

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-524
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Antrag auf Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen

gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) - in Kraft getreten am 17.03.2009 in der derzeit gültigen Fassung

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ich bin:

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt in | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |
| | <input type="checkbox"/> Einzelpraxis | <input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft |
| | <input type="checkbox"/> MVZ | <input type="checkbox"/> ÜBAG <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Lebenslange Arztnummer (LANR)
(wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Die Antragstellung erfolgt ebenfalls für die nachfolgend aufgeführten, in der vg. Praxis tätigen Ärzte:

<input type="checkbox"/> _____ (Name des Arztes)	<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Wenn vorhanden)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

<input type="checkbox"/> _____ (Name des Arztes)	<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Wenn vorhanden)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

<input type="checkbox"/> _____ (Name des Arztes)	<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Wenn vorhanden)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

<input type="checkbox"/> _____ (Name des Arztes)	<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Wenn vorhanden)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										

<input type="checkbox"/> _____ (Name des Arztes)	<input type="checkbox"/> Niedergelassener Arzt <input type="checkbox"/> Angestellter Arzt										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Wenn vorhanden)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										



BERLIN

Besser. Gemeinsam. Wirken.

Antrag auf Erbringung ärztlich angeordneter
Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in
Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen
beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5
SGB V oder in hausärztlichen Praxen
(Delegations-Vereinbarung)

Hiermit beantrage/n ich/wir für die in der vg. Praxis tätige nichtärztliche Praxisassistentenz

Frau/Herr: _____

nach der o. g. Vereinbarung die Genehmigung für die

- Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen
nach den EBM-Nrn.: 03060 - 03065

1. Personelle und fachliche Voraussetzungen

(gemäß §§ 4 und 5 Nr. 2 i.V.m. §§ 6 und 7 der Delegations-Vereinbarung)

- 1.1 Die o. g. nichtärztliche Praxisassistentenz ist mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von mindestens 20 Stunden in der Praxis beschäftigt
(Nachweis ist beigefügt, z.B. Arbeitsvertrag)

und

- 1.2 verfügt über einen qualifizierten Berufsabschluss gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder dem Krankenpflegegesetz
(Nachweis ist beigefügt)

und

- 1.3 verfügt über eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis
(Nachweis ist beigefügt)

und

- 1.4 verfügt über eine Zusatzqualifikation gemäß § 7 dieser Vereinbarung.
(Nachweis ist beigefügt)

2. Inhalte der Zusatzqualifikation

(gemäß § 7 der Delegations-Vereinbarung)

2.1 Theoretische Fortbildung zu den Themen Berufsbild, medizinische Kompetenz und Kommunikation / Dokumentation

- 2.1.1 Die nichtärztliche Praxisassistentenz ist weniger als 5 Jahre berufstätig und hat die Teilnahme an Fortbildungen im Umfang von 200 Stunden erbracht.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigefügt)

oder

- 2.1.2 Die nichtärztliche Praxisassistentenz ist weniger als 10 Jahre berufstätig und hat die Teilnahme an Fortbildungen im Umfang von 170 Stunden erbracht.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigefügt)

oder

- 2.1.3 Die nichtärztliche Praxisassistentenz ist mehr als 10 Jahre berufstätig und hat die Teilnahme an Fortbildungen im Umfang von 150 Stunden erbracht.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigefügt)

oder



BERLIN

Besser. Gemeinsam. Wirken.

**Antrag auf Erbringung ärztlich angeordneter
Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in
Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen
beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5
SGB V oder in hausärztlichen Praxen
(Delegations-Vereinbarung)**

- 2.1.4 Die nichtärztliche Praxisassistenz verfügt über einen qualifizierten Berufsabschluss nach dem Krankenpflegegesetz und war in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung mindestens 4 Jahre in diesem Beruf tätig und hat die Teilnahme an Fortbildungen im Umfang von 80 Stunden erbracht.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigelegt)

und

2.2 Praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen

- 2.2.1 Die nichtärztliche Praxisassistenz ist weniger als 5 Jahre berufstätig und hat Hausbesuche im Umfang von 50 Stunden begleitet bzw. durchgeführt.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigelegt)

oder

- 2.2.2 Die nichtärztliche Praxisassistenz ist weniger als 10 Jahre berufstätig und hat Hausbesuche im Umfang von 30 Stunden begleitet bzw. durchgeführt.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigelegt)

oder

- 2.2.3 Die nichtärztliche Praxisassistenz ist mehr als 10 Jahre berufstätig und hat Hausbesuche im Umfang von 20 Stunden begleitet bzw. durchgeführt.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigelegt)

und

2.3 Fortbildung im Notfallmanagement

- 2.3.1 Die nichtärztliche Praxisassistenz ist weniger als 5 Jahre berufstätig und hat die Teilnahme an Fortbildungskursen im Umfang von 20 Stunden erbracht.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigelegt)

oder

- 2.3.2 Die nichtärztliche Praxisassistenz ist weniger als 10 Jahre berufstätig und hat die Teilnahme an Fortbildungskursen im Umfang von 20 Stunden erbracht.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigelegt)

oder

- 2.3.3 Die nichtärztliche Praxisassistenz ist mehr als 10 Jahre berufstätig und hat die Teilnahme an Fortbildungskursen im Umfang von 20 Stunden erbracht.
(Nachweis – nicht älter als 5 Jahre – ist beigelegt)

und

- 2.3.4 Die Fortbildung im Notfallmanagement wird von der nichtärztlichen Praxisassistenz alle drei Jahre wiederholt.

3. Zusatzqualifikation noch nicht abgeschlossen

(gemäß § 8 Abs. 3 der Delegations-Vereinbarung)

- 3.1 Die o. g. nichtärztliche Praxisassistenz verfügt noch nicht über die vg. Fachlichen Voraussetzungen nach § 7 dieser Vereinbarung. Die erforderlichen Fortbildungen wurden bereits begonnen.
(Nachweis ist beigelegt)

4. Sonstige Anforderungen und Verpflichtungen

- 4.1 Gemäß § 8 Abs. 3 dieser Vereinbarung wird die Anstellung der o. g. nichtärztlichen Praxisassistenten jährlich durch eine Erklärung der Praxis gegenüber der KV Berlin angezeigt.
- **Die Abrechnung der Leistungen setzt eine Mindestzahl an Behandlungsfällen voraus. Alternativ kann eine Mindestzahl an Behandlungsfällen von Patienten, die 75 Jahre und älter sind, berücksichtigt werden. Es wird der Durchschnittswert der letzten vier Quartale zugrunde gelegt. Diese Zahlen werden für die Praxis bei Antragstellung durch die KV Berlin geprüft. Behandlungsfälle aus Selektivverträgen (HzV-Verträge nach § 73b SGB V) und/oder aus Verträgen zur knappschaftsärztlichen Versorgung unter der GO-Nr. 88194 werden unter Berücksichtigung der Regelungen gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 des EBM ebenfalls berücksichtigt. Neu oder kürzer als 18 Monate zugelassene Ärzte gemäß Präambel 3.1 Nr. 1 des EBM (gültig ab 01.04.2015) werden in den auf die Zulassung folgenden sechs Quartalen mit einem Tätigkeitsumfang von null berücksichtigt.**
- **Das Auflösen des Beschäftigungsverhältnisses mit der o. g. nichtärztlichen Praxisassistenten sowie sämtliche Änderungen sind gegenüber der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, unverzüglich anzuzeigen.**
- **Erstmals zwei Jahre nach Erteilung der Genehmigung wird durch die KV Berlin geprüft, ob die Kriterien der Voraussetzung für die Berechnung der GOP 03060 bis 03065 weiterhin erfüllt sind. Anschließend daran erfolgt eine jährliche Prüfung durch die KV Berlin.**

ERKLÄRUNG

Ich bin umfassend über die Ziele und die Inhalte der o.g. Vereinbarung informiert worden. Der Vereinbarungsinhalt ist mir bekannt.

Mir/Uns ist insbesondere bekannt,

- dass meine Teilnahme an der o.g. Vereinbarung endet, wenn die Abrechnungsvoraussetzung der Anstellung der nichtärztlichen Praxisassistenten bei der o. g. Praxis nicht mehr gegeben ist oder eine Kündigung des Vertrages erfolgt.
- dass gemäß § 6 der Vereinbarung die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V oder in hausärztlichen Praxen (Delegations-Vereinbarung) in der vertragsärztlichen Versorgung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Ich/Wir versichere/n die Richtigkeit der Angaben.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Ggf. Unterschrift des Leiters
(Einrichtung/MVZ/Praxisinhaber)

Unterschrift des Antragstellers

Ggf. Unterschrift des Leiters
(Einrichtung/MVZ/Praxisinhaber)

Unterschrift des Antragstellers

Ggf. Unterschrift des Leiters
(Einrichtung/MVZ/Praxisinhaber)

Unterschrift des Antragstellers

Ggf. Unterschrift des Leiters
(Einrichtung/MVZ/Praxisinhaber)

Unterschrift des Antragstellers

Ggf. Unterschrift des Leiters
(Einrichtung/MVZ/Praxisinhaber)

Unterschrift des Antragstellers

Ggf. Unterschrift des Leiters
(Einrichtung/MVZ/Praxisinhaber)