



**Antrag**  
**auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der spezialisierten Leistungen als behandlungsführender Arzt von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung nach den GOP 30920, 30922 und 30924 EBM**

**WICHTIGE HINWEISE ZUM ANTRAG**

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Bitte helfen Sie uns, Ihren Antrag zügig zu bearbeiten, indem Sie den Antrag vollständig ausfüllen und sämtliche geforderten Unterlagen beilegen. Vielen Dank.

**Die Antragstellung erfolgt für mich persönlich (gilt nicht für angestellte Ärzte)**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name) LANR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
(Anschrift der Praxis oder des MVZ oder des Krankenhauses) \_\_\_\_\_  
(Telefon, ggf. bei Rückfragen)

\_\_\_\_\_  
(Facharzt für)

\_\_\_\_\_  
(Praxisübernahme von) \_\_\_\_\_  
(Aufnahme der Tätigkeit geplant ab)

**Die Antragstellung erfolgt für einen angestellten Arzt**

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des anstellenden Arztes) LANR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer)

\_\_\_\_\_  
(Titel/Vorname/Name des angestellten Arztes ist) LANR: \_\_\_\_\_  
(lebenslange Arztnummer, falls diese bekannt ist)

\_\_\_\_\_  
Angestellt im **MVZ** \_\_\_\_\_  
angestellt seit/ab:

**Die Leistungen werden in folgender/en Betriebsstätte/n erbracht**

**1. Betriebsstätte** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

**2. Betriebsstätte** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Adresse)

**BSNR** (Betriebsstättennummer): \_\_\_\_\_

### **Abrechnungsgenehmigung durch andere KV**

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV

---

erhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

### **Fachliche Befähigung des behandlungsführenden Arztes**

- Mind. ½ jährliche ganztägige oder entsprechend 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 (incl. Verordnung antiretroviraler Medikamente)
- Nachweis von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung (ohne Hospitationen)

*Die Unterlagen (Tätigkeitsnachweis sowie Fortbildungsnachweis) habe ich diesem Antrag beigelegt.*

#### **Hinweis:**

Gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/AIDS kann die Teilnahme an einem Kolloquium erforderlich werden.

#### **Räumliche Voraussetzung**

- Vorhalten mindestens eines separaten Liege- und Infusionsplatzes in der Praxis

#### **Mir ist bekannt, dass die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der besonderen Qualifikation folgende Voraussetzungen beinhaltet:**

- Selbständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 25 HIV- / Aids-Patienten je Quartal, beginnend mit der Genehmigungserteilung.
- Nachweis über jährlich 30 Fortbildungspunkte zum Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankung, insbesondere über den neuesten Stand der Forschung u. a. zur antiretroviralen Therapie und über aktuelle evidenzbasierte Leitlinien. Grundsätzlich muss die Hälfte der jährlich zu erwerbenden Fortbildungspunkte durch interaktive Fortbildungsmaßnahmen erworben werden. Hierauf sind Fortbildungspunkte von bis zu sechs Qualitätszirkeln anrechenbar.

Mir ist bekannt, dass gem. § 10 die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von spezialisierten Leistungen von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankung widerrufen werden muss, wenn ich die Voraussetzungen zur Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der besonderen Qualifikation nicht erfüllen kann.

**Ich verpflichte mich, die in der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids genannten Anforderungen an die Leistungserbringung zu erfüllen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers / Arztes

**Bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ärztl. Leiters des MVZ  
bzw. anstellender Arzt der Praxis

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des ausführenden angestellten Arztes