



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung und Sicherstellung

**ANTRAG**  
**auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Potentialerhebung**  
**von Außerklinischer Intensivpflege**  
gemäß der Richtlinie des G-BA (AKI-RL)

**I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:**

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

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

FA für: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Tätigkeit in / als:

Eigener Niederlassung

Ermächtigung

Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ

Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: \_\_\_\_\_

bei: \_\_\_\_\_

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht  
(ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. \_\_\_\_\_

(Adresse)

2. \_\_\_\_\_

(Adresse)

## II. Fachliche Voraussetzungen

### 1. Beatmungsentwöhnung (Weaning) - einschließlich Dekanülierung

FA f. mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin

FA f. Innere Medizin und Pneumologie

FA f. Anästhesiologie mit Nachweis einer 6-monatigen Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit

FA f. Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit Nachweis einer mind. 12-monatigen Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit

weitere Fachärzte mit Nachweis einer mind. 18-monatigen Tätigkeit auf einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit

#### Erklärung spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit:

Eine auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierte Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist eine spezielle interdisziplinäre Einrichtung, die die besonderen Anforderungen der Respiratorentwöhnung bei langzeitbeatmeten Versicherten erfüllt. Eine solche Einheit hat einen Schwerpunkt in der Versorgung von Versicherten im und nach prolongiertem Weaning und in der Einleitung, Kontrolle und Betreuung von Versicherten mit außerklinischer Beatmung.

Ein Nachweis der Tätigkeit, in dem der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen hervorgeht, ist dem Antrag beizufügen (z.B. Zeugnis, Erklärung durch den Arbeitgeber)

und/oder

### 2. Entfernung Trachealkanüle bei nicht beatmeten Patienten (Dekanülierung) – ohne Weaning

Alle Fachärzte mit Nachweis einer mind. 18-monatigen Tätigkeit in einer stationären-Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

Ein Nachweis der Tätigkeit, in dem der Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen hervorgeht, ist dem Antrag beizufügen (z.B. Zeugnis, Erklärung durch den Arbeitgeber)

**III. Erklärung**

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am ..... erhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: **qs@kvbb.de**

Im Falle einer Genehmigung bin ich  einverstanden  
 nicht einverstanden

dass mein Name an Kollegen bzw. Institutionen weitergegeben wird.

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

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Antragstellers**

\_\_\_\_\_  
**Im Falle der Anstellung:  
Unterschrift Ärztl. Leiter der  
Einrichtung/MVZ  
bzw. Unterschrift des Praxisinhabers**

**Hinweis:**

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.