

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Sicherstellung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

## Antrag für Fachärzte (NäPa II)

auf Genehmigung  
zur Ausführung und Abrechnung von **ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten** in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen **gemäß GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM**

### Wichtige Hinweise:

- Die Genehmigung gilt für alle nichtärztlichen Mitarbeiter in Ihrer Praxis, welche die Voraussetzungen nach § 6 und 7 der Anl. 8 BMV-Ä (Delegationsvereinbarung) erfüllen.
- Die Abrechnungsgenehmigung gilt für all Ihre Betriebsstätten (Filialen / Zweigpraxen).

### 1. Allgemeine Angaben

**Antragsteller** (bei angestelltem Arzt ist dies der Arbeitgeber, bei einem im MVZ tätigen Arzt der MVZ-Vertretungsberechtigte, bei einem bei einer BAG angestellten Arzt der BAG-Vertretungsberechtigte – bei mehreren Antragstellern bitte **Anlage A** verwenden)

**LANR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Titel** \_\_\_\_\_

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

**BSNR:** |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| **Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Facharztbezeichnung** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort der **Hauptbetriebsstätte**

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

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

Ich bin in Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft zugelassener Arzt

Ich bin Vertretungsberechtigter der BAG \_\_\_\_\_  
(Name der BAG)

Ich bin Vertretungsberechtigter des MVZ \_\_\_\_\_  
(Name des MVZ)

## 2. Beantragung

Beantragt wird

- die Genehmigung zur Abrechnung delegierter Leistungen in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten\* gemäß GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM

*\*Bitte beachten Sie hierzu auch unsere Hinweise auf Seite 6 ff.*

**Angaben zur nichtärztlichen Praxisassistentenz** (bei mehreren beschäftigten nichtärztlichen Praxisassistenten bitte **Anlage C** verwenden)

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

**Die nichtärztliche Praxisassistentenz wird in der Praxis des Antragstellers beschäftigt seit:**

|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|  
Datum

**Umfang der Beschäftigung:**  Vollzeit  Teilzeit: \_\_\_\_\_ (mind. 20 Std./Woche erforderlich)

**Die nichtärztliche Praxisassistentenz soll für folgenden Arzt tätig werden:**

- den Antragsteller persönlich *und/oder*
- den folgenden beim Antragsteller tätigen Arzt (bei mehreren beschäftigten Ärzten bitte **Anlage B** verwenden)

LANR: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Titel \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

- Angestellter Arzt in o. g. Einzelpraxis/Berufsausübungsgemeinschaft
- Angestellter Arzt im o. g. MVZ
- Vertragsarzt im o. g. MVZ

### 3. Fachliche Voraussetzungen der qualifizierten nichtärztlichen Praxisassistentenz

<b>Wichtiger Hinweis:</b> Zur Abrechnung der <b>Gebührenordnungspositionen 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM muss die nichtärztliche Praxisassistentenz die fachlichen Voraussetzungen der Punkte 3.1 bis 3.4 erfüllen.</b>	
<b>3.1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Qualifizierter Berufsabschluss in einem nichtärztlichen Heilberuf</b> (z.B. gemäß der Verordnung über die Berufsbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer(in) oder gemäß dem Krankenpflegegesetz) <b>und</b>
<b>3.2</b> <input type="checkbox"/>	im Anschluss an den qualifizierten Berufsabschluss <b>mindestens dreijährige Berufserfahrung*</b> in einer haus- oder fachärztlichen Vertragsarztpraxis gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1 EBM <i>*Die Berufserfahrung ist von dem Antragsteller durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen und bezieht sich auf die berufliche Tätigkeit seit dem Abschluss mit Kammerbrief zur/zum medizinischen Fachangestellten bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger</i> <b>und</b>
<b>3.3</b>	<b>Zusatzqualifikation gemäß § 7 Anlage 8 BMV-Ä, die je nach Berufserfahrung nachfolgende Inhalte umfassen muss</b>
Die nichtärztliche Praxisassistentenz ist <b>mehr als 10 Jahre berufstätig:</b>	<input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungen*</b> zu den Themen - <b>Berufsbild,</b> - <b>medizinische Kompetenz und</b> - <b>Kommunikation/ Dokumentation</b> im Umfang von 150 Stunden ( <b>theoretische Fortbildung</b> ) weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>praktische Fortbildung* in Form der Begleitung bzw. Durchführung von Hausbesuchen</b> im Umfang von 20 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungskursen* im Notfallmanagement</b> im Umfang von 20 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach
Die nichtärztliche Praxisassistentenz ist <b>weniger als 10, aber mehr als 5 Jahre berufstätig:</b>	<input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungen*</b> zu den Themen - <b>Berufsbild,</b> - <b>medizinische Kompetenz* und</b> - <b>Kommunikation/ Dokumentation</b> im Umfang von 170 Stunden ( <b>theoretische Fortbildung</b> ) weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>Praktische Fortbildung* in Form der Begleitung bzw. Durchführung von Hausbesuchen</b> im Umfang von 30 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungskursen* im Notfallmanagement</b> im Umfang von 20 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach

Die nichtärztliche  
Praxisassistenz ist  
**weniger als 5**  
Jahre berufstätig:

- Die **Teilnahme an Fortbildungen\* zu den Themen**
- **Berufsbild,**
  - **medizinische Kompetenz<sup>4</sup> und**
  - **Kommunikation/ Dokumentation**
- im Umfang von 200 Stunden (**theoretische Fortbildung**)  
weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an  
zertifizierten Fortbildungskursen nach
- und**
- Die **Praktische Fortbildung\* in Form der Begleitung bzw. Durchführung von Hausbesuchen** im Umfang von 50 Stunden  
weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an  
zertifizierten Fortbildungskursen nach
- und**
- Die **Teilnahme an Fortbildungskursen\* im Notfallmanagement**  
im Umfang von 20 Stunden weise ich mittels Vorlage von  
Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach


**3.4**  Nachweis über die Begleitung von **20 Hausbesuchen** zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1. EBM

\*Siehe hierzu unsere **Hinweise auf Seite 7 unter Punkt 1.**

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt des Antrags sowie des beigefügten Anhangs mit sämtlichen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieses Antrags.**


**Ich erkläre mich damit einverstanden, der KVB entsprechende Nachweise (Zertifikate/ Bescheinigungen) zur Überprüfung der Qualifikation der nichtärztlichen Praxisassistenten gemäß Punkt 3. zu übermitteln.**

**Das Auflösen des Beschäftigungsverhältnisses mit der nichtärztlichen Praxisassistenten werde ich der KVB unverzüglich anzeigen.**

Bitte denken Sie daran, alle mit  gekennzeichneten Nachweise/ Bescheinigungen als Kopie dem Antrag beizulegen.


**Bitte beachten Sie, dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt /  
MVZ-Vertretungsberechtigter 

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

Stempel Antragsteller

## Genehmigungsantrag – Anhang –



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Entsprechend § 67a Abs. 3 SGB X weisen wir darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der im MVZ tätige Arzt, der die Leistungen gegenüber der nichtärztlichen Praxisassistenz anordnet und abrechnet, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

#### 1. Genehmigungsvoraussetzungen

Die **GOP 38202 und 38207** EBM können nur von

- Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie
  - Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
  - Fachärzten für Augenheilkunde
  - Fachärzten für Chirurgie
  - Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  - Fachärzten für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
  - Fachärzten für Haut- und Geschlechtskrankheiten
  - Fachärzten für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt, die gegenüber dem Zulassungsausschuss ihre Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erklärt haben
  - Fachärzten für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
  - Fachärzten für Neurologie
  - Fachärzten für Nervenheilkunde
  - Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie
  - Fachärzten für Orthopädie
  - Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie
  - Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie
  - Fachärzten für Urologie und
  - Fachärzten für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- berechnet werden.

Die **GOP 38200 und 38205** EBM dürfen sowie von Hausärzten als auch von Fachärzten abgerechnet werden, soweit ihnen die Genehmigung von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vorliegt.

Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Antragsteller und der ggf. bei ihm tätige Arzt **gegenüber der KVB bestätigt** haben, dass die nichtärztliche Praxisassistenz in einem Umfang von **mindestens 20 Wochenstunden** angestellt ist **und** über

- einen **qualifizierten Berufsabschluss** gemäß der Verordnung über die Berufsausbildung zur/ zum Medizinischen Fachangestellten/ Arzthelfer(in) oder gemäß dem Krankenpflegegesetz **und**
- eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss **mindestens dreijährige Berufserfahrung** in einer haus- oder fachärztlichen Praxis (Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin mit und ohne Schwerpunktkompetenz, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Nervenheilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, Urologie sowie Physikalische und Rehabilitative Medizin) **und**
- eine **abgeschlossene Zusatzqualifikation gemäß § 7 Anlage 8 BMV-Ä** verfügt **und**

- **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 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) begleitet hat.

Die für den Erwerb der **Zusatzqualifikation** nachzuweisenden Fortbildungsmaßnahmen müssen

- eine **theoretische Fortbildung zu den Themen Berufsbild, medizinische Kompetenz und Kommunikation/Dokumentation**,
- eine **praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen** und
- eine **Fortbildung im Notfallmanagement** umfassen.

Abhängig von der Dauer seiner bisherigen Berufstätigkeit nach dem qualifizierten Berufsabschluss sind Fortbildungen in folgendem zeitlichen Umfang nachzuweisen:

Dauer der Berufstätigkeit	Theoretische Fortbildungsstunden	Praktische Fortbildungsstunden	Notfallmanagement Erweiterte Notfallkompetenz (Stunden)
weniger als 5 Jahre	200	50	20
weniger als 10 Jahre	170	30	20
mehr als 10 Jahre	150	20	20

Sofern die nichtärztliche Praxisassistenz über einen qualifizierten Berufsabschluss nach dem Krankenpflegegesetz verfügt und in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung mindestens 4 Jahre in diesem Beruf tätig war, **reduziert sich die theoretische Fortbildung auf 80 Stunden.**

**Die theoretische Fortbildung kann insbesondere durch Teilnahme an Fortbildungsmaßnahmen nach den Fortbildungscurricula der BÄK bzw. BLÄK nachgewiesen werden. Fortbildungsangebote für medizinische Fachangestellte finden Sie auf der Homepage der BLÄK unter [www.blaek.de](http://www.blaek.de) in der Rubrik „MFA/ Fortbildung/ Kursangebote“.**

Folgende Inhalte sind im Rahmen der theoretischen Fortbildung erforderlich:

- Die Fortbildung „Berufsbild“ (mind. 15 Stunden) hat das Ziel, das Berufsbild des nichtärztlichen Praxisassistenten im Kontext des deutschen Gesundheitssystems darzustellen. Sie soll insbesondere folgende Inhalte umfassen: rechtliche Grundlagen und Rahmenbedingungen für die Tätigkeit des nichtärztlichen Praxisassistenten, demographische Entwicklung in Deutschland und deren Einfluss auf die Epidemiologie relevanter Erkrankungen sowie deren Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung und Verfahrensabläufe und Instrumente im professionellen Handeln des nichtärztlichen Praxisassistenten.
- Die Fortbildung „medizinische Kompetenz“ (mind. 110 Stunden) dient, aufbauend auf den Grundkenntnissen des nichtärztlichen Praxisassistenten aus Ausbildung und bisheriger Berufstätigkeit, dem Erwerb von erweiterten und vertieften medizinischen Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in Bezug auf häufig auftretende Krankheitsbilder und Krankheitsverläufe aus dem jeweiligen ärztlichen Behandlungsspektrum.
- Die Fortbildung „Kommunikation/ Dokumentation“ (mind. 25 Stunden) dient dem Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten zur Erweiterung der Sozialkompetenz des nichtärztlichen Praxisassistenten, der Fähigkeit zur selbständigen medizinischen Dokumentation sowie zur Kommunikation mit dem Arzt. In Betracht kommende Inhalte sind: Wahrnehmung und Motivation von Patienten, Kommunikation und Gesprächsführung mit Patienten, Patienteninformation und -edukation, Kommunikation mit Angehörigen, Medizinische Dokumentation sowie Kommunikation mit dem Arzt.

## 2. Abrechnungsmöglichkeiten

Besuch in der <b>Häuslichkeit</b>	GOP 38100 und 38202
Mitbesuch in der <b>Häuslichkeit</b>	GOP 38105* und 38207
Besuch <b>in Alten- und Pflegeheimen oder beschützenden Einrichtungen</b>	GOP 38100 und 38200
Mitbesuch <b>in Alten- und Pflegeheimen oder beschützenden Einrichtungen</b>	GOP 38105* und 38205

\*GOP 38105 sowohl in der Häuslichkeit als auch in Alten-/Pflegeheimen oder beschützenden Einrichtungen

### Abrechnung für Arztpraxen/ MVZs mit mehreren Leistungsorten:

Die Genehmigung ist per se an allen Leistungsorten abrechnungswirksam, an denen der Genehmigungsinhaber mit vollem Leistungsumfang tätig sein kann.

## 3. Bestand/ Widerruf der Genehmigung

### a) Anzeigepflicht

Der KVB sind die Anstellung der nichtärztlichen Praxisassistenten jährlich durch eine Erklärung der Praxis und die Auflösung des Beschäftigungsverhältnisses mit der nichtärztlichen Praxisassistenten unverzüglich anzuzeigen (gemäß § 8 Abs. 3 Satz 5 Anlage 8 BMV-Ä).

### b) Wiederholung der Fortbildung Notfallmanagement

Nichtärztliche Praxisassistenten müssen alle drei Jahre eine Fortbildung in Notfallmanagement wiederholen, damit die Genehmigung zur Ausführung von angeordneten Hilfeleistungen durch nichtärztliches Praxispersonal sowie zur Abrechnung dieser delegierten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß Anlage 8 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (Delegationsvereinbarung) aufrecht erhalten bleiben kann (vgl. § 7 Abs. 6 der Delegationsvereinbarung). Eine unterbliebene Auffrischung des Fortbildungskurses Notfallmanagement im Umfang von 16 Stunden (§ 7 Abs. 6 Anlage 8 BMV-Ä) alle drei Jahre führt in der Regel zu einem Widerruf der NÄPa-Genehmigung. Die Drei-Jahres-Frist beginnt ab bestandener Ergänzungsprüfung zur NÄPa.

Hinweis: Gemäß § 7 Abs. 7 der Anlage 8 zum BMV-Ä muss das Qualifikationsangebot von der Ärztekammer anerkannt sein. Hat der/die NÄPa einen von der Ärztekammer aktuell nicht anerkannten Notfallrefresher-Kurs belegt, kann dies von der KVB nicht berücksichtigt werden.

Das Institut für Hausärztliche Fortbildung im Deutschen Hausärzteverband (IhF) e. V. bietet einen VERAH/ NÄPa-Notfallmanagement-Refresher im Umfang von 16 Stunden an, der von der Ärztekammer anerkannt und für die KVB zur Nachweisführung ausreichend ist. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an das IhF.

Nachdem die Wiederholung der Fortbildung im Notfallmanagement im Rhythmus von drei Jahren für den Fortbestand Ihrer Genehmigung zwingend erforderlich ist, behalten wir uns vor, uns zu gegebener Zeit die zeitgerechte Auffrischung der Fortbildung im Notfallmanagement stichprobenartig nachweisen zu lassen.

Die komplette Darstellung des Bundesmantelvertrages und der Delegationsvereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä) finden Sie unter: <http://www.kbv.de/html/bundesmantelvertrag.php>

**Hinweis zum Datenschutz:** Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz)



## Anlage A


zum Antrag für Fachärzte („Näpa II“)

auf Genehmigung zur **Ausführung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten** in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen **gemäß GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM**


Nachfolgend aufgeführte **Partner der Berufsausübungsgemeinschaft** sind weitere Antragsteller:

<b>1. weiterer Antragsteller</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____
<b>2. weiterer Antragsteller</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____
<b>3. weiterer Antragsteller</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____
<b>4. weiterer Antragsteller</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____


\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 1. weiterer Antragssteller 


\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 2. weiterer Antragssteller 

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 3. weiterer Antragssteller 

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift 3. weiterer Antragssteller 

## Anlage B


zum Antrag für Fachärzte („Näpa II“)

auf Genehmigung **zur Ausführung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten** in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen **gemäß GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM**


Die nichtärztliche Praxisassistenz wird zusätzlich für folgende weitere beim Antragsteller **beschäftigte Ärzte** beantragt:

<b>1.</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in o. g. Praxis/ MVZ	
<input type="checkbox"/> Zugelassener Arzt im o. g. MVZ	
<b>2.</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in o. g. Praxis/ MVZ	
<input type="checkbox"/> Zugelassener Arzt im o. g. MVZ	
<b>3.</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____
<input type="checkbox"/> Angestellter Arzt in o. g. Praxis/ MVZ	
<input type="checkbox"/> Zugelassener Arzt im o. g. MVZ	


\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt 

## Anlage C

zum Antrag für Fachärzte („Näpa II“)

auf Genehmigung zur **Ausführung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten** in der Häuslichkeit des Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen **gemäß GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM**

In der Praxis wird **zusätzlich** die folgende nichtärztliche Praxisassistenz beschäftigt:

### Angaben zur weiteren nichtärztlichen Praxisassistenz

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

**Die nichtärztliche Praxisassistenz wird in der Praxis des Antragstellers beschäftigt seit:**

! | | | | | | | | |  
Datum

**Umfang der Beschäftigung:**  Vollzeit  Teilzeit: \_\_\_\_\_ (mind. 20 Std./Woche erforderlich)

### 4. Angaben zur Qualifikation der zweiten nichtärztlichen Praxisassistenz

#### Wichtiger Hinweis:

Zur Abrechnung der **Gebührenordnungspositionen 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM** muss die **nichtärztliche Praxisassistenz die fachlichen Voraussetzungen der Punkte 4.1 bis 4.4** erfüllen.

<b>4.1</b> <input type="checkbox"/>	<b>Qualifizierter Berufsabschluss in einem nichtärztlichen Heilberuf</b> (z.B. gemäß der Verordnung über die Berufsbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten/ Arzthelfer(in) oder gemäß dem Krankenpflegegesetz) <b>und</b>
<b>4.2</b> <input type="checkbox"/>	im Anschluss an den qualifizierten Berufsabschluss <b>mindestens dreijährige Berufserfahrung*</b> in einer haus- oder fachärztlichen Vertragsarztpraxis gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1 EBM <i>*Die Berufserfahrung ist von dem Antragsteller durch eine ärztliche Bescheinigung nachzuweisen und bezieht sich auf die berufliche Tätigkeit seit dem Abschluss mit Kammerbrief zur/ zum medizinischen Fachangestellten bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger</i> <b>und</b>

4.3	<b>Zusatzqualifikation gemäß § 7 Anlage 8 BMV-Ä, die je nach Berufserfahrung nachfolgende Inhalte umfassen muss</b>
Die nichtärztliche Praxisassistenz ist <b>mehr als 10 Jahre berufstätig:</b>	<input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungen* zu den Themen</b> - <b>Berufsbild,</b> - <b>medizinische Kompetenz und</b> - <b>Kommunikation/ Dokumentation</b> im Umfang von 150 Stunden ( <b>theoretische Fortbildung</b> ) weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach  <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>praktische Fortbildung* in Form der Begleitung bzw. Durchführung von Hausbesuchen</b> im Umfang von 20 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach  <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungskursen* im Notfallmanagement</b> im Umfang von 20 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach
Die nichtärztliche Praxisassistenz ist <b>weniger als 10, aber mehr als 5 Jahre berufstätig:</b>	<input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungen* zu den Themen</b> - <b>Berufsbild,</b> - <b>medizinische Kompetenz† und</b> - <b>Kommunikation/ Dokumentation</b> im Umfang von 170 Stunden ( <b>theoretische Fortbildung</b> ) weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach  <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>Praktische Fortbildung in Form* der Begleitung bzw. Durchführung von Hausbesuchen</b> im Umfang von 30 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach  <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungskursen* im Notfallmanagement</b> im Umfang von 20 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach
Die nichtärztliche Praxisassistenz ist <b>weniger als 5 Jahre berufstätig:</b>	<input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungen* zu den Themen</b> - <b>Berufsbild,</b> - <b>medizinische Kompetenz und</b> - <b>Kommunikation/ Dokumentation</b> im Umfang von 200 Stunden ( <b>theoretische Fortbildung</b> ) weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach  <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>Praktische Fortbildung* in Form der Begleitung bzw. Durchführung von Hausbesuchen</b> im Umfang von 50 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach  <b>und</b> <input type="checkbox"/> Die <b>Teilnahme an Fortbildungskursen* im Notfallmanagement</b> im Umfang von 20 Stunden weise ich mittels Vorlage von Teilnahmebescheinigungen an zertifizierten Fortbildungskursen nach

\*Siehe hierzu unsere **Hinweise auf Seite 7 unter Punkt 1.**  
Antrag nichtärztliches Assistenzpersonal für Fachärzte  
(08/2019)

4.4

Nachweis über die Begleitung von **20 Hausbesuchen** zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen bei einem Arzt gemäß Nr. 1 der Präambel 38.1. EBM



\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Arzt /  
MVZ-Vertretungsberechtigter



Stempel Antragsteller