

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 spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion / AIDS-Erkrankung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V

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

Sabine Kühn
Daniela Sommer

Tel 069 24741-6610/ -6075
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 _____

Art der Tätigkeit¹:

Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG

_____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes

in MVZ

_____ BSNR _____
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt

_____ BSNR _____
Name der Einrichtung

Instituts-
Ermächtigung

_____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-
Assistent

_____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² 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.

Leistungsspektrum

Beantragte Leistungen:

- 30920 **Zusatzpauschale** für die Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten **Versorgung von HIV-Infizierten** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V
- 30922 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 30920 zur Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten **Versorgung von HIV-Infizierten** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V **bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten**
- 30924 **Zuschlag** zur Gebührenordnungsposition 30920 zur Behandlung eines Patienten im Rahmen der qualitätsgesicherten **Versorgung von HIV-Infizierten** entsprechend der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V **bei Vorliegen HIV-assoziiierter Erkrankungen und/oder AIDS-definierter Erkrankungen und/oder bei Vorliegen von behandlungsbedürftigen Koinfektionen (z. B. Hepatitis B/C, Tuberkulose), ggf. bei Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten**

Genehmigungsvoraussetzungen *

Fachliche Anforderungen:

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

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 Leitung 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.
- Die fachliche Befähigung wurde bereits nachgewiesen. Zeugnisse und Bescheinigungen liegen der KV Hessen vor.

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.

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 Abs. 2 Nr. 2 (mit antiretroviraler Therapie) und 3 (mit HIV-assoziierten Erkrankungen, Aidsdefinierenden Erkrankungen oder behandlungsbedürftigen Koinfektionen).

Erklärungen und 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.
- **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: 11.01.2022