

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Keßlerstraße 1
76185 Karlsruhe

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Antrag

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

Antragsteller: (Praxisinhaber, Ermächtigter, ärztlicher Leiter bei MVZ bzw. Vertretungsberechtigter BAG)



Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Name der Einrichtung

BSNR (Betriebsstätten-Nr.)

Antragstellung für:

- mich persönlich (Sie sind bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen als zugelassen oder ermächtigt? → weiter auf Seite 2)
- folgenden Angestellten

Titel

Vorname

Nachname

LANR (Arzt-Nr.)

Zusätzliche Angaben: (nur auszufüllen, falls nicht bereits im Landesarztregister der KVBW eingetragen)

Fachgebiet

Schwerpunkt

Zugelassen, angestellt, ermächtigt in der oben genannten Praxis/Einrichtung ab:

Datum Tätigkeitsaufnahme

E-Mail

Telefon

Wohnanschrift

Straße

PLZ

Ort

Anschrift Arztpraxis/Krankenhaus

Straße

PLZ

Ort

Die jeweils gültige Rechtsgrundlage finden Sie unter folgendem Link: www.kvbawue.de/hiv-aids

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

- Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Erkrankten {HIV1}

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 ganztägige 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 anti-retroviraler Medikamente umfasst
- Theoretische Kenntnisse im Bereich HIV/Aids durch Vorlage von Nachweisen über 40 Fortbildungspunkten, innerhalb der letzten 3 Jahre vor Antragsstellung gesammelt. Hospitationen werden nicht anerkannt

Bitte für alle aufgeführten Voraussetzungen entsprechende Nachweise in Kopie beifügen.



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 selbstständige 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.

Einverständniserklärung



Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) die zuständige Kommission für Qualitätssicherung (QS-Kommission) beauftragen kann, die in der Rechtsgrundlage genannten Voraussetzungen zu überprüfen.

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben richtig und vollständig sind und verpflichte mich, die Anforderungen der jeweils gültigen Rechtsgrundlage zu beachten. Unrichtige Angaben führen zur Unwirksamkeit der Genehmigung.

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 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

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 KVBW übermittelt werden.

Ort, Datum

Die Klammer {} beinhaltet einen internen Code

Unterschrift

