

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Keßlerstraße 1
76185 Karlsruhe

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de oder qs-genehmigung@kvbw.kim.telematik

Antrag

auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum Tätigkeitsaufnahme

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift

Straße

PLZ

Ort

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Straße

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

www.kvbawue.de/hiv-praeexpositionsprophylaxe

Ich beantrage, folgende Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen:

- HIV-Präexpositionsprophylaxe {HIP1}

Fachliche Befähigung nach § 4 (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Die Genehmigung gem. der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids liegt vor.

oder

- Die folgenden Voraussetzungen des § 4 Abs. 2 (a.-d) können von mir nachgewiesen werden:

- Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie oder Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Mindestens 8-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV/Aids-Patienten. Die Hospitation kann in zwei zeitlich voneinander getrennten Modulen absolviert werden und im begründeten Einzelfall können davon 4 Stunden online erfolgen.
- Nachweis fachlicher Kompetenz durch Präsenz bei der Behandlung von mind. 7 Personen mit HIV/Aids und/oder mit PrEP.
- Theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb eines Jahres vor Antragstellung können nun auch durch Online-Fortbildungsmaßnahmen anerkannt werden.



Bitte entsprechende Nachweise in Kopie beifügen!

Zur Genehmigung der GOPen 01931 bis 01936 stellen Sie bitte einen Antrag für den Bereich Spezial-Labor.

Jährliche Nachweise

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung mit der Auflage erteilt wird, folgende Voraussetzungen zu erfüllen und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg jährlich nachzuweisen:

- die selbstständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 6 Personen mit PrEP, beginnend mit der Genehmigungserteilung.
- den Erwerb von jährlich 8 Fortbildungspunkten im Bereich HIV/Aids und PrEP.

Einverständniserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Rechtsgrundlage genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der KVBW vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer, die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der KVBW übermittelt werden.



Ort, Datum

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

Unterschrift