

 KV SAARLAND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Antrag	Bereich QS/QM
	HIV-Präexpositionsprophylaxe zur Prävention einer HIV-Infektion (PrEP)	Stand 18.06.2019
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 3

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement
 Europaallee 7 – 9
 66113 Saarbrücken

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

Leistungserbringer/in

 Name, Vorname, Titel _____
LANR

☒ Anschrift _____

@ E-Mail-Adresse _____ ☎ Telefonnummer

Tätigkeitsart

Ab/Seit: _____ niedergelassen angestellt ermächtigt
 Gemeinschaftspraxis Einzelpraxis MVZ Einrichtung

 Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

Praxisübernahme von: _____
 Name, Vorname

Teilnahme an hausärztlicher Versorgung fachärztlicher Versorgung

 im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

Tätigkeitsorte (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

☒ Anschrift _____ _____
BSNR

☒ Anschrift _____ _____
BSNR

☒ Anschrift _____ _____
BSNR

☒ Anschrift _____ _____
BSNR

Nachweis der Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Voraussetzungen (Zutreffendes bitte ankreuzen und Nachweise beifügen.)

- Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids

oder

Ich verfüge über die Anerkennung der Facharztbezeichnung als

- Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin

oder

- Facharzt/-ärztin für Innere Medizin

oder

- Facharzt/-ärztin für Kinder- und Jugendmedizin

oder

- Facharzt/-ärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

oder

- Facharzt/-ärztin für Urologie

oder

- Facharzt/-ärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten

und

- Nachweis über eine mindestens 16-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur 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 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids verfügt. In einer stationären Einrichtung müssen innerhalb eines Jahres regelmäßig durchschnittlich mindestens 50 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal medizinisch betreut werden).
- 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 der o. g. Hospitation erfolgen)
- Theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV/Aids“ und sexuell übertragbare Infektionen durch die Erlangung von 8 Fortbildungspunkten innerhalb von einem Jahr vor Antragstellung (Hospitationen können nicht angerechnet werden)

Information: Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung für Ärzte/innen die keine Genehmigung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids besitzen

Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung muss der teilnehmende Arzt die selbstständige Betreuung von jährlich durchschnittlich 10 Personen mit PrEP, beginnend mit der Genehmigungserteilung nachweisen. Im begründeten Einzelfällen kann unter der Berücksichtigung bestehender regionaler Versorgungsdefizite die Mindestzahl von 10 Personen bis auf mindestens 6 Personen jährlich reduziert werden.

Zur kontinuierlichen Fortentwicklung der Qualifikation muss der teilnehmende Arzt jährlich 8 Fortbildungspunkte im Bereich HIV/Aids und PrEP erwerben. Die Hälfte der jährlich zu erwerbenden Fortbildungspunkte ist durch präsenzpflichtige Fortbildungsmaßnahmen zu erwerben.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Mir ist bekannt, dass gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der KVS über die Gebührenordnung nach § 20 Abs. 2 der Satzung eine Gebühr zu zahlen ist.

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum_____
Unterschrift Leistungserbringer/in_____
ggf. Stempel**Bei angestellten Ärzten:**_____
Datum_____
Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ_____
Stempel