

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)

Hinweis: 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
Maxim Schnell

Tel 069 24741-6747 /-7183
Fax 069 24741-68816
qs.substitution@kvhessen.de

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

- Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.
- Zu einem späteren Datum _____

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:

- Die fachliche Befähigung wurde bereits nachgewiesen.** Die Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankungen liegt vor.
weiter auf Seite 5 „Unterschrift des Antragstellers“

ODER

Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Allgemeinmedizin | <input type="checkbox"/> Innere Medizin |
| <input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin | <input type="checkbox"/> Frauenheilkunde und Geburtshilfe |
| <input type="checkbox"/> Urologie | <input type="checkbox"/> Haut- und Geschlechtskrankheiten |

UND

- Nachweis einer mindestens 8-stündigen Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten

Eine ambulante Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-Patienten muss unter der Leitung eines Arztes stehen, der über die Genehmigung verfügt. In einer stationären Einrichtung müssen innerhalb eines Jahres regelmäßig durchschnittlich mindestens 50 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal medizinisch betreut werden.

UND

- Nachweis von fachlicher Kompetenz durch die Präsenz bei der Behandlung von mindestens 7 Personen mit HIV/Aids und/oder mit PrEP; dies kann auch im Rahmen von bisheriger Berufstätigkeit oder der Hospitationen erfolgen und durch entsprechende Zeugnisse bzw. Hospitationsbescheinigungen belegt werden.

UND

- theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb von einem Jahr vor Antragsstellung sind vorhanden. Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden.

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 keinen 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

nein

- 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 Ärzte:

.....
Datum

.....
Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ
(Institut/Klinik/Krankenhaus)
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes

.....
Stempel

Stand: 13.08.2025