzt für Innere Medizin Schwerpunkt- bzw. Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“  
oder
- Facharzt für Orthopädie Schwerpunkt- bzw. Teilgebietsbezeichnung „Rheumatologie“  
und
- Kenntnis der interdisziplinären Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (z.B. „Gelenkschwellung (S1)“, „Management der frühen rheumatoiden Arthritis (S3)“).

## 2. Verpflichtungserklärung

(gemäß §3a und § 5 der vg. Vereinbarung)

Die Verpflichtungserklärung habe ich im Original und unterschrieben beigelegt.

Ja

Nein

*Hinweis: Die Verpflichtungserklärung muss zur Antragsbearbeitung vorliegen.*

### **3. Allgemeine Hinweise**

Die Teilnahme ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin möglich. Die Genehmigung wird ab Datum des Bescheides erteilt.

Gemäß § 2 Abs. 4 der Vereinbarung führt die Rheuma-Kommission Qualitätsprüfungen im Einzelfall durch Stichproben durch.

Vorsorglich weist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin darauf hin, dass die Teilnahme an dieser Vereinbarung mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit, mit dem Ablauf des Kalendervierteljahres, in dem die Tätigkeit als rheumatologisch verantwortlicher Arzt eingestellt wird oder wenn die in der Vereinbarung zur Förderung der ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Rheumatologie festgelegten Erfordernisse nicht oder nicht mehr erfüllt werden, endet.

#### Hinweise:

Ich bin damit einverstanden, dass die KV Berlin, gemäß § 2 Abs. 2 einmal jährlich der AOK Berlin, den rheumatologisch verantwortlichen Ärzten und den Schwerpunkt-Rheumatologen mitteilt, dass ich den Nachweis über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Teilnahme an der Vereinbarung erbracht habe.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift +Arztstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leiter der Einrichtung

## **Verpflichtungserklärung gemäß § 3a und § 5 der Vereinbarung zur Förderung der ambulanten medizinischen Versorgung auf dem Gebiet der Rheumatologie**

### **Gemäß § 3a:**

Ich versichere, dass mir die Inhalte und Ziele dieser Vereinbarung bekannt sind und dass ich Kenntnis von den interdisziplinären Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie habe und mich zu deren Einhaltung verpflichte.

### **Gemäß § 5:**

#### **Hiermit verpflichte ich mich zur:**

1. Zusammenarbeit mit der Basis - und Schwerpunkt-Versorgungsebene, insbesondere bei Frühdiagnostik und Wechsel der DMARD-Therapie.
2. Dokumentation des DAS (Disease Activity Score), der radiologischen Progression und von Therapieabbrüchen.
3. Stärkung der Eigenverantwortung und Selbsthilfekompetenz der Patienten durch verbesserte Information und Einbeziehung in die Behandlungsabläufe und z.B. durch Vermittlung von Selbsthilfeangeboten, Patientenschulungen und psychosoziale Beratung (Empowerment); z. B. in Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen (Rheuma-Liga, etc.).
4. Information des Versicherten über Elemente dieses Vertrages, insbesondere zur Kooperation der Versorgungsebenen und zur Thematik Behandlungsabbruch.
5. Quartalsweisen Übermittlung der gemäß § 5 erhobenen DAS-Scores in elektronischer, anonymisierter und in weiter verarbeitbarer Form (z. B. Excel) an eine von der AOK Berlin zu benennender Stelle.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift +Arztstempel