

**Antrag für Krankenhäuser auf Genehmigung zur Durchführung und  
Abrechnung von Leistungen zur Potenzialerhebung von Außerklinischer  
Intensivpflege gemäß der Richtlinie des G-BA (AKI-RL)**

**Krankenhaus:** \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**BSNR:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner:** \_\_\_\_\_

**Fachliche Qualifikation für potenzialerhebende Ärzte**

**Genehmigungsvoraussetzung:**

- Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
- Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- Facharzt für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Facharzt für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie, Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Weitere Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- Fachärzte mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation für die Erhebung des Potenzials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten

**Für folgende angestellte Fachärzte im Krankenhaus wird die o.g. Genehmigung beantragt:**

**WICHTIG: Bitte fügen Sie zu jedem Facharzt die entsprechende Facharzturkunde sowie die erforderlichen Zeugnisse bei!**

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Facharzt für \_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_
  
2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Facharzt für \_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_
  
3. Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Facharzt für \_\_\_\_\_  
Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Weitere Leistungserbringer bitte wir bei Bedarf separat in der Anlage 1 zu benennen.**

**Achtung!**

Für die Potenzialerhebung i.R.d. außerklinischen Intensivpflege erhalten Krankenhäuser für angestellte Ärzte bei Nachweis der entsprechenden Qualifikation eine gesonderte Betriebsstättennummer (BSNR). Die Vergabe der BSNR erfolgt durch die KVSA automatisch bei Vorliegen der Voraussetzungen mit Erteilung der Abrechnungsgenehmigung.

**Einverständniserklärung**

Der Antragsteller gibt sein Einverständnis zur Veröffentlichung seiner Daten zum Zweck der differenzierten Kontaktaufnahme in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V.

Der Antragsteller erteilt das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall im Rahmen der Antragsbearbeitung hinsichtlich der Weiterbildung und fachlichen Qualifikation erforderliche Informationen und Nachweise bei anderen Kassenärztlichen Vereinigung und Ärztekammern einholen kann.

**Allgemeine Hinweise:**

Jede Veränderung ist der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt unverzüglich anzuzeigen.

**Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.**

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

\_\_\_\_\_  
Krankenhausstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift