

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an qs@kvt.de ein.

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

Antragsteller

.....
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: privat:

E-Mail:

Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein ja (bitte den Bescheid beifügen)

Beantragte Leistung/en

- Abschnitt 30.10 – **Spezialisierte Versorgung HIV-infizierter Patienten**

GOP: 30920, 30922, 30924 des EBM

Fachliche Voraussetzungen (gem. § 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)

- Fachärzte für „Innere Medizin und Allgemeinmedizin“
- Fachärzte für „Allgemeinmedizin“
- Fachärzte für „Innere Medizin“
- Fachärzte „Kinder- und Jugendmedizin“
- Berechtigung zum Führen der Bezeichnung „Praktischer Arzt“ oder „Arzt“
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 zur medizinischen Betreuung von HIV-Patienten muss unter der Leitung eines Arztes stehen, der über die Genehmigung gemäß Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids verfügt. In einer 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 Antragstellung. Hospitationen können hier nicht angerechnet werden.

(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)

Organisatorische Anforderungen und Praxisausstattung (gem. § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids)

- regelmäßige Teilnahme an HIV-/Aids-spezifischen interdisziplinären Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen und Arbeitsgruppen
- Sicherstellung regelmäßiger Schulungen der eigenen Praxismitarbeiter
- Verpflichtung des behandlungsführenden Arztes die relevanten sozial- und versorgungsrechtlichen Vorschriften zu beachten
- Die Praxiseinrichtung muss gemäß § 6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids mindestens über einen separaten Liege- und Infusionsplatz verfügen.
- Verpflichtung des Arztes, die in der o. g. Qualitätssicherungsvereinbarung genannten jeweiligen Anforderungen an die Leistungserbringung zu erfüllen

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf www.kv-thueringen.de → Themen A-Z.

Erklärung

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Ausführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistung erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes

Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:

Unabhängig von der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kv-thueringen.de, Themen A-Z, Datenschutz.