

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 oder in hausärztlichen Praxen durch eine nichtärztliche Praxisassistenz  
gemäß Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung), Kapitel 3 und Kapitel 38 des EBM (Hausärzte)

### 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 Leistung/en

- GOP 03060, 036061, 03062, 03063, 03064 und 03065 des EBM (Kapitel 3.2.1.2)
- GOP 38200 und 38205 des EBM (Kapitel 38.3)

### Fachliche Voraussetzungen gemäß Kapitel 3 (hausärztl. Versorgungsbereich) des EBM

- Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung
- Im Durchschnitt der letzten vier Quartale mind. 700 Behandlungsfälle je Hausarzt mit voller Zulassung und Quartal (bei einer Anzahl größer 1 mit 521 Behandlungsfällen für jeden weiteren Hausarzt → Prüfung erfolgt durch KVT)

oder

- Im Durchschnitt der letzten vier Quartale mind. 120 Behandlungsfälle von Patienten, die 75 Jahre oder älter sind je Hausarzt mit voller Zulassung und Quartal (bei einer Anzahl größer 1 mit 80 Behandlungsfällen für jeden weiteren Hausarzt → Prüfung erfolgt durch KVT)

### Personelle Voraussetzungen gemäß Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung), Kapitel 3 und 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 hausärztlichen Praxis (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); gilt nur für GOP 38200 und 38205 des EBM

**(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 oder in hausärztlichen Praxen 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 Betriebsstätten (Filialen/ Zweigpraxen).

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

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 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 hausärztlichen Praxis bzw. 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