KV RLP | HV Mainz | Postfach 2567 | 55015 Mainz
Abteilung Qualitätssicherung

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/224708

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG
RHEINLAND-PFALZ

A N T R A G

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen

zur Potenzialerhebung von außerklinischer Intensivpflege

Richtlinie über die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V
(Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie/AKI-RL)

I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel Vorname, Name ..... geb. am

Gebiets- oder Facharztbezeichnung

Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) ..... Telefon

E-Mail-Adresse

Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) ..... Telefon

Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) ..... Telefon

weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

☐ Einzelpraxis

☐ Berufsausübungsgemeinschaft

☐ Angestellter Arzt

☐ ausschließlich zur Potenzialerhebung gemäß § 37 C Absatz 1 SGB V (z. B. privatärztlich tägiger Arzt)

Ich bin im Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz eingetragen:

☐ ja ☐ nein

Den Antrag (www.kv-rlp.de/498039) zur Eintragung in das Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz habe ich gestellt:

☐ ja _____ ☐ nein
Datum

II. Leistungsumfang

Folgende Leistungen (GOP-EBM) werden zur Potenzialerhebung gemäß § 5 der AKI-RL beantragt:

GOP - EBM	Leistungslegende
☐ 37700	Potenzialerhebung (gemäß § 5 der AKI-RL) auf Formular 62A
und	
37701	Zuschlag zur GOP 37700 EBM bei Durchführung der Erhebung im Rahmen eines Besuches
37704	Zuschlag zur GOP 37700 EBM für Schluckendoskopie
37705	Zuschlag zur GOP 37700 EBM für Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse

III. Fachliche Anforderungen zur Qualifikaton der potenzialerhebenden Ärztinnen und Ärzte gemäß § 8 AKI-RL

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zur Potenzialerhebung gemäß § 5 der AKI-RL wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

☐ ja (bitte Bescheid beifügen) ☐ nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

☐ ja ☐ nein

oder

☐ Ich bin im Besitz einer Facharztanerkennung im Fachgebiet:
_____

und

☐ Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.

oder

☐ Ich bin Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie.

oder

☐ Ich bin Facharzt für Anästhesiologie.

und

☐ weise zusätzlich zu meiner Aus- und Weiterbildungszeit im Fachgebiet Anästhesiologie weitere 6 Monate einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnung-Einheit nach.

oder

Ich bin Facharzt für

☐ Innere Medizin

☐ Chirurgie

☐ Neurochirurgie

☐ Neurologie

☐ Kinder- und Jugendmedizin

und

☐ weise zusätzlich zu meiner Aus- und Weiterbildungszeit im v. g. Fachgebiet weitere 12 Monate einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnung-Einheit nach.

oder

☐ Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung für folgendes klinisches Fach:

_____

und

☐ weise zusätzlich zu meiner Aus- und Weiterbildungszeit im v. g. Fachgebiet weitere 18 Monate einschlägige Tätigkeit in der prolongierten Beatmungsentwöhnung auf einer auf die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Versicherten spezialisierten Beatmungsentwöhnung-Einheit nach.

oder

☐ weise zusätzlich zu meiner Aus- und Weiterbildungszeit im v. g. Fachgebiet weitere 18 Monate einschlägige Tätigkeit in einer stationären Einheit der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation nach.

Bitte fügen Sie die entsprechenden Urkunden/Zeugnisse/Bescheinigungen bei, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen.

IV. Einverständnis

☐ Ich erkläre, zum Zweck der differnierzierten Kontaktaufnahme, mein Einverständins, dass folgende Informationen meinerseits in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals nach § 395 Abs. 2 SGB V veröffentlicht werden darf:

a. Arztname und Kontaktdaten

b. Fachgebietsbezeichnung

c. Genehmigungsumfang

V. Voraussetzungen für Privatärztinnen und Privatärzte, die ausschließlich zum Zweck der Potenzialerhebung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen dürfen:

- Vorhalten eines Praxisverwaltungssystem (PVS) mit Schnittstelle zu der KV RLP
- Vorhalten eines Zugangs zum Sicheren Netz der KVen (SNK) (www.kv-rlp.de/442612).
- Registrierung zum Mitgliederbereich der KV RLP (https://fim.kvrlp.kv-safenet.de/)

☐ Ich benötige Beratung zu dieser Thematik und bitte um Kontaktaufnahme durch die Abteilung Honorarabrechnung.

VI. Allgemeines

- Leistungen zur Potenzialerhebung von außerklinischer Intensivpflege dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung durch die KV RLP erteilt wurde.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

Datum	Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes
Datum	Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ)