



**MAIK**  
KONGRESS

## 18. MAIK KONGRESS

---

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

**Rückfragen der Krankenkasse zur AKI-Verordnung?**

**Fallkonstellationen und Tipps zum Ausfüllen.**

**Speziell auch ohne Beatmung und Kanüle**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

### Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanüllierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

Kostenträgerkennung      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsteller-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

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

---



---



---

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

---

#### Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor

 zur Beatmungsentwöhnung     zur Dekanüllierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanüllierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

---



---

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

---



---

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

---



---

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 Dekanüllierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanüllierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

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

#### Weitere Erläuterungen

---



---



---



---



---

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

TTMMJJ

Erneute Erhebung geplant am

TTMMJJ

*Verbindliches Muster*

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebssitz-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Verordnung  
außerklinischer Intensivpflege**

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

vom **TTMMJJ** bis **TTMMJJ**Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben)**TTMMJJ** Erstverordnung Folgeverordnung Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10  
Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) Unfall**I. Klinischer Status** Beatmung, seit **TTMMJJ**

Beatmungsform

 invasiv nicht invasiv, Maskentyp

Beatmungsdauer

 Stunden pro Tag Stunden pro Nacht Stunden pro Tag Stunden pro Nacht Tracheostoma, seit **TTMMJJ**

Trachealkanüle

 geblockt ungeblockt Sprechventil

Entblockungszeiten

 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"/> 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 vor- handen		

**II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI** Stunden je Tag**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 Beatmungsentwöhungs- 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

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**

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**Behandlungsplan**

Bedarfsmedikamente für AKI

**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** 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

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

 Dysphagiemanagement \_\_\_\_\_ Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes  
Beatmungsgeräteinstellungen \_\_\_\_\_ Sauerstoffinsufflation  ja  nein  Notfallversorgung

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 Dauer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h/tgl.	Flow <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l/min Dauer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> h/tgl.

 Spezielle Hygienemaßnahmen \_\_\_\_\_

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI) \_\_\_\_\_

*Verbindliches Muster*

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)	Häufigkeit	Dauer			
Leistung	tgl.	wtl.	mttl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin \_\_\_\_\_

ärztliche Unterschrift \_\_\_\_\_

Zu Vordruck 62B, Verordnung außerklinischer Intensivpflege  
**Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)**  
(stets Reihenfolge beachten).

Niemals mit der Grunderkrankung beginnen.

An erster Stelle kommt der Grund für den AKI-Anspruch

Se 30.05.2022

		Verordnung außerklinischer Intensivpflege												62B	
		Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)													
geb. am		Behandlungsabhängigkeiten						Funktionsstörung						Grunderkrankung	
		6 Monate						Von <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J						bis <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	
Status		12 Monate, wenn auf 62A "Potenzial liegt nicht vor" angekreuzt						<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J						<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> J	
Datum		Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben)													
		<input type="checkbox"/> Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)												<input type="checkbox"/> Unfall	

Zu Vordruck 62B, Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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

(stets Reihenfolge beachten). **Primär: Behandlungsabhängigkeit**

### **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 **Atemsystems**

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]

Zu Vordruck 62B, Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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

(stets Reihenfolge beachten). **Sekundär: Grunderkrankung**

**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 komplett Querschnittslähmung nichttraumatischer Genese

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

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

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

Zu Vordruck 62B, Verordnung außerklinischer Intensivpflege  
**Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)**  
(stets Reihenfolge beachten). **Sekundär: Grunderkrankung**

Fortsetzung **Grunderkrankung** (Feld 4, ggf. schon 3, NIEMALS Feld 1

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

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

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

## Verordnung außerklinischer Intensivpflege

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

Behandlungsabhängigkeiten      Funktionsstörung      Grunderkrankung

6 Monate

TTMMJJ

TTMMJJ

TTMMJJ

TTMMJJ

TTMMJJ

TTMMJJ

TTMMJJ

TTMMJJ

TTMMJJ

bis  
12 Monate, wenn auf 62A "Potenzial liegt nicht vor" angekreuzt  
Voraussichtliches Entlassdatum  
(nur durch Krankenhaus anzugeben)
 Erstverordnung     Folgeverordnung     Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)     Unfall

### I. Klinischer Status

bei NIV und invasiv nacheinander

Beatmung, seit	Datum der ersten Beatmung	Maximum angeben mit Zusatz z.B. "im Infekt"	
Beatmungsform		Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
<input type="checkbox"/> invasiv ggf. "seit Tracheotomie" zufügen		Stunden pro Tag	Stunden pro Tag
<input type="checkbox"/> nicht invasiv, Maskentyp		Stunden pro Nacht	Stunden pro Nacht

### Tracheostoma, seit

TTMMJJ

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

<input checked="" type="checkbox"/> Endotracheale Absaugpflicht	durchschnittl. tgl. Absaugfrequenz	maximal Frequenz	<input type="checkbox"/> zu unregelmäßigen Zeiten
<input type="checkbox"/> Wort streichen, wenn ohne Kanüle	angeben:	"bis" Zeiten	<input type="checkbox"/> immer ankreuzen
<input type="checkbox"/> 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 bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Nackengriff
<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> Schürzengriff
<input checked="" type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Faustschluss

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 dar zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanüllierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnnungsbzw. Dekanüllungspotenzials 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

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

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten:

geb. am:

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebszuläss.-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

**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,

Beatelbeatmung 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 KeimMaßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI  Logopädie  Physiotherapie  Ergotherapie**Maßnahmen der außerärztlichen Intensivpflege**stets ankreuzen oder Ablehnungsvermerkt des Pat./Betreuung  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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv

**Sekretmanagement**

wenn nur nachts aktiv, dann beides ankreuzen

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

**Dysphagiemanagement** In Verbindung mit R13,- Diagnose

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

**Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes**

Beatmungsgeräteinstellungen

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"/> l/min Dauer <input type="checkbox"/> h/tgl.	Flow <input type="checkbox"/> l/min Dauer <input type="checkbox"/> h/tgl.	Flow <input type="checkbox"/> l/min Dauer <input type="checkbox"/> h/tgl.

**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)

Häufigkeit

Dauer

Leistung

tgj.

wtl.

mtl.

vom

bis

Tracheostoma-Pflege incl. Wechsel

PEG-Pflege incl. wtl. Mobilisation

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift



# Vordruck 62A, Potenzialerhebung Invasive Beatmung (analog bei NIV ohne Kreuz bei Dekanülierung)

Freigabe 10.05.2022

62A

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

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

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

UNDD

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

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

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 Beatmungsentwöhungs- 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

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

TTMMJJ

Erneute Erhebung geplant am

TTMMJJ

Verbindliches Muster

Vertragsarztsiegel / ärztliche Unterschrift

# Vordruck 62A, Potenzialerhebung Trachealkanülenpflicht mit Absaugpflicht ohne Beatmung

Freigabe 10.05.2022

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

## Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- 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)

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

MMJJ

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*

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 Beatmungsentwöhungs- 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

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

TTMMJJ

Erneute Erhebung geplant am

TTMMJJ

*Verbindliches Muster*

Optional kann ohne Kanüle und/oder Beatmung trotzdem eine Potenzialerhebung vorgenommen werden. Das Formblatt dient dann zur Erläuterung des Anspruchs auf AKI.

Freigabe 10.05.2022		Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA	62A
Name, Vorname des Versicherten geb. am			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
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			
<u>unterstreichen aber rechts nichts ankreuzen</u> <u>Potenzial liegt nicht vor</u>		<input type="checkbox"/> zur Beatmungsentwöhnung	<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 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 Beatmungsentwöhungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.		Wenn Absauggerät einsatzbereit vorgehalten wird, als Erstdiagnose Z99.0 eintragen und bei Absaugfrequenz "b.Bed"	
<input type="checkbox"/> Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt. Niemals ankreuzen			