

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966  
E-Mail-Adresse: [VER.CoCQS@kvb.de](mailto:VER.CoCQS@kvb.de)

## Antrag

auf **Genehmigung** zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der **oralen HIV-Präexpositionsprophylaxe** bei Versicherten mit einem substantiellen HIV-Risiko im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß der Vereinbarung über die HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP-Vereinbarung) zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20 j SGB V (Anlage 33 zum BMV-Ä)

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

**Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

Ich bin am Krankenhaus \_\_\_\_\_ ermächtigter Arzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
(Name des KH) tt.mm.jj

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der Hauptbetriebsstätte

\_\_\_\_\_  
E-Mail-Adresse

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Nur falls noch nicht zugelassen: Wohnanschrift

### Die Antragstellung erfolgt für

den Antragsteller persönlich *oder*

den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt:

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_, **Vorname** \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei o.g. Vertragsarzt seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt bei o.g. Berufsausübungsgemeinschaft seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Vertragsarzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

Angestellter Arzt im o.g. MVZ seit/ab: \_\_\_\_\_  
tt.mm.jj

## 2. Beantragung

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung folgender Leistungen:

Leistungen zur **oralen HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)** zur Prävention einer HIV-Infektion bei Versicherten mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko (vgl. Definition nach § 2 Satz 2 a-d der PrEP-Vereinbarung, vgl. Anhang zum Antrag), die das 16. Lebensjahr vollendet haben:

**GOP 01920 EBM - Beratung** vor Beginn einer HIV-Präexpositionsprophylaxe

**GOP 01921 EBM - Einleitung** einer HIV-Präexpositionsprophylaxe

**GOP 01922 EBM - Kontrolle** im Rahmen einer HIV-Präexpositionsprophylaxe

## 3. Fachliche Voraussetzungen, vgl. § 4 PrEP-Vereinbarung

### 1. Alternative (§ 4 Abs. 1 PrEP-Vereinbarung):

- Eine **Genehmigung** der KVB nach der **Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids** wurde mir / dem beim Antragsteller tätigen Arzt erteilt.

oder

### 2. Alternative (§ 4 Abs. 2 PrEP-Vereinbarung):

- Urkunde der Ärztekammer über die Berechtigung zum Führen einer der nachfolgend aufgeführten **Facharztbezeichnungen** im Gebiet:
- Allgemeinmedizin
  - Innere Medizin
  - Kinder- und Jugendmedizin
  - Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  - Urologie
  - Haut- und Geschlechtskrankheiten
- und**
- Bestätigung über eine **mindestens 16-stündige Hospitation** in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten, welche folgenden Anforderungen entspricht:
- Die **ambulante** Einrichtung muss unter der **Leitung eines Arztes mit Genehmigung** nach der Qualitätssicherungsvereinbarung HIV/Aids stehen.
  - In der **stationären** Einrichtung müssen innerhalb eines Jahres regelmäßig durchschnittlich mindestens 50 HIV-/Aids-Patienten pro Quartal medizinisch betreut werden.
- und**
- Zeugnisse oder Hospitationsbescheinigungen über die **Präsenz bei der Behandlung von mindestens 15 Personen mit HIV/Aids und/oder mit PrEP** (im Rahmen der bisherigen Berufstätigkeit oder der v.g. Hospitation)
- und**
- Nachweis theoretischer 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)

#### 4. Auflagen für Ärzte mit fachlicher Befähigung nach § 4 Abs. 2 PrEP-Vereinbarung

- Zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 4 Abs. 2 PrEP-Vereinbarung (siehe 2. Alternative unter 3.) werden **ab Erteilung der Genehmigung** regelmäßig folgende Auflagen erfüllt:
- Nachweis der selbständigen Betreuung von **jährlich durchschnittlich 10 Personen mit PrEP** (eine Reduktion auf mindestens 6 Personen jährlich ist im begründeten Einzelfall unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsdefizite möglich)
  - Nachweis von **jährlich mindestens 8 Fortbildungspunkten im Bereich HIV/Aids und PrEP** (die Hälfte der Punkte ist durch präsenzpflichtige Fortbildungsmaßnahmen zu erwerben)

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**

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

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise in Kopie dem Antrag beizulegen. Urkunden der Ärztekammer legen Sie bitte als Original oder amtlich beglaubigte Kopie bei.

- Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass die KVB im Rahmen der Antragsbearbeitung zu den vorgelegten Nachweisen ggf. erforderliche weitere Informationen und ergänzende Nachweise bei der jeweils zuständigen Stelle einholen kann, insbesondere bei anderen KVen zu erteilten Genehmigungen oder bei Ärztekammern zu Inhalt und Umfang der absolvierten Weiterbildung. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis während des laufenden Antragsverfahrens jederzeit widerrufen kann.**

**Bitte beachten Sie, 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.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter / MVZ-Vertretungsberechtigter



**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätigen Arzt



Stempel Antragsteller

Checkliste (für Nachweis nach § 4 Abs. 2 der PrEP-Vereinbarung)	Liegt der KVB bereits vor	Sind dem Antrag beigelegt
1) Facharzturkunde Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Urologie oder Haut- und Geschlechtskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Nachweis über eine mindestens 16-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur Betreuung von HIV-/Aids-Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Nachweis über die Präsenz bei der Behandlung von mindestens 15 Personen mit HIV/Aids und/oder PrEP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Nachweis über 8 Fortbildungspunkte zu HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen innerhalb 1 Jahres vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### **Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen**

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

Für die Entscheidung über Anträge auf genehmigungspflichtige Leistungen kann eine Gebühr erhoben werden. Die Höhe der Kosten richtet sich nach Anlage 1 der Beitrags- und Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

#### **Zu Versicherten mit einem substantiellen HIV-Infektionsrisiko zählen die folgenden Personen, vgl. § 2 Satz 2 a-d PrEP-Vereinbarung:**

- Männer, die Geschlechtsverkehr mit Männern haben (MSM) oder Transgender-Personen mit der Angabe von analem Geschlechtsverkehr ohne Kondom innerhalb der letzten 3 bis 6 Monate und/oder voraussichtlich in den nächsten Monaten bzw. einer stattgehabten sexuell übertragbaren Infektion (STI) in den letzten 12 Monaten,
- serodiskordante Konstellationen mit einer/einem virämischen HIV-positiven Partner/in ohne antiretrovirale Therapie (ART), einer nicht suppressiven ART oder in der Anfangsphase einer ART (HIV-RNA, die nicht schon 6 Monate unter 200 RNA-Kopien/ml liegt),
- nach individueller und situativer Risikoüberprüfung drogeninjizierende Personen ohne Gebrauch steriler Injektionsmaterialien,
- nach individueller und situativer Risikoüberprüfung Personen mit Geschlechtsverkehr ohne Kondom mit einer/einem Partner/in, bei der/dem eine undiagnostizierte HIV-Infektion wahrscheinlich ist (z.B. einem/einer Partner/in aus Hochprävalenzländern oder mit risikoreichen Sexualpraktiken).

**Der gesetzliche Versorgungsumfang** für die Versicherten nach § 2 Satz 2 a-d PrEP-Vereinbarung umfasst nach ärztlicher Beratung unter besonderer Berücksichtigung von Safer-Sex-Praktiken nach § 3 PrEP-Vereinbarung **folgende Leistungen:**

- Untersuchungen, die vor und während der Anwendung der zur medikamentösen Präexpositionsprophylaxe zugelassenen Arzneimittel erforderlich sind,
- Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zur Präexpositionsprophylaxe.

Daneben kann auch eine risikoadaptierte Untersuchung auf Lues, Gonorrhoe und/oder Chlamydien als Begleitdiagnostik durchgeführt werden.

Die Vereinbarung HIV-Präexpositionsprophylaxe nach § 20j SGB V (Anlage 33 BMV-Ä) ist unter <https://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php> abrufbar.