



Posteingangsnummer BGST
von KVS auszufüllen!

Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)

gemäß Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte vom 24.07.2019

Antragsteller/-in:
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

Leistungserbringer:
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

LANR:

Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer Einzelpraxis |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt) | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung |

Wohnort (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Antrag bezieht sich auf

Praxis/Betriebsstätte (BSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

BSNR:

Nebenbetriebsstätte (NBSNR)

Anschrift:

Telefon/Fax:

E-Mail:

NBSNR:

1 Beantragte Leistung

Beantragt wird gemäß der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V als Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) die Genehmigung für die Durchführung und Abrechnung der HIV-Präexpositionsprophylaxe.

2 Fachliche Voraussetzungen

2.1 Vorliegen der Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids

- Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung liegt vor.

 Es sind keine weiteren Nachweise einzureichen – bitte weiter mit Nr.3.

ODER

2.2 Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung

- Allgemeinmedizin
 Innere Medizin
 Kinder- und Jugendmedizin
 Frauenheilkunde- und Geburtshilfe
 Urologie
 Haut- und Geschlechtskrankheiten

2.2 Tätigkeitsnachweise

- Nachweis über eine **mindestens 16 stündige Hospitation** in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV/Aids-Patienten¹

und

- Nachweis der fachlichen Kompetenz durch die Präsenz bei der Behandlung von **mindestens 15 Personen mit HIV/Aids und/oder mit PrEP** (Präexpositionsprophylaxe) durch Zeugnisse bisheriger Berufstätigkeit bzw. Hospitationsbescheinigungen.

2.3 Fortbildungsnachweis

- Nachweis über **theoretische Kenntnisse im Bereich HIV / Aids und sexuell übertragbare Infektionen** durch die Vorlage von Bescheinigungen über **8 Fortbildungspunkte** innerhalb von 1 Jahr vor Antragstellung (Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden.)

¹ Die ambulante Einrichtung muss unter der Leitung eines Arztes stehen, der über eine Genehmigung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids verfügt (siehe <https://asu.kvs-sachsen.de/arztsuche/> > Fachkriterien > Genehmigungspflichtige Leistungen > Auswahl HIV-Aids) .
Die stationäre Einrichtung muss regelmäßig durchschnittlich mindestens 50 HIV- / Aids-Patienten pro Quartal medizinisch betreuen.

3 Erklärung des/der Antragstellers(in)

Dem Antragsteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung(en) erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung:

Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung muss die selbstständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 10 Personen mit PrEP, beginnend mit der Genehmigungserteilung, nachgewiesen werden.

Zur kontinuierlichen Fortentwicklung der Qualifikation müssen jährlich 8 Fortbildungspunkte im Bereich HIV/Aids und PrEP erworben und nachgewiesen werden. Dabei müssen mindestens 4 Fortbildungspunkte durch präsenzpflichtige Fortbildungsmaßnahmen erworben worden sein.



.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller(in)
(siehe Seite 1 oben)

Stempel Antragsteller(in)

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)