



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 für teilnehmende Krankenhäuser/Privatärzte
gemäß der Richtlinie des G-BA (AKI-RL)**

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

LANR (falls vorhanden): _____

FA für: _____

Anschrift (privat): _____

Tätigkeit:

☐ privatärztlich tätig

☐ angestellter Arzt in einem Krankenhaus

Name/Anschrift Krankenhaus:

Die beantragten Leistungen werden an folgenden Leistungsorten erbracht:

1. _____
(Adresse)

2. _____
(Adresse)

Bitte beachten:

Mit Genehmigung sind dem Antragsteller versorgungsspezifische Abrechnungsnummern (LANR/BSNR) zu erteilen. Gemäß Gebührensatzung der KVBB wird für die Vergabe einer LANR und/oder BSNR jeweils eine Gebühr von 25 € erhoben.

Stand: 01/2026

II. Fachliche Voraussetzungen

Approbationsurkunde ist im Original zur Einsichtnahme oder in Form einer beglaubigten Kopie dem Antrag beigelegt ☐

1. Beatmungsentwöhnung (Weaning) - einschließlich Dekanülierung

FA f. mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin ☐

FA f. mit Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie ☐

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.

Ebenfalls einschlägige Tätigkeiten auf Kinderintensivstationen sowie Einheiten der neuropädiatrischen Frührehabilitation oder Querschnittszentren, die beatmete und trachealkanülierte Kinder und Jugendliche behandeln werden anerkannt. Weiterhin wird die Tätigkeit in Sozialpädiatrischen Zentren sowie Hochschulambulanzen, soweit diese jeweils auf die Behandlung von beatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Kindern und Jugendlichen spezialisiert sind, anerkannt

Facharzturkunde/Nachweis der Zusatzbezeichnung ist im Original zur Einsichtnahme oder in Form einer beglaubigten Kopie einzureichen. Beglaubigte Unterlagen dürfen max. 3 Monate alt sein.
Liegt eine Eintragung in einem Arztregister aus einem anderen Bundesland vor, genügt ein Auszug des Arztregisters.

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.	Sonstige Angaben
------	------------------

Bitte verwenden Sie für die Honorarabrechnung folgende Bankverbindung:

Bank/Kreditinstitut: _____

BIC: _____

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

IV. Erklärung

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren:

qs@kvbb.de

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Im Falle der Anstellung:

**Unterschrift Ärztl. Leiter des
Krankenhauses**

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.