



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.

Freigeige 10.05.2022

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

62A

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum, -tag, -Monat, -Jahr:

Einweisung von:

Erhebungstermin:

Multifaktorielle Beurteilung des Patienten nach der Therapieempfehlung
des S3-Spezifikums ergibt: ☐ ungenügend, ☐ mäßig, ☐ ausreichend, ☐ sehr ausreichend

Zustand des Patienten:

Ergebnis der Erhebung:

Potenzial liegt vor: ☐ für Beatmungsentwöhnung, ☐ für Dekantierung

Erhebung der Beatmungsentwöhnungs- Dekantierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen:

Potenzial kann perspektivisch vorliegen: ☐ für Beatmungsentwöhnung, ☐ für Dekantierung

abwärtstrend und/oder nicht möglich: ☐ ja, ☐ nein, ☐ unklar

Erkenntnis liegt nicht vor: ☐ für Beatmungsentwöhnung, ☐ für Dekantierung

Gegensatz:

Multifaktorielle Beurteilung des Patienten nach der Therapieempfehlung
des S3-Spezifikums ergibt: ☐ ungenügend, ☐ mäßig, ☐ ausreichend, ☐ sehr ausreichend

Verdächtige Muster:

Autorenangabe für die Dokumentations

62A

Freigeige 10.05.2022

Verordnung
außerklinischer Intensivpflege
Verordnungsbefugte:

62B

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum, -tag, -Monat, -Jahr:

Einweisung von:

Erhebungstermin:

Multifaktorielle Beurteilung des Patienten nach der Therapieempfehlung
des S3-Spezifikums ergibt: ☐ ungenügend, ☐ mäßig, ☐ ausreichend, ☐ sehr ausreichend

Zustand des Patienten:

Ergebnis der Erhebung:

Potenzial liegt vor: ☐ für Beatmungsentwöhnung, ☐ für Dekantierung

Erhebung der Beatmungsentwöhnungs- Dekantierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen:

Potenzial kann perspektivisch vorliegen: ☐ für Beatmungsentwöhnung, ☐ für Dekantierung

abwärtstrend und/oder nicht möglich: ☐ ja, ☐ nein, ☐ unklar

Erkenntnis liegt nicht vor: ☐ für Beatmungsentwöhnung, ☐ für Dekantierung

Gegensatz:

Multifaktorielle Beurteilung des Patienten nach der Therapieempfehlung
des S3-Spezifikums ergibt: ☐ ungenügend, ☐ mäßig, ☐ ausreichend, ☐ sehr ausreichend

Verdächtige Muster:

Autorenangabe für die Dokumentations

62B

Freigeige 10.05.2022

Behandlungsplan
Behandlungsbefugte:

62C

Name, Vorname des Patienten:

Geburtsdatum, -tag, -Monat, -Jahr:

Einweisung von:

Erhebungstermin:

Multifaktorielle Beurteilung des Patienten nach der Therapieempfehlung
des S3-Spezifikums ergibt: ☐ ungenügend, ☐ mäßig, ☐ ausreichend, ☐ sehr ausreichend

Zustand des Patienten:

Ergebnis der Erhebung:

Potenzial liegt vor: ☐ für Beatmungsentwöhnung, ☐ für Dekantierung

Erhebung der Beatmungsentwöhnungs- Dekantierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen:

Potenzial kann perspektivisch vorliegen: ☐ für Beatmungsentwöhnung, ☐ für Dekantierung

abwärtstrend und/oder nicht möglich: ☐ ja, ☐ nein, ☐ unklar

Erkenntnis liegt nicht vor: ☐ für Beatmungsentwöhnung, ☐ für Dekantierung

Gegensatz:

Multifaktorielle Beurteilung des Patienten nach der Therapieempfehlung
des S3-Spezifikums ergibt: ☐ ungenügend, ☐ mäßig, ☐ ausreichend, ☐ sehr ausreichend

Verdächtige Muster:

Autorenangabe für die Dokumentations

62C

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

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

☐ 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

I. Klinischer Status

☐ **Beatmung, seit**

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

Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit
☐ invasiv	☐ ☐ Stunden pro Tag	☐ ☐ Stunden pro Tag
☐ nicht invasiv, Maskentyp	☐ ☐ Stunden pro Nacht	☐ ☐ Stunden pro Nacht

☐ **Tracheostoma, seit**

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

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil	

☐ **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
☐ uneingeschränkt	☐ uneingeschränkt	☐ Ort	☐ uneingeschränkt ☐ Nackengriff	☐ nein
☐ eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ Zeit	☐ bis an die Bettkante in den Rollstuhl ☐ Schürzengriff	☐ ja
☐ nicht möglich	☐ nicht möglich	☐ Person	☐ stehfähig, gehfähig ☐ Faustschluss	☐ teilweise
		☐ Situation	☐ immobil ☐ Pinzettengriff	
		☐ 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

☐	Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter	

☐	Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement		
Tracheotomie		Trachealkanüle	Befeuchtung
☐ dilatativ	☐ chirurgisch	Hersteller Innendurchmesser in mm ,	☐ passiv ☐ aktiv

☐	Sekretmanagement		
Absauggerät		Inhalationsgerät	
☐ ja	☐ nein	Häufigkeit pro Tag	☐ ja ☐ 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

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

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

bis

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

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

☐

Erst-
verordnung

☐

Folge-
verordnung

☐

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

☐

Unfall

Direktlink zur Dauer der Verordnung von AKI: § 7 (2)

[illegible]

(stets Reihenfolge beachten).

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

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

Abhängigkeit (langzeitig) von: Absauggerät

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

bei NIV und invasiv nacheinander

☐	Tracheostoma, seit	T	T	M	M	J	J
--------------------------	--------------------	---	---	---	---	---	---

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

☒	Endotracheale Absaugpflicht	durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz	maximal Frequenz angeben: "bis..."	☒	zu unregelmäßigen Zeiten
	Wort streichen, wenn ohne Kanüle				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
--	---

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

Nichts ankreuzen,
stattdessen "irrelevant" hier eintragen

24

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

☐ werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

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

Weitere Erläuterungen

Niemals ankreuzen

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

SpO₂, Puls, Temp., RR

Beatmungsparameter

☐

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie		Trachealkanüle			Befeuchtung	
☐ dilatativ	☐ chirurgisch	Hersteller	nicht der Name	Innendurchmesser in mm	☐ passiv	☐ aktiv

☐

Sekretmanagement

wenn nur nachts aktiv, dann beides ankreuzen

Absauggerät		"bis (Maximalzahl)		Inhalationsgerät	
☐ ja	☐ nein	Häufigkeit pro Tag	☐ ☐	☐ ja	☐ nein
				Häufigkeit pro Tag	☐ ☐
				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 O₂ vorhanden, immer Notfallvers. ankreuzen

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

	Häufigkeit			Dauer	
	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

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

☐ in meinem Haushalt	☐ im Haushalt einer sonstigen Person	☐ in einer Werkstatt für behinderte Menschen
☐ in einer vollstationären Pflegeeinrichtung	☐ in einer Schule, Kindergarten	☐ in einer Wohneinheit
	☐ in einer betreuten Wohnform	☒ in einer sonstigen Einrichtung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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.

☐

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"

Direktlinks zu den Texten (einfach anklicken)

Verpflichtung zur Potenzialerhebung: RKI-RL § 5 (6)

zur Qualifikation von HÄ für die Verordnung von AKI: „Tragende Gründe“ 2.10 zu § 9

Rückwirkende Verordnung von AKI nicht generell, sondern nur „grundsätzlich“ unzulässig:
RKI-RL § 6 (3)

Ausnahmen von der persönlichen Inaugenscheinnahme vor Ort für PE und VO:
RKI-RL § 5 (3)

zur Dauer der Verordnung von AKI: § 7 (2)