

**Antrag  
zur Teilnahme an der  
Qualitätssicherungsvereinbarung  
HIV/Aids**

**Name:** .....

**Vertragsarztnummern** (wenn bereits bekannt):

**LANR:**.....

**BSNR:**.....

**NBSNR:** .....

**Privatanschrift**

**Praxisanschrift**

(bei ermächtigten Ärzten, Anschrift des Krankenhauses)

**Straße:** .....

.....

**PLZ/Ort:** .....

.....

**Telefon:** .....

.....

**Telefax:** .....

.....

**Email:** .....

.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

Teilberufsausübungsgemeinschaft mit:

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

### **Genehmigungsvoraussetzungen**

Nachweis/Zeugnis/  
Erklärung

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1) Niedergelassener Vertragsarzt gem. § 3 Abs. 1 Satz 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids   | <input type="checkbox"/> |
| a) Mindestens halbjährige ganztägige oder entsprechende teilszeitliche Tätigkeit in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur kontinuierlichen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten   | <input type="checkbox"/> |
| b) Selbständige Betreuung von 25 HIV-/Aids-Patienten   | <input type="checkbox"/> |
| c) Theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV-/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung   | <input type="checkbox"/> |
| 2) Einrichtung gem. § 3 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids  | <input type="checkbox"/> |
| a) Ambulante Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-Patienten unter der Leitung eines Arztes, der über eine Genehmigung nach § 2 Abs. 1 verfügt   | <input type="checkbox"/> |
| b) Stationäre Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-Patienten unter der Leitung eines Arztes, der nach der Weiterbildungsordnung zur Weiterbildung in den Gebieten „Innere und Allgemeinmedizin“ oder „Kinder- und Jugendmedizin“ berechtigt ist | <input type="checkbox"/> |
| c) Betreuung innerhalb der stationären Einrichtung von jährlich durchschnittlich mindestens 50 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal   | <input type="checkbox"/> |
| d) Theoretische Kenntnisse im Bereich „HIV-/Aids“ durch die Erlangung von 40 Fortbildungspunkten innerhalb von 3 Jahren vor Antragstellung   | <input type="checkbox"/> |

### **Qualifikationsanforderungen zur Aufrechterhaltung u. Weiterentwicklung der fachlichen Befähigung**

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1) Nachweis der selbständigen Betreuung von jährlich durchschnittlich 25 HIV-/Aids-Patienten je Quartal         | <input type="checkbox"/> |
| 2) Nachweis des Erwerbs von jährlich 30 Fortbildungspunkten zum Themenkomplex HIV-Infektion und Aids-Erkrankung | <input type="checkbox"/> |

### Leistungsanforderungen

- 1) Verpflichtung des teilnehmenden Arztes zur Patientengruppen-  
übergreifenden spezialisierten Versorgung (§ 4)
- 2) Verpflichtung des teilnehmenden Arztes zur Patientengruppen-  
spezifischen spezialisierten Versorgung (§5)
- 3) Verpflichtung des teilnehmenden Arztes
- a) zur regelmäßigen Teilnahme an HIV-/Aids-spezifischen inter-  
disziplinären Qualitätszirkeln, Fallkonferenzen u. Arbeits-  
gruppen
- b) zur regelmäßigen Schulung des Praxispersonals
- c) zur Erfüllung der in § 10 aufgeführten Qualifikationsanforde-  
rungen
- d) zur Beachtung der relevanten sozial- u. versorgungsrechtli-  
chen Vorschriften
- e) Zur Vorhaltung eines separaten Liege- u. Infusionsplatzes

### Dokumentation

Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, eine quartalsweise Patien-  
tendokumentation mit allen in der Anlage 1 der Qualitätssicherungs-  
vereinbarung aufgeführten Angaben vorzunehmen.

### Überprüfung der ärztlichen Dokumentation gem. § 7

Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, der Kassenärztlichen Verei-  
nigung auf Anforderung jährlich von je 10 abgerechneten Fällen aus  
einem Kalenderjahr die Dokumentationen vorzulegen.

-----  
**Ort/Datum**

-----  
**Unterschrift des Antragstellers**

-----  
**Vertragsarztstempel**

-----  
**erforderlichenfalls**  
**Unterschrift des anstellenden Arztes**