

Bitte zurücksenden an !

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung &  
Mitgliederservice Sonderverträge  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**KV** + KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN

## Außerklinische Intensivpflege

### Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Potenzialerhebung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege

**Rechtsgrundlage: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL)**

*Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts. Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.*

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.*

## Allgemeine Angaben

### Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_ LANR \_\_\_\_\_

Privatanschrift \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum der Approbation: \_\_\_\_\_

### Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen.  
Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum \_\_\_\_\_

Qualitätssicherung  
Team 2

Tel 069 24741-7300  
Fax 069 24741-68832  
qs.fb6@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

**Art der Tätigkeit<sup>1</sup>:**

Vertragsarzt in  Einzelpraxis  MVZ  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Angestellter Arzt

in Praxis/BAG \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes

in MVZ \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des MVZ

Ermächtigter Arzt \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name der Einrichtung

Instituts-  
Ermächtigung \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters

Sicherstellungs-  
Assistent \_\_\_\_\_ BSNR \_\_\_\_\_  
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

**Praxisanschrift:**

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

\_\_\_\_\_ HBSNR: \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

**Leistungserbringung bei Erwachsenen** (bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Leistungserbringung nach § 8 AKI-RL Abs. 1 Nr. 1-5 (Potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte zur Beatmungsreduzierung bis zur Entwöhnung bzw. Dekanülierung)**
- Fachärztin oder Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
  - Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
  - Fachärztin oder Facharzt für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.
  - Fachärztin oder Facharzt für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie oder Neurologie mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit.
  - Weitere/r Fachärztin oder Facharzt mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- ODER
- Leistungserbringung nach § 8 Abs. 1 Nr. 6 AKI-RL (Potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte zur Entfernung der Trachealkanüle bei nicht beatmeten Versicherten)**
- Weitere/r Fachärztin oder Facharzt mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation

***Dem Antrag sind Nachweise der Tätigkeit, in dem die Kenntnisse und Erfahrungen erlangt wurden, in Kopie beizufügen.***

***Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.***

## Leistungserbringung bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen

(bitte alles Zutreffende ankreuzen)

- Leistungserbringung nach § 8 Abs. 2 Nr. 1-4 AKI-RL (Potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte zur Beatmungsreduzierung bis zur Entwöhnung bzw. Dekanülierung bei Kindern und Jugendlichen)**
- Fachärztin oder Facharzt Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie
  - Fachärztin oder Facharzt für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger 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
  - Fachärztin oder Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12- monatiger einschlägiger 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
  - Weitere/r Fachärztin oder Facharzt mit mindestens 18-monatiger einschlägiger 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
- Leistungserbringung nach § 8 Abs. 2 Satz 2 AKI-RL (Potenzialerhebende Ärztinnen und Ärzte zur Beatmungsreduzierung bis zur Entwöhnung bzw. Dekanülierung bei jungen Volljährigen)**
- Fachärztin oder Facharzt für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem entsprechend hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V
  - Weitere/r Fachärztin oder Facharzt mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in der Behandlung von langzeitbeatmeten oder trachealkanülierten, nicht beatmeten Versicherten in einem entsprechend hierfür spezialisierten medizinischen Behandlungszentrum nach § 119c SGB V

**Dem Antrag sind Nachweise der Tätigkeit, in dem die Kenntnisse und Erfahrungen erlangt wurden, in Kopie beizufügen.**

**Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.**

### Formularbestellung

Zur Dokumentation der Potenzialerhebung wird **Muster 62A** (Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierungspotenzial gemäß AKI-Richtlinie des G-BA) genutzt.

- Ja, bitte übersenden Sie mir einen Satz Muster 62A.
- Nein, ich benötige keine Muster, da ich Blankoformularbedruckung nutze.

### Erklärungen und Hinweise

- Nach § 8 Abs. 5 der Außerklinischen Intensivpflege-Richtlinie (AKI-RL) ist die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Potenzialerhebung im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung wird erteilt, wenn die fachlichen Voraussetzungen gemäß der AKI-RL erfüllt sind. Rückwirkende Abrechnungsgenehmigungen können nicht erteilt werden.
- Mir sind die Ziele und Inhalte der AKI-RL sowie die Verpflichtungen die sich im Rahmen der AKI-RL ergeben bekannt und ich erkenne diese an.
- Für Ärztinnen und Ärzte die eine Ermächtigung bzw. eine eingeschränkte Zulassung zur Teilnahme an der vertraglichen Versorgung beantragt haben, kann eine Genehmigung zur Abrechnung der beantragten Leistungen nur im Rahmen der ausgesprochenen Ermächtigung bzw. im Rahmen der eingeschränkten Zulassung wirksam werden.
- Änderungen hinsichtlich der Genehmigung und des Zulassungsstatus sind der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich mitzuteilen
- Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der beantragten Abrechnungsgenehmigung im Rahmen der vertraglichen Tätigkeit führen können.
- Ich bin damit einverstanden, dass zum Zwecke der differenzierten Kontaktaufnahme mit der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt mit Qualifikation nach § 8 der AKI-RL meine Daten in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Absatz 2 SGB V veröffentlicht werden. Außerdem bin ich damit einverstanden, dass meine Genehmigung zur Leistungserbringung auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unter „Arztsuche – Genehmigungen“ bekannt gegeben wird.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des Antragsstellers

.....  
ggf. Praxisstempel

#### Gilt nur für angestellte bzw. beschäftigte Ärzte

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des MVZ-Leiters bzw.  
Unterschrift des anstellenden Arztes

.....  
Stempel.

Stand: Juni 2025