

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV + KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Nicht-ärztliche Praxisassistenz (NäPa)

Antrag für Hausärzte auf Genehmigung
zur Beschäftigung von nicht-ärztlichen Praxisassistenz gemäß Anlage 8 BMV-Ä in
Abwesenheit des Hausarztes **in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen** auf ärztliche
Anordnung (Berechnung GOP 03060 – 03065 EBM)

Qualitätssicherung
Team 1

Antje Andres
Tel 069 24741-6584
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.6@kvhessen.de

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Angaben zur Praxis

Name, Vorname, Titel _____ BSNR: _____

Praxisanschrift _____

 _____  _____  _____

Folgende Ärzte aus der vorgenannten Praxis nehmen an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 b Abs. 1a SGB V teil und beantragen die Genehmigung zur Anordnung und Abrechnung von Hilfeleistungen durch die nicht-ärztliche Praxisassistenz:

Name des Arztes _____ LANR _____

Name des Arztes _____ LANR _____

Name des Arztes _____ LANR _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.

Zu einem späteren Datum _____

2. Beantragte Leistungen:

Seite 1 von 4

Beantragt wird

gemäß Anlage 8 BMV-Ä die Genehmigung zur Beschäftigung von einer NäPa in Abwesenheit des Hausarztes **in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen** auf ärztliche Anordnung zur Berechnung der GOP 03060 bis 03065 EBM

<u>GOP</u>	<u>Leistungslegende</u>	<u>Berechnungsfähigkeit</u>
03060	Zuschlag zu der GOP 03040	je Behandlungsfall
03061	Zuschlag zur GOP 03060	
03062	Hausbesuch inkl. Wegekosten durch NäPa	je Sitzung
03064	Zuschlag zur GOP 03062	
03063	Mitbesuch inkl. Wegekosten durch NäPa	je Sitzung
03065	Zuschlag zur GOP 03063	

Genehmigungsvoraussetzungen (GOP 03060 – 03065 EBM)

Praxen, die Leistungen für eine nicht-ärztliche Praxisassistenz abrechnen wollen, müssen neben den in der Delegations-Vereinbarung genannten Voraussetzungen noch folgende Kriterien erfüllen (gemäß Präambel 3.2.1.2, Nr. 1 des EBM):

In den letzten vier Quartalen wurden durchschnittlich mindestens **700 Fälle je Hausarzt** (mit voller Zulassung) und Quartal abgerechnet. (Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 521 Fälle je weiterem Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang)

ODER

In den letzten vier Quartalen wurden im Schnitt mindestens **120 Fälle je Hausarzt** bei Patienten, die älter als 75 Jahre sind abgerechnet. (Bei mehreren Hausärzten in der Praxis erhöht sich die Fallzahl um 80 Fälle je weiteren Hausarzt mit vollem Tätigkeitsumfang).

Die Überprüfung der erforderlichen Fälle erfolgt direkt durch die KV Hessen.

Wird die Fallzahl nicht erfüllt, können Fälle aus HzV-Verträgen angerechnet werden (Regelung gemäß der neuen Nr. 11 der Präambel 3.1 EBM).

Sofern dies relevant wird, werden Sie, als antragstellende Hausarztpraxis, durch uns informiert.

PERSONELLE VORAUSSETZUNG

Die fachliche Qualifikation wird für folgende Praxisassistenz nachgewiesen:

Name, Vorname der Praxisassistenz _____

Geb.-Dat. _____

Umfang der Beschäftigung: Vollzeit Teilzeit: _____ (mind. 20 Std./Woche erforderlich)

3. Fachliche Voraussetzungen der NÄPa zur Ausführung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen in Abwesenheit des Hausarztes in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen (Berechnung der GOP 03060 - 03065 EBM)

Zur Abrechnung der **Gebührenordnungspositionen 03060- 03065 EBM** muss die NÄPa über eine **Qualifikation der Punkte 3.1 bis 3.3** verfügen.

Zusätzlich müssen die Voraussetzungen gemäß Präambel 3.2.1.2, Nr. 1 des EBM erfüllt werden, d. h., die notwendige durchschnittliche Mindestanzahl an Behandlungsfällen muss von der Praxis erreicht werden.

3.1 Qualifizierter Berufsabschluss

- Die Praxisassistenz verfügt über einen qualifizierten Berufsabschluss.

Berufsbezeichnung der Praxisassistenz: _____

(z. B. Medizinische(r) Fachangestellte(r), Arzthelfer(in), Gesundheits- und Krankenpfleger(in), Krankenschwester, Krankenpfleger)

Der Nachweis über das Führen der o.g. Berufsbezeichnung liegt dem Antrag bei.

3.2 Berufstätigkeit

- Aus der Berufstätigkeit geht eine mindestens **dreijährige** Tätigkeit in einer hausärztlichen Praxis nach dem qualifizierten Berufsabschluss hervor.

Der Nachweis in Form von Arbeitszeugnissen ist dem Antrag beigelegt.

3.3 Zusatzqualifikationen gemäß § 7 Anlage 8 BMV-Ä

- Das **Fortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen „Nicht-ärztlichen Praxisassistenz“** nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V der Bundes- und Landesärztekammern wurde erfolgreich abgeschlossen.

Eine Kopie der Teilnahmebestätigung/Urkunde ist dem Antrag beigelegt.

- Das **Fortbildungscurriculum „Entlastende Versorgungsassistentin (EVA)“** wurde erfolgreich abgeschlossen.

Eine Kopie der Teilnahmebestätigung/Urkunde ist dem Antrag beigelegt.



Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

Erklärungen und Hinweise

- Mir / Uns ist bekannt, dass die Behandlung und Betreuung durch die nicht-ärztliche Praxisassistenz ausschließlich in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- und Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen erfolgt. sofern die Voraussetzungen des § 3 Satz 1 a) bis c) der Delegations-Vereinbarung von dem Patienten erfüllt werden.
- Mir / Uns ist bekannt, dass die Hilfeleistungen nur erbracht und abgerechnet werden, wenn der Vertragsarzt die Leistungen im Einzelfall in Bezug auf Patienten angeordnet hat, die er zuvor bezüglich derselben Erkrankung selbst untersucht hat, und die der Versorgungsauftrag gemäß § 5 Abs. 1 der Delegations-Vereinbarung aufführt
- Mir / Uns ist bekannt, dass die KV Hessen bei Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses der NäPa in der Arztpraxis unverzüglich zu informieren ist.
- Es ist sicherzustellen, dass die Praxisassistenz über die notwendige Qualifikation und Sorgfalt zur Durchführung der Hilfeleistungen auf Anordnung des Arztes verfügt. Des Weiteren ist sicherzustellen, dass die NäPa den Kurs Notfallmanagement alle 3 Jahre wiederholt
- Mir / Uns ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen nach der Delegations-Vereinbarung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilen der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen zulässig ist.
- Ich versichere, dass die in diesem Antrag gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Genehmigung im Rahmen der vertragsärztlichen Tätigkeit führen können.

..... Datum Unterschrift des / der Antragssteller(s) ggf. Praxisstempel

Gilt nur bei angestellten Ärzten:

..... Datum **Unterschrift des anstellenden Arztes
bzw. Unterschrift des ärztlichen Leiters MVZ** Stempel