

 KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Antrag Delegation Kapitel 38	Bereich QS/QM
		Stand 02.06.2020
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 4

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement
 Europaallee 7 – 9
 66113 Saarbrücken

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 38200, 38202, 38205 und 38207 EBM im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Leistungserbringer/in

Name, Vorname, Titel	LANR
✉ Anschrift	
@ E-Mail-Adresse	☎ Telefonnummer
Teilnahme an <input type="checkbox"/> hausärztlicher Versorgung <input type="checkbox"/> fachärztlicher Versorgung	
im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung	

Angaben zum Personal:

Name des/der Mitarbeiters/in	Geburtsdatum
Beschäftigungsbeginn	

Tätigkeitsorte (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

✉ Anschrift	BSNR
✉ Anschrift	BSNR
✉ Anschrift	BSNR
✉ Anschrift	BSNR

Ich/wir besitze/n eine Anerkennung als:

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Arzt ohne Gebietsbezeichnung, Facharzt für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung (Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung) - **ausschließlich die GOP 38200 und 38205 EMB** -
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin
- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Facharzt für Augenheilkunde
- Facharzt für Chirurgie
- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
- Facharzt für Innere Medizin mit und ohne Schwerpunkt (Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung)
- Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Facharzt für Neurologie, Facharzt für Nervenheilkunde, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
- Facharzt für Orthopädie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- Facharzt für Urologie
- Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin

Frau/Herr _____

wird ab dem _____ **ärztlich angeordnete Hilfeleistungen in meinem/unseren Namen erbringen.**

Ich/wir bestätige/n, dass sie/er folgende Voraussetzungen erfüllt:

- Sie/er ist mit einer regelmäßigen Wochenarbeitszeit von **mindestens 20 Stunden** in/im meiner/unserer Praxis/Einrichtung/MVZ angestellt.
- Sie/er hat eine nach dem qualifizierten Berufsabschluss mindestens dreijährige Berufserfahrung in
 - hausärztlichen** Praxis
 oder
 - fachärztlichen** Praxis (bitte Fachrichtung angeben: _____).

Dauer der Berufstätigkeit: _____ Jahre in der Praxis _____

(bitte Praxisanschrift mit Fachrichtung angeben)

_____ Jahre in der Praxis _____

(bitte Praxisanschrift mit Fachrichtung angeben)

- Sie/er hat **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**.

Sie/er hat nachstehende Zusatzqualifikation gemäß Anlage 8 BMV-Ä erworben:

- Nicht-ärztliche/r Praxisassistent/in**
- Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“ für Medizinische Fachangestellte und Arzthelfer/innen
 - Fortbildungscurriculum der Sächsischen Landesärztekammer für Arzthelfer/innen/ Medizinische Fachangestellte „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“
 - Fortbildungscurriculum der Landesärztekammer Thüringen für Medizinische Fachangestellte „Nicht-ärztliche Praxisassistentin“
 - „Fortbildung zur Nichtärztlichen Praxisassistentin“ der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
 - Anerkennung der Zusatzqualifikation VERAH® als Nichtärztliche Praxisassistentin
- Fortbildungscurriculum „Entlastende Versorgungsassistentin (EVA)“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

Zu anderen nicht genannten Fortbildungen kontaktieren Sie uns bitte. Wir beraten Sie dann über weitere Zugangsqualifikationen.

Hinweise zur theoretischen Fortbildung:

Sofern die Leistungserbringerin/ der Leistungserbringer über einen qualifizierten Berufsabschluss nach dem Krankenpflegegesetz verfügt und in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung mindestens vier Jahre in diesem Beruf tätig war, reduziert sich die theoretische Fortbildung auf 80 Stunden.

Hinweise zur praktischen Fortbildung:

Sind in den letzten 24 Monaten vor Antragstellung bereits selbständige Hausbesuche in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen entsprechend GOP 40240/40260 bzw. der GOP 38100/38105 durchgeführt worden, werden diese mit jeweils 30 Minuten auf die Pflicht zur praktischen Fortbildung angerechnet. Werden im Rahmen der Fortbildungsmaßnahme Praktika bei sozialen Netzwerkpartnern der Hausarztpraxis absolviert, können diese ebenfalls auf die Pflicht zur praktischen Fortbildung angerechnet werden.

Hinweis zur Fortbildung Notfallmanagement:

Der Kurs ist alle **drei Jahre** zu wiederholen und der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland nachzuweisen.

Sie/er hat an der Fortbildung Notfallmanagement am _____ teilgenommen (bitte Nachweis beifügen).

Allgemeine Hinweise:

Die Nachweise dürfen bei Antragstellung nicht älter als **fünf Jahre** sein.

Die Genehmigung wird erteilt, wenn der Kassenärztlichen Vereinigung **jährlich** durch eine Erklärung der Praxis die Anstellung eines/von nicht-ärztlichen Praxisassistenten mit **mindestens 20 Wochenstunden** angezeigt wird.

Die Genehmigung ist zu widerrufen, wenn die Abrechnungsvoraussetzungen der Anstellung der Leistungserbringerin/des Leistungserbringers bei dem beantragenden Arzt nicht mehr gegeben sind.

Das Auflösen des Beschäftigungsverhältnisses mit dem angestellten nicht-ärztlichen Praxisassistenten ist der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland unverzüglich mitzuteilen.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin

Mit meiner/unserer Unterschrift erkläre/n ich/wir, dass mein/e/unsere o. g. Mitarbeiter/in die Voraussetzungen gemäß der Delegations-Vereinbarung (Anlage 8 BMV-Ä) und des EBM erfüllt.

Mir/uns ist bekannt, dass gemäß Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland über die Gebührenordnung nach § 20 Abs. 2 der Satzung eine Gebühr zu zahlen ist.

Ich/wir versichere/versichern die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum

ggf. Stempel

Unterschrift aller in der/im Praxis/Gemeinschaftspraxis/MVZ tätigen Ärzte