



**Landesstelle  
Qualitätssicherung  
HIV-Infektion/Aids-Erkrankungen**

Georg-Voigt-Str. 15  
60325 Frankfurt  
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartnerin: Sabine Kühn  
Tel.: 069 79502-593 • Fax: 069 79502-485

Ansprechpartnerin: Sandra Franke  
Tel.: 069 79502-578 • Fax: 069 79502-376

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

## HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen

**Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten Versorgung von HIV-infizierten Patienten mit oder ohne antiretroviraler Therapie, mit HIV-assoziierten Erkrankungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V (Leistungen nach den Ziffern 30920, 30922, 30924)**

### Allgemeine Angaben

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Approbationsjahr \_\_\_\_\_

Wohnanschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Vertragsärztliche Tätigkeit** beantragt am \_\_\_\_\_

als Ärztin / Arzt für \_\_\_\_\_

**Tätigkeit als:**  Vertragsarzt  angestellter Arzt<sup>1</sup>  ermächtigter Arzt  Assistent<sup>1</sup>

**Anschrift des Standortes:**  Vertragspraxis \_\_\_\_\_

MVZ \_\_\_\_\_

Klinik / Institut \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Aufnahme der Tätigkeit **geplant zum** \_\_\_\_\_

**Betriebsstättennummer**<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

**Nebenbetriebsstättennummer(n)**<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind vom anstellenden Arzt bzw. Leiter des MVZ zu stellen.

<sup>2</sup> Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Gemäß der §§ 3 und 6 der vorgenannten Qualitätssicherungsvereinbarung sind nachfolgende Voraussetzungen für die Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung zu erfüllen:

## I. Fachliche Befähigung

**Die fachliche Befähigung gilt durch die Vorlage von Zeugnissen und Bescheinigungen als nachgewiesen:**

- Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Facharztbescheinigung nach § 3 Abs. 1, Nr. 1:  
Facharztbezeichnung im Gebiet: „Innere und Allgemeinmedizin“, „Allgemeinmedizin“, „Innere Medizin“, der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ oder zum Führen der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ oder „Arzt“ (ohne Gebietsbezeichnung)

**und**

- mindestens halbjährige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten.

*Eine ambulante Einrichtung muss nach § 3 Abs. 2. muss unter der Leitung eines Arztes stehen, der über eine Abrechnungsgenehmigung verfügt. Eine stationäre Einrichtung muss unter der Leistung eines Arztes stehen, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung in den Gebieten „Innere und Allgemeinmedizin“ oder Kinder- und Jugendmedizin“ berechtigt ist. In der stationären Einrichtung müssen innerhalb eines Jahres regelmäßig durchschnittlich mindestens 50 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal medizinisch betreut werden.*

**und**

- selbständige Betreuung von 25 HIV-/AIDS-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst.

**und**

- theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV / AIDS“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragsstellung. Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden.

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Die fachliche Befähigung wurde bereits nachgewiesen. Zeugnisse und Bescheinigungen liegen der KV Hessen vor. |
|---|

## II. Organisatorische Anforderungen und Praxisausstattung

- regelmäßige Teilnahme an HIV-/Aids-spezifischen interdisziplinären Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen und Arbeitsgruppen

- Sicherstellung der regelmäßigen Schulung der eigenen Praxismitarbeiter

- Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der zur Versorgung von HIV-/Aids-Patienten in besonderem Maße erforderlichen Qualifikation durch die Erfüllung der Voraussetzung von § 10 der Vereinbarung:**

- Selbständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 25\* HIV-/Aids-Patienten pro Quartal, beginnend mit der Genehmigungserteilung. Ausgenommen sind Kinder- und Jugendärzte, die HIV-infizierte / an Aids erkrankte Kinder behandeln. (Nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Betreuungsleistungen können angerechnet werden.)

- Erwerb von jährlich 30 Fortbildungspunkten zum Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankung, insbesondere über den neusten Stand der Forschung.

- Beachtung der relevanten sozial- und versorgungsrechtlichen Vorschriften.
- Die Praxis muss mindestens über einen separaten Liege- und Infusionsplatz verfügen.

### **III. Anforderungen an den behandlungsführenden Arzt §§ 4 und 5 der Vereinbarung**

- Ich verpflichte mich, die HIV-/Aids-Patienten umfassend leitliniengerecht ärztlich zu versorgen. Die spezialisierte Behandlung und Betreuung umfasst insbesondere die Vorgaben und Maßnahmen der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 4.
- Gemäß § 5 koordiniere und steuere ich als behandlungsführender Arzt die antiretrovirale Therapie bei Patienten nach § 1 Absatz 2, Nr. 2 (mit antiretroviraler Therapie) und 3 (mit HIV-assoziierten Erkrankungen, Aidsdefinierenden Erkrankungen oder behandlungsbedürftigen Koinfektionen)

### **Hinweise**

- Nach § 7 muss die quartalsweise Patientendokumentation alle Angaben der Anlage 1 enthalten.
- Die Kassenärztliche Vereinigung überprüft die ärztliche Dokumentation.

Jährlich fordert die Kassenärztliche Vereinigung nach § 8 Absatz 2 von mindestens 10% der behandlungsführenden Ärzte die Dokumentationen nach § 7 für ein Quartal von je 10 abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patienten aus einem Kalenderjahr an. Die Auswahl ist eine Zufallsauswahl.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gehalten die Ergebnisse der Prüfungen nach § 8 sowie § 10 (Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der besonderen Qualifikationen) an die KBV zu übermitteln.

- Für Ärzte, die vor Inkrafttreten dieser Vereinbarung HIV- / AIDS-Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung regelmäßig betreut haben, ist der Nachweis der fachlichen Befähigung erbracht, wenn der Arzt als behandlungsführender Arzt
  - einen Antrag auf Genehmigung innerhalb von 6 Monaten nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung stellt,
  - mindestens für die Dauer eines Jahres innerhalb der letzten 4 Jahre vor Antragsstellung an einem regionalen HIV/AIDS-Strukturvertrag teilgenommen hat und
  - theoretische Kenntnisse im Bereich HIV / AIDS durch die Erlangung von 20 Fortbildungspunkten innerhalb von 2 Jahren vor Antragsstellung nachgewiesen hat. Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden.

## Erklärungen

- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers  
ggf. Vertragsarztstempel

### **Gilt nur für angestellte Ärzte**

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes