

## Antrag auf Genehmigung: Potenzialerhebung zur außerklinischen Intensivpflege

### Vertragsärzte

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

(Name des Arztes<sup>1</sup>, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: \_\_\_\_\_

**oder** Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

### Krankenhäuser und Privatärzte

Krankenhaus/Privatpraxis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Name des Leistungserbringers: \_\_\_\_\_

**-weitere Leistungserbringer bitte separat benennen**

**Sofern der Leistungserbringer nicht im Arztregister eingetragen ist: Approbationsurkunde und notwendige Urkunden (siehe Punkt „Fachliche Voraussetzungen“) -bitte beifügen-**

### Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter [www.kvsh.de/datenschutz](http://www.kvsh.de/datenschutz).

### Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV \_\_\_\_\_ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

**\*Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

### Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

alle mir erteilten Betriebsstätten

**Fachliche Voraussetzungen\***

---

Facharzt (**Eigenerklärung nicht erforderlich**)

- für Innere Medizin und Pneumologie  mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin  
 für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie

Fachgebiet (**Eigenerklärung erforderlich**)

- Anästhesiologie  Neurochirurgie  
 Chirurgie  Neurologie  
 Kinder- und Jugendmedizin  weitere Fachärzte  
 Innere Medizin

**Unterschrift(en)**

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
ggf. Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Praxisinhaber / Geschäftsführung MVZ bzw. Krankenhaus

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**  
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

\_\_\_\_\_  
Angestellte Person

# Eigenerklärung

Name des Leistungserbringers:

Durch die Bestätigung der nachfolgenden Angaben werden keine Zeugnisse zum Nachweis der fachlichen Qualifikation benötigt. (Nähere Ausführungen zur Definition der Einheiten und Zentren entnehmen Sie bitte § 8 der AKI Richtlinie und den tragenden Gründen des G-BA.)

## Potenzialerhebung

---

- I bei beatmeten und/oder trachealkanülierten Patienten
- II nur zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten
- III nur bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen
- IV nur bei jungen Volljährigen

## Anästhesiologie

---

- I 6-monatige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- II mind. 18-monatige Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- III 6-monatige Tätigkeit auf einer hierfür spezialisierten Einheit
- IV 6-monatige einschlägige Tätigkeit (Eigenerklärung) in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V

## Innere Medizin

---

- I mind. 12-monatige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- II mind. 18-monatige Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- III 18-monatige Tätigkeit auf einer hierfür spezialisierten Einheit
- IV 18-monatige einschlägige Tätigkeit (Eigenerklärung) in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V

## Chirurgie

---

- I mind. 12-monatige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- II mind. 18-monatige Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- III 18-monatige Tätigkeit auf einer hierfür spezialisierten Einheit
- IV 18-monatige einschlägige Tätigkeit (Eigenerklärung) in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V

### Neurochirurgie

---

- I mind. 12-monatige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- II mind. 18-monatige Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- III 18-monatige Tätigkeit auf einer hierfür spezialisierten Einheit
- IV 18-monatige einschlägige Tätigkeit (Eigenerklärung) in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V

### Neurologie

---

- I mind. 12-monatige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- II mind. 18-monatige Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- III 18-monatige Tätigkeit auf einer hierfür spezialisierten Einheit
- IV 18-monatige einschlägige Tätigkeit (Eigenerklärung) in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V

### Kinder- und Jugendmedizin

---

- I mind. 18-monatige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- II mind. 18-monatige Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- III 12-monatige Tätigkeit auf einer hierfür spezialisierten Einheit
- IV 18-monatige einschlägige Tätigkeit (Eigenerklärung) in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V

### Weitere Fachärzte

---

- I mind. 18-monatige Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- II mind. 18-monatige Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation
- III 18-monatige Tätigkeit auf einer hierfür spezialisierten Einheit
- IV 18-monatige einschlägige Tätigkeit (Eigenerklärung) in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V

Hiermit bestätige ich die Erfüllung der Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 8 der AKI-Richtlinie im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege.

### Unterschrift

---

Datum

Leistungserbringer