



**MAIK**  
KONGRESS

**Rückfragen der Krankenkasse zur AKI-Verordnung?**  
**Fallkonstellationen und Tipps zum Ausfüllen.**  
**Speziell auch ohne Beatmung und Kanüle.**

---

24. - 25. OKTOBER 2025  
Holiday Inn Munich - City Centre

**Es bestehen keine Interessenskonflikte.**

**Erhebungsnummer:** 10-05-2022

**Name:** Maximilian Müller

**Geburtsdatum:** 1995-03-15

**Geburtsort:** München

**Telefonnummer:** 01512 3456789

**E-Mail-Adresse:** m.mueller@example.de

**Zielsetzung der Erhebung:**  
 Ermittlung des Bekanntheitsgrads der Deklaration von Lebensmittelzusatzstoffen (LZS) bei Konsumenten.  
 Identifizierung möglicher Wissenslücken und Bedürfnisse der Konsumenten hinsichtlich der Deklaration.

**Erhebungsmethode:**  
 Online-Umfrage (Webform) über die Website der Verbraucherzentrale.

**Erhebungstermin:**  
 15.03.2022 bis 31.03.2022

**Erhebungsort:**  
 Online (Webform)

**Erhebungsergebnisse:**

**Erhebungsbefragte:** 100 Personen (n = 100)

**Erhebungsergebnisse:**

**Bekanntheitsgrad der Deklaration:**

Bekanntheitsgrad	Anzahl	Prozent
Sehr gut	10	10%
Gut	20	20%
Mäßig	30	30%
Schlecht	25	25%
Sehr schlecht	15	15%

**Erhebungsbefragte:** 100 Personen (n = 100)

**Erhebungsergebnisse:**

**Bekanntheitsgrad der Deklaration:**

Bekanntheitsgrad	Anzahl	Prozent
Sehr gut	10	10%
Gut	20	20%
Mäßig	30	30%
Schlecht	25	25%
Sehr schlecht	15	15%

[illegible][illegible]

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

62A

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung  
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)


Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

--

Ergebnis der Erhebung

## Ergebnis der Erhebung

**Potenzial liegt vor**

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

M	M	J	J
---	---	---	---

**Potenzial kann perspektivisch vorliegen**

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

**Potenzial liegt nicht vor**

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Begründung

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)  
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

**Freigabe 30.05.2022**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

--	--	--	--

vom 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

 bis 

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

☐ Erstverordnung    ☐ Folgeverordnung    ☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)    ☐ Unfall

### I. Klinischer Status



## I. Klinischer Status

☐ **Beatmung, seit**

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stunden pro Tag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stunden pro Nacht

☐ **Tracheostoma, seit**

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil	<input type="text"/>

☐ **Endotracheale Absaugpflicht** durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz  ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ **Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit**

☐ **Bewusstseinsstörung, Art**

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

## II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

☐☐ Stunden je Tag

**Freigabe 30.05.2022**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Behandlungsplan

Bedarfsmedikamente für AKI

**62C**

### Notfallmanagement

### Therapieziele

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI

☐ Logopädie

☐ Physiotherapie

☐ Ergotherapie

### Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege



## Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

<input type="checkbox"/>	Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter	

<input type="checkbox"/>	Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement		
Tracheotomie		Trachealkanüle	Befeuchtung
<input type="checkbox"/> dilatativ	<input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller <input type="text"/> Innendurchmesser in mm <input type="text"/> <input type="text"/> , <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

<input type="checkbox"/>	Sekretmanagement		
Absauggerät		Inhalationsgerät	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Häufigkeit pro Tag <input type="text"/> <input type="text"/>	Medikament/Substanz <input type="text"/>

<input type="checkbox"/>	Dysphagiemanagement

<input type="checkbox"/>	Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes
Beatmungsgeräteinstellungen	

<input type="checkbox"/>	Sauerstoffinsufflation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Notfallversorgung
mit Beatmung		unter Spontanatmung		Mobilität
Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min	Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min	Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>	Flow <input type="text"/> <input type="text"/> l/min
				Dauer h/tgl. <input type="text"/> <input type="text"/>

<input type="checkbox"/>	Spezielle Hygienemaßnahmen	
--------------------------	----------------------------	--

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)


Verbindliches Muster

Freigabe 30.05.2022

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

Behandlungsabhängigkeiten

Funktionsstörung Grunderkrankung

6 Monate

12 Monate, wenn auf 62A "Potenzial liegt nicht vor" angekreuzt

Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

Von	T	T	M	M	J	J	bis	T	T	M	M	J	J
								T	T	M	M	J	J

☐ Erst-  
verordnung

☐ Folge-  
verordnung

☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10  
Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)

☐ Unfall

I. Klinischer Status

Zu Vordruck 62B, Verordnung außerklinischer Intensivpflege

## Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)

(stets Reihenfolge beachten).

### Z-Diagnosen Z00-Z99 (Feld 1, 2 ggf. 3)

Kapitel XXI **Faktoren**, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator

Z99.0 Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator (auch ohne Kanüle, z.B. im epileptischen Anfall)

Inkl.:

Abhängigkeit (langzeitig) von: Absauggerät

Abhängigkeit (langzeitig) von: Aspirator, nicht näher bezeichnet

Abhängigkeit (langzeitig) von: Geräten zum Sekretmanagement

Abhängigkeit (langzeitig) von: In-/Exsufflator (Hustenunterstützungsgerät)

Z43.0 Versorgung eines Tracheostomas (besser als Z93.0 Vorhandensein eines Tracheostomas)

## **R-Diagnosen** R00-R99 (Feld 2 oder 3)

Kapitel XVIII **Symptome** und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind

R13.- Dysphagie (nur in Verbindung mit Z99.0 bei interventionspflichtiger Aspirationsgefahr)

R13.0 Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme

R13.1 Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle (gilt auch bei ungeblockter Kanüle)

R13.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie

## **J-Diagnosen** J00-J99 (Feld 2 oder 3)

Kapitel X Krankheiten des **Atmungssystems**

J96.- Respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert

J96.1- Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert

J96.10 Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert : Typ I [hypoxämisch]

J96.11 Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert : Typ II [hyperkapnisch]

J96.19 Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert : Typ nicht näher bezeichnet

Besser als J44.- Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit

außerdem anders bedingte Beatmungspflicht

M41.- Skoliose

E66.2- Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation Inkl.: Obesitas-Hypoventilationssyndrom [OHS]



**Grunderkrankung** (Feld 4, ggf schon 3, NIEMALS Feld 1)

**G-Diagnosen** G00-G99 (mit I-Diagnosen I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten, da Schlaganfall zu Kreislauf gehört)

## Kapitel VI Krankheiten des **Nervensystems**

G12.- Spinale Muskelatrophie und verwandte Syndrome

Incl. G12.2 Motoneuron-Krankheit Inkl.: ... Lateralsklerose: myatrophisch [amyotrophisch]

G70.- Myasthenia gravis und sonstige neuromuskuläre Krankheiten

G71.- Primäre Myopathien

G71.0- Muskeldystrophie

G71.00 Muskeldystrophie, maligne [Typ Duchenne]

G71.08 Sonstige Muskeldystrophien

G71.1 Myotone Syndrome Inkl.: Dystrophia myotonica [Curschmann-Batten-Steinert-Syndrom]

G71.2 Angeborene Myopathien Inkl.: Angeborene Muskeldystrophie: o.n.A., myotubulär, Nemalin(e)-

G71.3 Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert

G71.9 Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet

G72.80 Critical-illness-Myopathie (für AKI nur relevant, wenn (sehr selten) persistierend)

G80.- Infantile Zerebralparese (für AKI nur relevant in Verbindung mit Dysphagie und Absaugpflicht)

G35.- Multiple Sklerose [Encephalomyelitis disseminata]

G40.- Epilepsie (Dass eine Epilepsie therapierefraktär ist, lässt sich nicht speziell codieren)

G82.5- Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet

G82.50 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese

G82.51 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese

G82.52 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung

G82.53 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung

G82.59 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet

G82.6-! Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes

G82.60! C1-C3

G82.61! C4-C5

G83.5 Locked-in-Syndrom

G93.1 Anoxische Hirnschädigung, anderenorts nicht klassifiziert

G93.80 Apallisches Syndrom



I69.- Folgen einer zerebrovaskulären Krankheit (besser als I60.- bis I68.- = Codierung des Schlaganfalls. Zu den "Folgen" zählen Krankheitszustände, die als Folgen oder Spätfolgen bezeichnet sind oder die ein Jahr oder länger seit Beginn des verursachenden Leidens bestehen.)

I69.0 Folgen einer Subarachnoidalblutung

I69.1 Folgen einer intrazerebralen Blutung

I69.2 Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung

I69.3 Folgen eines Hirninfarktes

I69.4 Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

I69.8 Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten

**Grunderkrankung** (Feld 4, ggf schon 3, NIEMALS Feld 1)

**G-Diagnosen** G00-G99 (mit I-Diagnosen I60-I69 Zerebrovaskuläre Krankheiten, da Schlaganfall zu Kreislauf gehört)

Kapitel VI Krankheiten des **Nervensystems**

oder

**S- und T-Diagnosen** S00-T98 (in dem Fall auf 62A „Unfall“ ankreuzen)

Kapitel XIX **Verletzungen**, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

S14.10 Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet

S14.11 Komplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarkes

S14.12 Zentrale Halsmarkverletzung (inkomplette Querschnittverletzung)

S14.13 Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarkes

S14.7-! Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes

S14.70! Höhe nicht näher bezeichnet

S14.71! C1, S14.72! C2, S14.73! C3, S14.74! C4, S14.75! C5

oder

**Q-Diagnosen** Q00-Q99

Kapitel XVII **Angeborene Fehlbildungen**, Deformitäten und Chromosomenanomalien

# I. Klinischer Status

bei NIV und invasiv nacheinander

☐ **Beatmung, seit**

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Datum der ersten Beatmung** Maximum angeben mit Zusatz z.B. "im Infekt"

Beatmungsform		Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv	ggf. "seit Tracheotomie" zufügen	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp	<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht	<input type="text"/> <input type="text"/> Stunden pro Nacht

☐ **Tracheostoma, seit**

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Trachealkanüle	auch bei Kappe	Entblockungszeiten
<input type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input type="checkbox"/> Sprechventil		nur zusammen mit Sprechventil

wenn nur Notfallabsaugung z.B. wg. Epilepsie, "b.Bed" eintragen

☒ **Endotracheale Absaugpflicht** durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz maximal Frequenz angeben: "bis..." ☒ zu unregelmäßigen Zeiten immer ankreuzen

☐ **Sonstige vitale Funktionseinschränkungen**, Art und Häufigkeit z.B. schwere Herzerkrankung, Epilepsie,

vegetative Entgleisungen, Dialyse,

☐ **Bewusstseinsstörung, Art** z.B. MCS oder PVS für Situation minimaler oder fehlender Reaktivität aber auch post-ikterische oder anderweitige Somnolenz

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt <input type="checkbox"/> Nackengriff	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl <input type="checkbox"/> Schürzengriff	<input type="checkbox"/> ja
<input checked="" type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig <input type="checkbox"/> Faustschluss	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil <input type="checkbox"/> Pinzettengriff	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		

immer ankreuzen. Im Notfall (Panik) Mitwirkung in AKI ausgeschlossen.

bei Kanüle mind. eingeschränkt

Nichts ankreuzen, stattdessen "irrelevant" hier eintragen

## II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

2 | 4

Stunden je Tag Wenn AKI-Anspruch besteht, immer 24h

### III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

☒ sind weiterhin angezeigt

☐ sind nicht mehr angezeigt  
Niemals ankreuzen

☐ werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

zusätzlich zu "sind weiterhin angezeigt", wenn vom Pat./Betreuung abgelehnt.

Weitere Erläuterungen

Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt

Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)

**Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)**

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel/Unterschrift  
des verordnenden Arztes



**Freigabe 30.05.2022**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Behandlungsplan

62C

Bedarfsmedikamente für AKI

nur Medikamente mit direktem AKI-Bezug, z.B. Notfall-Medikation bei Epileptischem Anfall, Notfall-Inhalation bei schwerem Bronchospasmus.

### Notfallmanagement

*jederzeit Absaug-( und Rekanülierungs-)Bereitschaft,*

*Beutelbeatmung bei Gerätedefekt (Intervention bei Anfall)*

### Therapieziele

*Teilhabe im familiären/sozialen Umfeld mit Förderung/Erhalt kommunikativer und haptischer*

*Ressourcen/Mitwirkung bei ADL, Komplikationsverhinderung, Leidensminderung*

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI

☐ Logopädie

☐ Physiotherapie

☐ Ergotherapie

### Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

## Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

stets ankreuzen oder Ablehnungsvermerkt des Pat./Betreuung

X

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter

SpO<sub>2</sub>, Puls, Temp., RR

Beatmungsparameter

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie		Trachealkanüle			Befeuchtung	
<input type="checkbox"/> dilatativ	<input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller	nicht der Name	Innendurchmesser in mm	<input type="checkbox"/> passiv	<input type="checkbox"/> aktiv

Sekretmanagement

wenn nur nachts aktiv, dann beides ankreuzen

Absauggerät		"bis (Maximalzahl)		Inhalationsgerät	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
				Häufigkeit pro Tag	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				Medikament/Substanz	nicht alles eintragen

Dysphagiemanagement In Verbindung mit R13,- Diagnose

NPO, gustatorische Stimulation, FOTT, FDT, orale Kost unter Aufsicht

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes

Beatmungsgeräteeinstellungen

nur Modus, (backup-)Frequenz, Druck niedrig/Druck hoch oder Volumen

Sauerstoffinsufflation

☐ ja

☐ nein

☐ Notfallversorgung

Wenn O<sub>2</sub> vorhanden, immer Notfallvers. ankreuzen

mit Beatmung		unter Spontanatmung		Mobilität	
Flow	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l/min	Dauer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h/tgl.	Flow	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l/min

Spezielle Hygienemaßnahmen

Isolierung/Umkehrisolierung, PSA, Desinfektion

Nur, wenn MRE-Besiedlung angekreuzt oder Immunproblem

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

z.B. Insufflator/Exsufflator, Rüttelweste, Atmungstherapie

Verbindliches Muster



**Medizinische Behandlungspflege** (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung

*Tracheostoma-Pflege incl. Wechsel**PEG-Pflege incl. wtl. Mobilisation*

Häufigkeit

Dauer

tgl.

wtl.

mtl.

vom

bis

x

x

x

x

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Muster 62Ca (1.2023)

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Freigabe 30.05.2022

**Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege** (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

bis

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

in meinem Haushalt

in einer vollstationären  
Pflegeeinrichtung

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

im Haushalt einer sonstigen Person

in einer Schule, Kindergarten

in einer betreuten Wohnform

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>

in einer Werkstatt für  
behinderte Menschen

in einer Wohneinheit

~~in einer sonstigen Einrichtung~~

an sonstigen geeigneten Orten

Leistungsort

Name des Leistungsortes

Straße, Haus-Nr

PLZ

--	--	--	--	--

Ort

Wird von den An- und Zugehörigen im Verordnungszeitraum die Übernahme von Leistungen angestrebt?

<input type="checkbox"/>
--------------------------

Ja, es wird die Übernahme folgender Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege  
durch An- und Zugehörige angestrebt:


<input checked="" type="checkbox"/>
-------------------------------------

Nein, es wird keine Übernahme von Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege  
durch An- und Zugehörige angestrebt.

An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ

--	--	--	--	--

Ort

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung  
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

z.B.: Z.n. frustranen Dekanülierungsversuchen, weitere kontraindiziert,

Grunderkrankung ohne Remissionspotenzial, progressive Grunderkrankung

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

*Dysphagie mit endotrachealem Absaugbedarf klinisch gesichert.*

### Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

N	M	J	J
---	---	---	---

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☒

zur Dekanülierung

Begründung

*Endotracheale Absaugpflicht bei hochgradiger Aspiration.*

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)  
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

*Wenn ärztl. indiziert oder Kanülenprobleme, amb./stat. Reevaluation zur Therapieoptimierung*

Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung  
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

Weaning-Versuche bei progressiver Grunderkrankung kontraindiziert.

Z.n. mehrfachen frustranen Weaningversuchen, weitere kontraindiziert

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik Wenn keine Dysphagie vorliegt, "irrelevant für AKI-Anspruch" eintragen

Dysphagie mit endotrachealem Absaugbedarf klinisch gesichert.

### Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

M	M	J	J
---	---	---	---

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bapw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie)

Potenzial liegt nicht vor

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Begründung

Progressive Grunderkrankung ohne Remissionspotenzial, endotracheale Absaugpflicht

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)  
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

Wenn ärztl. indiziert oder Beatmungs- bzw. Kanülenprobleme, amb./stat. Reevaluation zur

Therapieoptimierung

### Therapieoptimierung

- ☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.
- ☐ Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Niemals ankreuzen

### Weitere Erläuterungen


Ausfertigung für die Krankenkasse

Ergebnis der Erhebung  
festgestellt am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Erneute Erhebung  
geplant am

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift



Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung  
(z.B. Spontanatmungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

*Seit Jahren therapierefraktär mit tägl./nicht vorbestimmbarer Interventionspflicht wegen vitaler*

*Gefährdung*

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik      Wenn keine Dysphagie, "irrelevant für AKI-Anspruch" hier eintragen

*Dysphagie durch sedierende Wirkung der AET*

### Ergebnis der Erhebung

unterstreichen aber rechts nichts ankreuzen

**Potenzial liegt nicht vor**

☐

zur Beatmungsentwöhnung

☐

zur Dekanülierung

Begründung

*Therapierefraktäres Grundleiden, stets Ersticken Gefahr im Anfall*

Maßnahmen der Therapieoptimierung (ggf. Einweisung in spezialisierte Einrichtung)  
sowie weitere Hinweise zum klinischen Status

*Wenn ärztl. indiziert, amb./stat. Reevaluation zur Therapieoptimierung*

☐

Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

☐

Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.

Niemals ankreuzen

Wenn Absauggerät einsatzbereit vorgehalten wird, als Erstdiagnose Z99.0 eintragen und bei Absaugfrequenz "b.Bed"