

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-689
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

**Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen zur Potenzialerhebung
i. R. d. außerklinischen Intensivpflege**

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

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigter	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt oder Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG _____ Name des Krankenhauses des Arztes

Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____

Leistungen

- Beatmungsentwöhnung (Weaning) – einschließlich Dekanülierung
- Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Patienten (Dekanülierung) – ohne Weaning
- GOP 37700 EBM Erhebung unter Verwendung des Vordruckes nach Muster 62 Teil A. Die GOP stellt die Grundleistung dar (Dauer mindestens 20 min.) und ist daher auch bei der Erhebung in Form einer Videosprechstunde berechnungsfähig
- GOP 37701 EBM Zuschlag zur GOP 37700 bei Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuchs
- GOP 37704 EBM Durchführung einer Schluckendoskopie (FEES)
- GOP 37705 EBM Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutanalyse
- GOP 37706 EBM Grundpauschale für Ärzte und Krankenhäuser gemäß § 5 Absatz 2 Satz 2 AKI-RL, welche zum Zweck der Potenzialerhebung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen
- GOP 37714 EBM Pauschale für einen konsiliarisch tätigen Arzt, sofern keine Grund- oder Versichertenpauschale berechnet wird. Sie ist auch bei der konsiliarischen Einbindung im Rahmen der Verordnung berechnungsfähig

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß § 8 AKI-RL

Erhebung zur Beatmungsentwöhnung (Weaning) – einschließlich Dekanülierung bei Erwachsenen

- FA mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- FA für Innere Medizin und Pneumologie
- FA für Anästhesiologie
 - Nachweis einer mindestens 6-monatigen einschlägigen Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit wurde dem Antrag beigefügt
- FA für Innere Medizin oder Chirurgie oder Neurochirurgie oder Neurologie
 - Nachweis einer mindestens 12-monatigen einschlägigen Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit wurde dem Antrag beigefügt
- weitere FA-Gruppen
 - Nachweis einer mindestens 18-monatigen einschlägigen Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit wurde dem Antrag beigefügt

Erhebung zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Patienten (Dekanülierung) – ohne Weaning bei Erwachsenen

- weitere FA-Gruppen
 - Nachweis einer mindestens 18-monatigen einschlägigen Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation wurde dem Antrag beigefügt
Dies gilt nur für die Erhebung des Potentials zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten

Erhebung zur Beatmungsentwöhnung (Weaning) – einschließlich Dekanülierung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen

- FA für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie
- FA für Anästhesiologie
 - Nachweis einer mindestens 6-monatigen einschlägigen 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 wurde dem Antrag beigefügt
- FA für Kinder und Jugendmedizin
 - Nachweis einer mindestens 12-monatigen einschlägigen 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 wurde dem Antrag beigefügt
- weitere FA-Gruppen
 - Nachweis einer mindestens 18-monatigen einschlägigen 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 wurde dem Antrag beigefügt

Erhebung zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Patienten (Dekanülierung) – ohne Weaning bei Kindern, Jugendlichen und jungen Volljährigen

- FA für Anästhesiologie
 - Nachweis einer mindestens 6-monatigen einschlägigen Tätigkeit in der Behandlung bei jungen Volljährigen von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum (MZEB) nach § 119c SGB V wurde dem Antrag beigefügt
- weitere FA - Gruppen
 - Nachweis einer mindestens 18-monatigen einschlägigen Tätigkeit in der Behandlung bei jungen Volljährigen von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum (MZEB) nach § 119c SGB V wurde dem Antrag beigefügt

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird.

Es ist bekannt, dass zum Zwecke der differenzierten Kontaktaufnahme die Vertragsärzte, auch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht werden, gemäß § 8 Absatz 6 AKI-RL.

Einverständniserklärung zur Veröffentlichung meiner Praxisdaten auf der Website der KV Berlin im Zusammenhang mit der Außerklinischen Intensivpflege

- Ja, ich bin mit der Veröffentlichung meiner Praxisdaten einverstanden
 Nein, ich bin nicht mit der Veröffentlichung meiner Praxisdaten einverstanden

Es ist weiterhin bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung zur Potenzialerhebung i. R. d. außerklinischen Intensivpflege erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung i. V. m. der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Potenzialerhebung der außerklinischen Intensivpflege (AKI-RL). Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)