

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-385  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

## Antrag auf Genehmigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion

gemäß § 20j SGB V

<p>Antragsteller</p> <hr/> <p>Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte</p>	<p>Leistungserbringer</p> <hr/> <p>sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt</p>
---	---

<p>Betriebsstättennummer (BSNR)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p>Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)</p>	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
<p><input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt</p>	<p><input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG</p> <p><input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG</p> <hr/> <p>Name des Krankenhauses</p>										

<p>Genehmigung beantragt zum</p>	<hr/> <p>Datum</p>
<p>Zulassungsbeschluss der Sitzung vom</p>	<hr/> <p>Sitzungsdatum, sofern bekannt</p>

Telefon (tagsüber): \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_



### Leistungsort

Betriebsstätte

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

\_\_\_\_\_  
Adresse

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

### Fachliche Befähigung gemäß § 4

- Die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach §135 Absatz 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion / Aids Erkrankung
- wurde durch die KV Berlin erteilt und liegt bereits vor
  - wurde durch die KV Berlin nicht erteilt

#### **oder**

Berechtigung zum Führen einer Facharztbezeichnung im Gebiet

- Allgemeinmedizin
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Urologie
- Haut- und Geschlechtskrankheiten

#### **und**

- Nachweis über eine mindestens 16-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung\* zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten
- Nachweis von fachlicher Kompetenz durch die Präsenz bei der Behandlung von mindestens 15 Personen mit HIV/Aids und / oder mit PrEP; dies kann im Rahmen von bisheriger Berufstätigkeit oder unter der vg. Hospitation erfolgen und durch entsprechende Zeugnisse bzw. Hospitationsbescheinigung belegt werden
- Nachweis über theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung. Hospitationen können hierbei nicht angerechnet werden

\* Eine ambulante Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-Patienten muss unter der Leitung eines Arztes stehen, der über eine Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids nach §135 Absatz 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion / Aids Erkrankung verfügt. In einer stationären Einrichtung müssen innerhalb eines Jahres regelmäßig durchschnittlich mind. 50 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal medizinisch betreut werden.



## VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf

- **Fachliche Befähigung gemäß § 4 der vg. Vereinbarung**
- **Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 5 der vg. Vereinbarung**
  - Abs. 3:** Nachweis der selbständigen Betreuung von jährlich 10 Personen mit PrEP
  - Abs. 4:** Erwerb von jährlich 8 Fortbildungspunkten im Bereich HIV/Aids und PrEP

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung über die Teilnahme an der vg. Vereinbarung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Ergänzung daran der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 20j SGB V und der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift Antragsteller

---

Unterschrift Leistungserbringer  
(sofern abweichend vom Antragsteller)