



# **Rückfragen der Krankenkasse zur AKI-Verordnung? Fallkonstellationen und Tipps zum Ausfüllen. 18. MAIK KONGRESS**

**Speziell auch ohne Beatmung und Kanüle.**

---

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

**Es bestehen keine Interessenskonflikte.**



Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Ergebnis der Erhebung des  
Beatmungsentwöhnnungs- bzw.  
Dekanülierungspotenzials gemäß  
AKI-Richtlinie des G-BA**

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

Erst-  
verordnung

Folge-  
verordnung

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

**62B**

## **Verordnung außerklinischer Intensivpflege**

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
---	---	---	---	---	---

Unfall

### **I. Klinischer Status**

## I. Klinischer Status

Beatmung, seit 

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

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

Tracheostoma, seit 

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

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

<input type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht	durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz	<input type="checkbox"/> zu regelmäßigen Zeiten	<input type="checkbox"/> 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"/> 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"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Faustschluss
		<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		<input type="checkbox"/> teilweise

## II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

Stunden je Tag

Krankenkasse bzw. Kostenträger

**Freigabe 30.05.2022**

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

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

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

Sekretmanagement

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

Dysphagiemanagement

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes  
Beatmungsgeräteinstellungen

Sauerstoffinsufflation  ja  nein  Notfallversorgung

mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____

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

Erst-  
verordnung

Folge-  
verordnung

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

**62B**

## Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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

Behandlungsabhängigkeiten

Funktionsstörung Grunderkrankung

6 Monate

*Von*       *bis*

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

*Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben)*

Unfall

I Klinischer Status

## 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 Lungenerkrankheit

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 komplettete Querschnittslähmung nichttraumatischer Genese

G82.51 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplettete Querschnittslähmung nichttraumatischer Genese

G82.52 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplettete Querschnittslähmung

G82.53 Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplettete Querschnittslähmung

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 Krankheitenf

**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 **TTMMJJ**

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

Tracheostoma, seit **TTMMJJ**

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

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

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Endotracheale Absaugpflicht</b>	durchschnittliche tgl. maximal Frequenz	regelmäßigen	<input checked="" type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten
Wort streichen, wenn ohne Kanüle			
<input type="checkbox"/> <b>Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit</b> z.B. schwere Herzerkrankung, Epilepsie,			

vegetative Entgleisungen, Dialyse,

<input type="checkbox"/> <b>Bewusstseinsstörung, Art</b>	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
immer ankreuzen. Im Notfall (Panik) Mitwirkung in AKI ausgeschlossen.	bei Kanüle mind. eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Situation	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Pinzettengriff	
		<input type="checkbox"/> nicht vorhanden		<input type="checkbox"/> Nichts ankreuzen, stattdessen "irrelevant" hier eintragen	

**II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI**

### 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

werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

Niemals ankreuzen

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

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)

**Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel/Unterschrift  
des verordnenden Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Muster 62Ba (1.2023)

Krankenkasse bzw. Kostenträger

**Freigabe 30.05.2022**

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**62C**

## **Behandlungsplan**

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**



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

	Häufigkeit		Dauer	
Leistung	tgl.	wtl.	mtl.	vom
				bis
Tracheostoma-Pflege incl. Wechsel	X		X	
PEG-Pflege incl. wtl. Mobilisation	X	X		

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

**Ausfertigung für die Krankenkasse**

Muster 62Ca (1.2023)

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

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom **TTMMJJ** bis **TTMMJJ**

in meinem Haushalt  
 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung

im Haushalt einer sonstigen Person  
 in einer Schule, Kindergarten  
 in einer betreuten Wohnform

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?

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

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

TTMMJJ

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

V M J J

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

zur Beatmungsentwöhnung  zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. *Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädische, 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 Dekanüllierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanüllierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

MMJJ

Potenzial kann perspektivisch vorliegen

zur Beatmungsentwöhnung  zur Dekanüllierung

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

Potenzial liegt nicht vor

zur Beatmungsentwöhnung  zur Dekanüllierung

Begründung

Progressive Grunderkrankung ohne Remissionspotenzial, endotracheale Absaugpflicht

Maßnahmen der Therapieoptimierung (z.B. 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



Erneute Erhebung  
geplant am



**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 Erstickungsgefahr 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.

Wenn Absauggerät einsatzbereit vorgehalten wird, als Erstdiagnose Z99.0 eintragen

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

und bei Absaugfrequenz "b.Bed"