

Arztstempel
-------------

## Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Potenzialerhebung zur Verordnung von Außerklinischer Intensivpflege

### Allgemeine Hinweise:

Antragsteller ist die Arztpraxis. Arztpraxis in diesem Sinne ist der Vertragsarzt in Einzelpraxis, eine Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), der Träger eines zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), ermächtigtes Institut oder ein ermächtigter Arzt. Die Genehmigung wird arzt- und/ oder betriebsstättenbezogen erteilt.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Bitte füllen Sie den Antrag vollständig und in Druckbuchstaben aus.

### Antragsteller

Name der Arztpraxis/ der BAG/ des MVZ/ des Instituts

--

Anschrift der Hauptbetriebsstätte


### Die Antragstellung erfolgt für

Name, Vorname

Lebenslange Arztnr. (falls vorhanden)

--	--

Fachrichtung

--

Vertragsarzt    Angestellter Arzt    Privatarzt    Krankenhausarzt

Aufnahme der Tätigkeit ab \_\_\_\_\_

Ansprechpartner für Rückfragen: \_\_\_\_\_  
Name, Telefonnummer, E-Mail

## Angaben für Privatärzte/Krankenhausärzte

---

---

---

Angabe der **Praxisanschrift**; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort , zus. Geburtsort,  
Geburtsdatum und Staatsangehörigkeit

**Hinweis:** Die Approbationsurkunde und die Facharzturkunde sind diesem Antrag in Kopie beizufügen.

### Fachliche Qualifikation

Ich bin Facharzt für/mit:

- einer Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
  - Innere Medizin und Pneumologie
  - Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit  
in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von  
langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
  - Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie oder Neurologie mit mindestens 12-monatiger  
einschlägiger Tätigkeit in der der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die  
Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten  
Beatmungsentwöhnungs-Einheit
  - mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung  
auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten  
Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- oder
- mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der  
neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation  
(Dieser Nachweis berechtigt zur Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle  
bei nicht beatmeten Versicherten.)

## Fachliche Qualifikation für die Potenzialerhebung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen

Ich bin Facharzt für/mit:

- Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum
- Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum
- mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen auf einer hierfür spezialisierten stationären Einheit, in einer entsprechend hierfür spezialisierten Hochschulambulanz oder in einem entsprechend hierfür spezialisierten sozialpädiatrischen Zentrum

## Fachliche Qualifikation für die Potenzialerhebung bei jungen Volljährigen

Ich bin Facharzt für/mit:

- Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem entsprechend hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V
- mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem entsprechend hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V

**Hinweis:** Die Urkunde über die Berechtigung zum Führen der Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung sowie ggf. weitere Nachweise sind diesem Antrag in Kopie beizufügen.

## Rechtlicher Hintergrund

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/ AKI-RL)

## Gebühren

Für die Bearbeitung von Anträgen auf Abrechnungsgenehmigungen, die ein Mitglied der KVH innerhalb von 12 Monaten nach Beginn der Mitgliedschaft vollständig stellt, werden höchstens Gebühren bis zu 300,00 € erhoben.

- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € bitte ich mit sofortiger Wirkung von meinem Honorarkonto bei der Kassenärztlichen Vereinigung abzubuchen.
- Die für diesen Antrag fällige Gebühr in Höhe von 100,00 € zahle ich auf das Konto der Kassenärztlichen Vereinigung ein.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.

IBAN: DE36 3006 0601 0001 3350 06

BIC: DAAEDEDXXX

Vermerk: Außerklinische Intensivpflege Potenzialerhebung

\_\_\_\_\_ Arztname

**Hinweis:** Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass Ihr Antrag erst bearbeitet werden kann, wenn die Gebühr bei der Kassenärztlichen Vereinigung eingegangen ist oder einer Abbuchung vom Honorarkonto zugestimmt wurde.

## Rechtlicher Hintergrund

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg für besondere Verwaltungstätigkeiten auf der Grundlage des § 59 Abs. 1 der Satzung KVH

## Datenschutz

Die Information der betroffenen Person bei der Erhebung von personenbezogenen Daten gemäß Art. 13 und 14 DSGVO der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg (KVH) finden Sie auf unserer Homepage. Bei weiteren Fragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung "Mitgliederservice und Beratung" unter 040 / 22 802 802.

## Hinweise zur Genehmigungserteilung

Bitte beachten Sie,

- dass Privatärzte die LANR und BSNR sowie die Krankenhäuser die BSNR im Nachgang der erteilten Genehmigung von der Abteilung Arztregister erteilt bekommen,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der Genehmigungsbescheid zugegangen ist,
- dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag der Praxisaufnahme erbringen und abrechnen dürfen,
- dass wir Ihnen diese Genehmigung in der Regel binnen eines Monats nach Antragseingang erteilen können, wenn uns die erforderlichen Nachweise vollständig vorliegen und vor Genehmigungserteilung nicht noch zusätzlich eine fachliche Prüfung (Kolloquium) erfolgreich absolviert werden muss,
- dass Sie zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind,
- dass zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikationen nach §§ 8 oder 9 diese in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht werden. Daneben werden im Nationalen Gesundheitsportal auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen oder Ärzte und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser veröffentlicht, welche nach § 37c Absatz 1 SGB V zur Erhebung gemäß § 5 berechtigt sind und zu diesem Zweck an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Antragsteller**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Name in Druckbuchstaben**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Angestellter**

**Unterschriftenformular zum  
Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung  
von genehmigungspflichtigen Leistungen in einer BAG**

**Hinweis:** Heften Sie dieses Formular an den gewünschten Antrag und reichen Sie beides zusammen bei der KVH ein

BAG	Datum ab
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**(Name des Anstellenden)**

Name, Vorname des Angestellten	Anstellungsdatum
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

**Hinweis:** Es sind die Unterschriften **aller** BAG-Partner erforderlich oder die eines Unterschriftenbevollmächtigten. Reicht der Platz nicht aus, kopieren Sie bitte diese Seite in ausreichender Anzahl. Bei Unterschrift eines Bevollmächtigten, legen Sie bitte eine Kopie der Vollmacht bei.

<input style="width: 95%;" type="text"/>
--

Ort/Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des BAG-Partners

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel