

Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion / Aids-Erkrankung

Hinweise:

- Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und betriebsstättenbezogen erteilt.
- Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche als auch männliche Form verwendet.
- Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

Antragsteller

Name der Einzelpraxis / der BAG / des MVZ

Anschrift der Hauptbetriebsstätte

Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnummer

Fachrichtung

Aufnahme der Tätigkeit ab _____ als:

Vertragsarzt

Angestellter Arzt

Ermächtigter Arzt

Institutsermächtigung

Die Leistungen werden beantragt für den **Standort der Betriebsstätte:**

Angabe der Anschrift: Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Bei weiteren Standorten fügen Sie dem Antrag eine gesonderte Aufstellung bei.

Fachliche Qualifikation

Ich bin Fachärztin/Facharzt für

- Innere und Allgemeinmedizin
- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Praktischer Arzt / Arzt

Die entsprechenden Nachweise sind dem Antrag beizufügen.

Qualifikationsnachweise

Voraussetzungen

- Zeugnis über eine mindestens halbjährige, ganztägige oder entsprechende teilzeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten
- Bescheinigung über die selbstständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten unter Anleitung, die auch die Verordnung antiretroviraler Medikamente umfasst
- Bestätigung über theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragsstellung

Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die Praxisausstattung erfüllt sind:

- separater Liege- und Infusionsplatz

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- die eigenen Praxismitarbeiter regelmäßig zu schulen
- die relevanten sozial- und versorgungsrechtlichen Vorschriften zu beachten

Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung

Ich habe folgende Auflagen zur Kenntnis genommen:

- jährliche Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Qualitätszirkeln zum Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankungen mit mindestens 30 Fortbildungspunkten

- die Kassenärztliche Vereinigung fordert jährlich von mindestens zehn Prozent der behandelnden Ärzte, Dokumentationen von 10 abgerechneten Fällen unterschiedlicher Patienten zur Überprüfung an
- der behandelnde Arzt muss jährlich durchschnittlich 25 HIV-/Aids-Patienten je Quartal selbstständig betreuen

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankungen (Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids).

! Die Ausführung und Abrechnung der beantragten Leistungen ist erst nach der Genehmigungserteilung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg zulässig.

Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem aktuellen Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen.
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von € 100,00 zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
 IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06
 BIC: DAAEDEDXXX
 Vermerk: Gebühr für Q/Genehmigung

Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH.

Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie im Internet unter <http://www.kvhh.net/kvhh/info/datenschutz>. Sofern Sie keinen Internetzugang haben oder aus sonstigen Gründen eine Übersendung in Papierform wünschen, wenden Sie sich bitte an das Infocenter unter 040 / 22 802 900.

Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie:

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

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort/Datum

Unterschrift **Antragsteller**

Name in Druckbuchstaben

**Unterschriftenformular zum
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

Hinweis: Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein.

BAG	Datum ab

(Name des Anstellenden)

Name, Vorname des/der Angestellten	Anstellungsdatum

Hinweis: Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriften Bevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

Ort/Datum

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift des BAG-Partners

Name in Druckbuchstaben

Praxisstempel