

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital an [qs@kvt.de](mailto:qs@kvt.de) ein.**

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch eine nichtärztliche Praxisassistenz

gemäß Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) und Kapitel 38 des EBM (Fachärzte)

### Antragsteller

.....  
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

### Leistungserbringer

sofern abweichend vom Antragsteller,  
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung:

Schwerpunkt:

Zusatzbezeichnung:

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle:

Telefon:

Praxis: ..... privat: .....

E-Mail:

### Ort der Leistungserbringung

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen  
(Nebenbetriebsstätte)

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt

in einem MVZ

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch eine nichtärztliche Praxisassistenz durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein       ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

### Beantragte Leistungen

- GOP 38200 und 38205 des EBM (Pflegeheimbesuch)
- GOP 38202 und 38207 des EBM (Hausbesuch)

### Fachliche Voraussetzungen gemäß Nr. 2 der Präambel 38.1

- Der Facharztstatus und die Facharztbezeichnung wurden nachgewiesen.

### Personelle Voraussetzungen gemäß Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) und Kapitel 38 des EBM

Die nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA) Frau/Herr .....

- ist in der Praxis mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden beschäftigt

Unterschrift nichtärztliche Praxisassistenz: .....

- Nachweis über einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder dem Krankenpflegegesetz.
- Nachweis über eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer Praxis eines Arztes gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1 EBM (siehe Anlage 1).
- Nachweis über eine abgeschlossene Zusatzqualifikation gemäß § 7 Anlage 8 BMV-Ä - Delegations-Vereinbarung (Näpa-Zertifikat).
- Nachweis über einen von der LÄK anerkannten Kurs im Notfallmanagement **-nicht älter als 3 Jahre-** ausgehend vom Datum des Näpa-Zertifikats.
- Nachweis über 20 Hausbesuche zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt gemäß Nr. 2 der Präambel 38.1 EBM begleitet (siehe Anlage 1).

**(Bitte Nachweise in Kopie beifügen.)**

### Sonstige Anforderungen und Verpflichtungen

**Alle drei Jahre** (ausgehend vom Datum des Näpa-Zertifikats) ist eine Fortbildung mit mindestens **16 Stunden Dauer**, davon mindestens je 8 Stunden Notfallmanagement, inklusive Übungen am Phantom und mindestens je 8 Stunden Fortbildung zur Weiterentwicklung des Berufsbildes der nichtärztlichen Praxisassistenz insbesondere in Bezug auf Digitalisierung und Telemedizin nachzuweisen. Die Nachweise über die Wiederholungskurse (16 h) zum Notfallmanagement werden unaufgefordert alle 3 Jahre in der KVT eingereicht.

Die Anstellung der o. g. nichtärztlichen Praxisassistenz wird jährlich durch eine Erklärung der Praxis gegenüber der KVT angezeigt. Das Auflösen des Beschäftigungsverhältnisses mit der o. g. nichtärztlichen Praxisassistenz sowie sämtliche Änderungen sind gegenüber der KV Thüringen, unverzüglich anzuzeigen.

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de) → Themen A-Z.

**Erklärung**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden. Die Abrechnungsgenehmigung gilt für alle dazugehörigen Betriebsstätten (Filialen/ Zweigpraxen).

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*

*Unabhängig von der Genehmigung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch eine nichtärztliche Praxisassistenz wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de), Thema Datenschutz.

## ANLAGE 1

zum Antrag auf Genehmigung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen nach Kapitel 38.3 des EBM

### **Erklärung:**

Ich bestätige, dass meine nichtärztliche Praxisassistentin Frau/Herr:

.....

- Die Begleitung von 20 Hausbesuchen zur Verrichtung medizinischer notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- und Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durchgeführt hat

und

- über eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss **mindestens dreijährige Berufserfahrung** in einer Praxis eines Arztes gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1 EBM verfügt.

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit der vorstehenden Angaben.**

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes