

KV HESSEN I Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen Qualitätssicherung Team 1 Europa-Allee 90 60486 Frankfurt

HIV-Infektionen / Aids-Erkrankungen

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion (PrEP) gemäß der Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)

<u>Hinweis:</u> In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Die mit * gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder. Diese Angaben helfen uns bei der Bearbeitung Ihres Antrags.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung Team 1

Katrin Miceli Daniela Sommer

Tel 069 24741-6747 /-6075 Fax 069 24741-68816 gs.substitution@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen Körperschaft des öffentlichen Rechts Europa-Allee 90 I 60486 Frankfurt Postfach 15 02 04 I 60062 Frankfurt www.kyhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben	
Name, Vorname *, Titel	LANR
Privatanschrift *	
☆ *	*
Geburtsdatum:*	Datum der Approbation:
Angaben zur Tätigkeit	
Beginn oder geplante Aufnahme der Tätigkeit:	
Vertragliche Tätigkeit beantragt am	für folgende Fachrichtung:
Aufnahme der Tätigkeit geplant zum	Tätigkeit aufgenommen am
Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung	
kann nicht erteilt werden.	ständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung





Art der Tätigkeit¹

☐ Vertragsarzt in	☐ Einzelpraxis	□MVZ	☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
☐ Angestellter Arzt			
in Praxis/BAG			BSNR
	Na	me des anstellenden Arzte	s
in MVZ			BSNR
		Name des MVZ	
☐ Ermächtigter Arzt			BSNR
		Name der Einrichtung	
☐ Instituts-			
Ermächtigung	Name des Ins	stituts und des verantwortlic	BSNR
_	Name des ms	situts und des verantworting	SHELL CEREIS
Sicherstellungs-			BSNR
	-		Angabe des zu vertretenden Arztes
			Ç
- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
Ort(e) der Tätigkeit ² :			
Anschrift Standort			BSNR
Bei weiteren Standorte	en bitte dem Antrag gesc	onderte Aufstellung als /	Anlage beifügen.

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/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.



Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.



Genehmigungsvoraussetzungen *			
Fachliche Anforderungen:			
Gemäß der Anlage 33 zum BMV-Ä sind zur Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung für die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion nachfolgende Voraussetzungen zu erfüllen:			
<u>ODER</u>			
Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet:			
☐ Allgemeinmedizin	☐ Innere Medizin		
☐ Kinder- und Jugendmedizin	☐ Frauenheilkunde und Geburtshilfe		
☐ Urologie	☐ Haut- und Geschlechtskrankheiten		
<u>UND</u>			
☐ Nachweis einer mindestens 8-stündigen Hospitat schen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten	ion in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizini-		
——————————————————————————————————————	euung von HIV-Patienten muss unter der Leitung eines Arztes stehen, ren Einrichtung müssen innerhalb eines Jahres regelmäßig durch- uartal medizinisch betreut werden.		
<u>UND</u>			
	räsenz bei der Behandlung von mindestens 7 Personen mit HIV/Aids bisheriger Berufstätigkeit oder der Hospitationen erfolgen und durch nigungen belegt werden.		
<u>UND</u>			
	nd sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbilstellung sind vorhanden. Hospitationen können hierbei nicht ange-		





Beantragtes Leistungsspektrum:

GOP	Inhaltsbeschreibung Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
01920	Beratung vor Beginn einer HIV-Präexpositionsprophylaxe gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä
01921	Einleitung einer HIV-Präexpositionsprophylaxe gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä
01922	Kontrolle im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe gemäß Anlage 33 zum BMV-Ä

Aufrechterhaltung der Genehmigung

Teilnehmende Ärzte, die die Genehmigung der zuständigen KV gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids haben, müssen <u>keinen</u> weiteren Nachweis zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung erbringen.

Teilnehmende Ärzte, die die Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nicht besitzen, haben folgende Auflagen zu erfüllen und in geeigneter Weise vorzulegen:

- Nachweis der selbständigen Betreuung von jährlich durchschnittlich 6 Personen mit HIV-PrEP, beginnend mit der Genehmigungserteilung.
- Nachweis von jährlich 8 Fortbildungspunkten im Bereich HIV/Aids und PrEP. Die Hälfte der jährlich zu erwerbenden Fortbildungspunkte ist durch Online-Fortbildungsmaßnahmen zu erwerben.

Erklärungen und Hinweise

- ➢ Ich erkläre mein Einverständnis, dass bei erteilter Genehmigung zur Teilnahme an der HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion (PrEP) folgende Daten auf der Homepage der KV Hessen veröffentlicht werden:
 - Arztname und Kontaktdaten
 - Fachgebietsbezeichnung
 - Genehmigungsthema

□ja	neir neir

> Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind gehalten, die Ergebnisse der Prüfungen nach § 5 Absatz 3 und 4 (Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der besonderen Qualifikationen) an die KBV zu übermitteln.





- ➢ 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.
- Hinweis für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben:
 - Eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen kann nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung wirksam werden.
- Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung zu den gemachten Angaben unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

 Datum	Unterschrift des Antragsstellers *	ggf. Praxisstempel
Gilt nur für angestellte	e Ärzte:	
Datum	Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ (Institut/Klinik/Krankenhaus) bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes	Stempel

Stand: 21.01.2025

