

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in **MEINE KVB**

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Antrag

auf **Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/ Aids-Erkrankung** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/ Aids (QSV HIV/ Aids) nach § 135 Abs. 2 SGB V

1. Allgemeine Angaben

Antragsteller (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

BSNR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Titel _____

Name _____, **Vorname** _____

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG _____
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ _____
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt seit/ab: _____
(Name des KH) tt.mm.jj

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

E-Mail-Adresse

Telefonnummer

Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

LANR: |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Titel _____

Name _____, Vorname _____

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: _____
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: _____
tt.mm.jj

2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Spezialisierte Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung GOP 30920, 30922 und 30924 EBM

3. Fachliche Voraussetzungen

Folgende fachliche Voraussetzungen werden erfüllt, vgl. § 3 QSV HIV/Aids:

- Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen einer der nachfolgend aufgeführten **Facharztbezeichnungen** im Gebiet:
 - Innere und Allgemeinmedizin
 - Allgemeinmedizin
 - Innere Medizin
 - Kinder- und Jugendmedizin
 - Praktischer Arzt
 - Arzt (ohne Gebietsbezeichnung)
- Bestätigung über eine **mindestens halbjährige ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten**, welche den Anforderungen nach § 3 Abs. 2 der QSV entspricht:
 - Die **ambulante** Einrichtung muss unter der **Leitung eines Arztes mit Genehmigung** nach der QSV HIV/Aids stehen.
 - Die **stationäre** Einrichtung muss unter der **Leitung eines Arztes mit der Weiterbildungsbefugnis in den Gebieten Innere und Allgemeinmedizin oder Kinder- und Jugendmedizin** stehen; in der stationären Einrichtung müssen innerhalb eines Jahres regelmäßig durchschnittlich mindestens 50 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal medizinisch betreut werden.
- Nachweis einer **selbständigen Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung**, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst.
- Nachweis theoretischer Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Vorlage von **40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung** (Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden)

4. Sonstige Anforderungen

- Sämtliche Anforderungen an den behandlungsführenden Arzt werden erfüllt, vgl. Abschnitt C §§ 4-7 QSV HIV/Aids, insbesondere:
- Die Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen der patientengruppen**übergreifenden** spezialisierten Versorgung, vgl. § 4 QSV
 - Die Anforderungen an die patientengruppen**spezifische** spezialisierte Versorgung, Koordination und Steuerung der antiretroviralen Therapie, vgl. § 5 QSV
 - Die **organisatorischen Anforderungen und Praxisausstattung**, vgl. § 6 QSV
 - **Regelmäßige Teilnahme** an HIV-/Aids-spezifischen interdisziplinären Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen und Arbeitsgruppen
 - Sicherstellung von **regelmäßigen Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter**
 - **Jährliche Betreuung von durchschnittlich 25 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal und Erwerb von jährlich 30 Fortbildungskursen zum Thema HIV/Aids** nach der in § 10 beschriebenen Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung bzw. Weiterentwicklung der zur Versorgung von HIV-/Aids-Patienten in besonderem Maße erforderlichen Qualifikation
 - Beachtung der sozial- und versorgungsrechtlichen Vorschriften
 - Vorhaltung von mindestens zwei Liege- und Infusionsplätzen
 - Die Anforderung an die **ärztliche Dokumentation gemäß § 7 und Anlage 1 der QSV** (siehe Anlage zu diesem Antrag).

Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.

Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist.

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss.

Ort, Datum

Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:

Ort, Datum

Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt



Stempel Antragsteller

Checkliste	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigefügt
1) Facharzturkunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis über eine entsprechende Tätigkeit in ambulanter oder stationärer Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Tätigkeitsnachweis über die selbständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Nachweis über 40 Fortbildungspunkte innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Genehmigungsantrag – Anhang –



Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Zu den Anforderung an die ärztliche Dokumentation gemäß § 7 und Anlage 1 der QSV

Unbeschadet der ärztlichen Aufzeichnungspflicht muss die quartalsweise Patientendokumentation alle Angaben nach Anlage 1 QSV enthalten:

- Patientendaten
 - Patientenidentifikation
 - ggf. Sterbedatum
- Vermutetes bzw. bekanntes Infektionsrisiko
- Labor (alle im Berichtsquartal erhobenen Werte)
 - Erstmaliger Nachweis der HIV-Infektion (Monat/Jahr)
 - Letzter negativer HIV-Antikörpertest (Monat/Jahr)
 - CD4-T-Zellzahl je µl (Datum im Berichtsquartal)
 - Viruslast je ml (Datum im Berichtsquartal)
- Therapiebedürftige Diagnosen (außer Aids) im Berichtsquartal (mit ICD-10 Kodierung)
- Beobachtungs-/behandlungsbedürftige HIV-assoziierte Erkrankungen im Berichtsquartal (mit ICD-10 Kodierung)

- Beobachtungs-/behandlungsbedürftige Aids-definierende Erkrankungen im Bericht Quartal (mit ICD-10 Kodierung)
 - Opportunistische Infektionen
 - Malignome
 - Sonstige opportunistische Erkrankungen z.B. HIV-Enzephalopathie, Kachexie-Syndrom
 - Krankheitsbild nur bei Kindern (< 13 Jahre) z.B. bakterielle Infektionen (multiple, rezidivierend und mehr als eine Infektion in 2 Jahren), chronische lymphoide interstitielle Pneumonie
- Koinfektionen (Hepatitis B, Hepatitis C)
- Prophylaxemaßnahmen z. B.
 - zur Verhinderung von Pneumocystis jioveci-Pneumonie (PJP), Candidiasis, zerebrale Toxoplasmose, ggf. sonstige
 - erhobener Impfstatus (Datum): Tetanus, Diphtherie, Polio, Hepatitis A, Hepatitis B, Pneumokokken, Influenza
 - durchgeführte Impfungen
- Veranlassung von Screening-Maßnahmen (zu Tuberkulose, Hepatitis, CMV-Retinitis, Analkarzinom, Hautkrebs, Zervixkarzinom)
- Antiretrovirale Therapie
 - Durchgeführte Regime (z. B. TVD/ATV/r) im Berichtsquartal (jeweils Datum von Beginn und Ende, gegebenenfalls Grund der jeweiligen Beendigung sowie Angabe, ob in den angegebenen Regimen ein Firstline-Regime enthalten ist)
- Resistenztestung (Monat/Jahr) (EBM-Ziffer 32828 Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten gemäß Anlage 1 Nr. 10 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)
- Besonderheiten

Die Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids ist unter <http://www.kbv.de/html/qualitaetsversicherung.php> abrufbar.