

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/685923](http://www.kv-rlp.de/685923)

**A N T R A G**  
**auf Genehmigung zur Ausführung von angeordneten Hilfeleistungen**  
**durch den nicht-ärztlichen Praxisassistenten sowie die Abrechnung**  
**dieser delegierten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen**  
**Versorgung durch Hausärzte gemäß EBM Kapitel 3**

Anlage 8 des BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung)

EBM Abschnitt 3.2.1.2

Beantragt wird die Genehmigung zur Ausführung von angeordneten Hilfeleistungen durch den nicht-ärztlichen Praxisassistenten, der in Abwesenheit des Hausarztes in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen auf ärztliche Anordnung tätig wird und die Abrechnung dieser Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung.

**I. Angaben zum Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname Name

\_\_\_\_\_  
LANR

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

**II. Angaben zur Betriebsstätte**

\_\_\_\_\_  
Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort, Straße, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
BSNR

Die Genehmigung für die Betriebsstätte (BSNR) umfasst alle zugeordneten Nebenbetriebsstätten (NBSNR).

### III. Leistungsumfang

GOP 03060 EBM	Zuschlag zur GOP 03040 EBM (Strukturpauschale)
GOP 03061 EBM	Zuschlag zur GOP 03060 EBM
GOP 03062 EBM	Hausbesuch des NäPa, einschließlich Wegekosten
GOP 03063 EBM	Mitbesuch des NäPa, einschließlich Wegekosten
GOP 03064 EBM	Zuschlag zur GOP 03062 EBM
GOP 03065 EBM	Zuschlag zur GOP 03063 EBM

### IV. Qualifikationsvoraussetzung gemäß Anlage 8 BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung)

Angaben zum Beschäftigungsverhältnis:

Arbeitgeber:

\_\_\_\_\_  
Natürliche oder juristische Person

\_\_\_\_\_  
Adresse, falls von den Angaben unter II. abweichend

Arbeitnehmer: 1.)

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beschäftigung  
(Std./Woche)

\_\_\_\_\_  
beschäftigt seit  
(Monat / Jahr)

\_\_\_\_\_  
NäPa-Nummer  
(wird von der KV RLP vergeben)

2.)

\_\_\_\_\_  
Vorname Name

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Beschäftigung  
(Std./Woche)

\_\_\_\_\_  
beschäftigt seit  
(Monat / Jahr)

\_\_\_\_\_  
NäPa-Nummer  
(wird von der KV RLP vergeben)

Ich bestätige, dass die in der Betriebsstätte beschäftigten nicht-ärztlichen Praxisassistenten über die nachstehend genannten fachlichen Voraussetzungen verfügen:

- einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur Medizinischen Fachangestellten / Arzhelferin oder gemäß dem Krankenpflegegesetz
- und**
- eine, nach dem qualifizierten Berufsabschluss, mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis
- und**
- eine abgeschlossene Zusatzqualifikation zur nicht-ärztliche Praxisassistentenz gemäß § 7 der Anlage 8 BMV-Ä.
- Kopie der NäPa-Anerkennung durch die LÄK (Zertifikat) ist diesem Antrag beigelegt.

**V. Abrechnungsvoraussetzungen gemäß EBM**

- Ich bitte die KV RLP intern um Prüfung der Behandlungsfälle.
- Ich mache folgende, nicht in der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten, Behandlungsfälle der hausarztzentrierten und/oder knappschaftsärztlichen Versorgung aus den letzten vier abgerechneten Quartalen geltend:

Jahr	Quartal	Fallzahl

**VI. Erklärung**

- Delegierbare Leistungen zum Zweck der Versorgung in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten-/ Pflegeheimen oder anderen beschützenden Einrichtungen dürfen durch den nicht-ärztlichen Praxisassistenten erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die hierfür erforderliche schriftliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KV RLP erteilt wurde. Eine rückwirkende Genehmigung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen des EBM sind zusätzlich zu beachten.
- 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 eine Fortbildung zu den Themen Notfallmanagement, Digitalisierung und Telemedizin gemäß § 7 der Delegationsvereinbarung alle 3 Jahre wiederholt. Die KV RLP behält sich vor den Kursnachweis anzufordern.
- Die Betriebsstätte wird die KV RLP über alle Änderungen informieren, welche die Erfüllung der in Anlage 8 des BMV-Ä (Delegations-Vereinbarung) und EBM Kapitel 3 genannten Anforderungen betreffen. Insbesondere davon betroffen sind Änderungen im Beschäftigungsverhältnis der nicht-ärztlichen Praxisassistenz.

Der Unterzeichner versichert die Richtigkeit der vorstehenden Angaben:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes  
Ärztlicher Leiter des MVZ