

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen  
der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**  
**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_
- Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**  
Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP) zur Prävention einer HIV-Infektion gemäß § 20j SGB V (Anlage 33 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)).**

**Fachliche Befähigung**

- Ich verfüge über eine Genehmigung der KVSA gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Absatz 2 SGB V zur spezialisierten Versorgung von Patienten mit HIV-Infektion/Aids-Erkrankungen

**Sofern die vorgenannte Genehmigung der KVSA nicht vorliegt:**

Ich bin Facharzt für

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

und erfülle folgende Voraussetzungen:

- mindestens 16-stündige Hospitation in einer ambulanten oder stationären Einrichtung zur medizinischen Betreuung von HIV-/Aids-Patienten,

**und**

- 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.

**und**

- 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.

Die entsprechenden Unterlagen

- liegen der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.  
 sind diesem Antrag in einfacher Kopie als Anlage beigelegt.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

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

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### **Datenschutzrechtliches Einverständnis**

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

---

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte