

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Karlsruhe
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Keßlerstr. 1
76185 Karlsruhe

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Antrag

auf Genehmigung zur Übernahme eines Versorgungsauftrages zur Behandlung von HIV-Infizierten/AIDS-Erkrankten

Hinweis: Bei gleichzeitiger Beantragung mehrerer Genehmigungen müssen Sie nur auf einem Antragsformular die erste Seite ausfüllen. Auf den anderen Anträgen reicht die Angabe Ihres Namens und ggf. Ihrer LANR. Bitte senden Sie dann alle Anträge gesammelt an eine Bezirksdirektion Ihrer Wahl.

Ggf. Titel, Name, Vorname Antragsteller oder Einrichtung

LANR/BSNR

Sie beantragen die Genehmigung für:

- sich als bereits zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann weiter auf Seite 2
- einen angestellten Arzt/Psychotherapeuten:

Name, Vorname, LANR/BSNR des angestellten Arztes/Psychotherapeuten

Angestellt ab/seit

- sich als noch nicht zugelassenen/ermächtigten Arzt/Psychotherapeuten, dann benötigen wir folgende Angaben:

Gebietsbezeichnung/Schwerpunkt

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Wohnanschrift

Straße

Straße

PLZ, Ort

PLZ, Ort

E-Mail

Arzt/Psychotherapeut ab/seit

Praxisaufnahme voraussichtlich am/zum

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link:

<http://www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/genuehmigungspflichtige-leistungen/>



Auf Anfrage stellen wir Ihnen gerne eine Papierversion zur Verfügung.

Ich beantrage, Leistungen gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung erbringen und abrechnen zu dürfen.

Fachliche Befähigung nach § 3

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung im Gebiet „Innere und Allgemeinmedizin“, „Allgemeinmedizin“, „Innere Medizin“, der Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ oder Berechtigung zum Führen der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ oder „Arzt“ (ohne Gebietsbezeichnung)
- Mindestens halbjährige ganztätige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten
- Selbständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst,
- Theoretische Kenntnisse im Bereich HIV/Aids durch Vorlage von Nachweisen über 40 Fortbildungspunkten, innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragsstellung gesammelt.

Bitte beifügen:

- Kopie der entsprechenden Facharzturkunde
- Nachweis über die Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten
- entsprechende Nachweise über 40 Fortbildungspunkte (Hospitationen können nicht anerkannt werden)

Erklärungen

Ich versichere, dass ich regelmäßig an HIV/Aids-spezifischen interdisziplinären Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen und Arbeitsgruppen teilnehme.

Ich versichere, dass ich regelmäßig Schulungen meiner Praxismitarbeiter sicherstelle.

Ich werde die relevanten sozial- und versorgungsrechtlichen Vorschriften beachten.

Meine Praxis verfügt mindestens über einen separaten Liege- und Infusionsplatz.

Ich werde quartalsweise Patientendokumentationen nach § 7 der Vereinbarung führen, aus denen u. a. die aktuellen Laborparameter, HIV-assoziierte bzw. Aids-definierende Erkrankungen, Koinfektionen, veranlasste oder selbst durchgeführte Prophylaxe- und Screeningmaßnahmen sowie die gegebenenfalls verordneten antiretroviralen Kombinationstherapien hervorgehen.

Jährliche Nachweise

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass die Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung mit der Auflage erteilt wird, folgende Voraussetzungen zu erfüllen, und der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg jährlich nachzuweisen:

- die selbständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 25 HIV/Aids-Patienten pro Quartal (ausgenommen Kinder- und Jugendärzte)
- den Erwerb von jährlich 30 Fortbildungspunkten zum Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankung, insbesondere über den neuesten Stand der Forschung u. a. zur antiretroviralen Therapie und über aktuelle evidenzbasierte Leitlinien. Die Hälfte dieser Fortbildungspunkte ist durch interaktive Fortbildungsmaßnahmen zu erwerben.

Kenntnisnahme

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass falls in zwei aufeinander folgenden Jahren nicht die oben aufgeführten Nachweise erfüllt sind, die Genehmigung widerrufen wird. Ein Antrag auf Wiedererteilung kann frühestens 6 Monate nach dem Widerruf der Genehmigung gestellt werden.

Ebenfalls kann die Genehmigung widerrufen werden, wenn aufgrund einer Qualitätsprüfung (Stichprobenprüfung) unbegründete, gravierende Abweichungen von einer leitliniengerechten Behandlung festgestellt werden.

Hinweis

Die Genehmigung kann frühestens ab dem Tag der Antragstellung erteilt werden, an dem alle zum Qualifikationsnachweis erforderlichen Unterlagen (Zeugnisse, Bescheinigungen und ggf. Gerätenachweis) der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) vollständig vorliegen. Soweit für den Nachweis Unterlagen fehlen, kann die Genehmigung erst ab dem Tag erteilt werden, an dem die o. g. Antragsunterlagen bei der KVBW komplettiert wurden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt/Psychotherapeut

Aus Vereinfachungsgründen wurde auf eine geschlechtsspezifische Berufsbezeichnung verzichtet; es ist selbstverständlich sowohl die männliche als auch die weibliche Form gemeint.

Einverständniserklärung zur Datenübermittlung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass seitens der Ärztekammer die zu Zwecken der Antragsbearbeitung erforderlichen Urkunden und Zeugnisse zu meiner Person der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg übermittelt werden.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller/angestellter Arzt/Psychotherapeut