

Hinweisblatt

## Was muss eine VERAH® tun, um Entlastende Versorgungsassistentin (=Nicht-ärztliche Praxisassistentin) zu werden?

### Anforderungen bei der Anrechnung von VERAH® auf EVA- Entlastende Versorgungsassistentin, bzw. NÄPA- Nicht-ärztliche Praxisassistentin.

Auf Basis der Vereinbarung zwischen der Bundesärztekammer und dem Deutschen Hausärzterverband/Institut für hausärztliche Fortbildung (IhF) bietet die Ärztekammer Nordrhein den in ihrem Kammerbereich tätigen Medizinischen Fachangestellten mit einem VERAH®-Abschluss die Möglichkeit, das EVA-Zertifikat zusätzlich zu erlangen. Gemäß der Vereinbarung gelten folgende Bedingungen:

Berufserfahrung der MFA:	Zusätzlich zum VERAH-Abschluss zu erbringen:	Anfallende Gebühren bei der Nordrhein. Akademie: (Gebühren anderer Anbieter sind bitte dort zu erfragen)
weniger als 5 Jahre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>40 Unterrichtseinheiten (UE):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arzneimittelversorgung (8UE, <b>Pflicht</b>)</li> </ul> </li> </ul> <p>sowie entweder in Form von VERAH<sup>plus</sup>-Kursen, z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sterbebegleitung (6UE),</li> <li>• Schmerz (4UE),</li> <li>• Demenz (4UE) oder</li> <li>• Ulcus cruris (6UE)</li> </ul> <p>und/oder in Form von Modulen aus dem EVA-Curriculum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Häufige Krankheitsbilder in der hausärztl. Praxis (20UE)</li> <li>• Häufige Untersuchungsverfahren in der Praxis (8UE)</li> <li>• Psychosomatische und psychosoziale Patientenversorgung (15UE)</li> </ul>	<p>56,-€</p> <p>Anbieter: IhF</p> <p>140,-€</p> <p>56,-€</p> <p>105,-€</p>



Nach bestandener Prüfung und nach Eingang der erhobenen Prüfungs- und Bearbeitungsgebühr in Höhe von EUR 80,00 wird Ihnen das Zertifikat „Entlastende Versorgungsassistentin - EVA“ (=Nicht-ärztliche Praxisassistentin) der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, postalisch zugestellt.

Bitte richten Sie Ihren formlosen Antrag mit den erforderlichen Anlagen an folgende Anschrift:

**Ärztekammer Nordrhein  
Nordrheinische Akademie f. ärztl. Fort- u. Weiterbildung  
Frau Cremer  
Tersteegenstr. 9  
40474 Düsseldorf**

Für Fragen stehen Ihnen Frau Anja Cremer ([anja.cremer@aekno.de](mailto:anja.cremer@aekno.de), 0211/4302-2835) und Frau Tanja Kohnen ([tanja.kohnen@aekno.de](mailto:tanja.kohnen@aekno.de), 0211/4302-2834) zur Verfügung.

Düsseldorf, im Oktober 2015

Anhang: Formular Hausbesuchsbescheinigung

## Bescheinigung und Eignungsbestätigung zur Durchführung von Hausbesuchen

Die Medizinische Fachangestellte (MFA)

\_\_\_\_\_ (Name), geb. \_\_\_\_\_,

hat unter meiner Aufsicht und Anleitung \_\_\_\_\_ begleitete und \_\_\_\_\_ (Anzahl) eigenständige Hausbesuche durchgeführt.

Die persönliche und fachliche Eignung auf Grund folgender Kompetenzen liegt vor:

- Die MFA verfügt über ausreichende Erfahrung im täglichen Umgang mit Patienten in der Hausarztpraxis.
- Die MFA zeichnet sich besonders durch Zuverlässigkeit, Selbstständigkeit, Loyalität und Ehrlichkeit aus.
- Die MFA bereitet sich gründlich auf den Hausbesuch vor, informiert sich durch Einsicht in die Patientenakte und organisiert alle notwendigen Dokumente und Assessmentunterlagen für den Besuch.
- Die MFA kennt die Notwendigkeit verschiedener Verfahren zur Funktions- und Fähigkeitseinschätzung und kann diese umsetzen.
- Die MFA schätzt das häusliche Umfeld ein, erkennt gesundheitsschädliches Verhalten und nimmt andere Gefahrenquellen (Stolperfallen, Dekubitusgefahr, etc.) wahr.
- Die MFA macht Vorschläge zu präventiven Maßnahmen, um einen gesundheitsfördernden Lebensstil zu erreichen und das Wohlbefinden des Patienten zu erhalten.
- Die MFA pflegt einen vertrauensvollen Umgang mit dem Patienten und dessen Angehörigen, wahrt deren Intimsphäre und kommuniziert angemessen.
- Die MFA ist mit der Koordinierung und Organisation von Hilfsmaßnahmen mit sozialen Einrichtungen, Pflegediensten, Krankenkassen, etc. vertraut.

Sie ist daher qualifiziert, delegierbare Leistungen unter ärztlicher Verantwortung auch im Rahmen von Hausbesuchen durchzuführen.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Hausärztin/  
des Hausarztes