



Vordruckformulare 62 A, B, C – unsere Kommentare

Die Erstellung der Mustervordrucke 62 erfolgte im Rahmen des Bundesmantelvertrages Ärzte, Anlage 2: Vereinbarung über Vordrucke für die Vertragsärztliche Versorgung zwischen KBV und GKV-SV ohne Beteiligung der Patientenorganisationen. Hierzu existieren offizielle "Vordruckserläuterungen" ([KBV Vordruck Formulare](#)).

Bei nachfolgender Kommentierung handelt es nicht um die "offizielle" Erläuterung der Vordruckformulare. Die Kommentierung der Vordruckformulare 62 A, B, C, erfolgte durch das Projekt ["das Recht auf außerklinische Intensivpflege – Begleitung und Umsetzung aus Betroffenenperspektive"](#) im September 2023, nach bestem Wissen und Gewissen. Upgrades sind geplant, können jedoch nutzbringend nur erfolgen, wenn Betroffene uns zahlreich von eigenen Erfahrungen berichten.

Betroffene können über die von ISL e. V. gegründete Plattform www.aki-hkp.de ihre Erfahrungen mit der Umsetzung des GKV-IPReG (z. B. zu der Suche nach potenzialerhebenden Ärzt*innen) anonym zusenden (alternativ über Mail aki@isl-ev.de). Diese Berichte werden dort auch mit Zustimmung anonymisiert veröffentlicht. Die Vielzahl der Berichte aus erster Hand macht es möglich, die Umsetzung des GKV-IPReG nachvollziehbar zu monitoren, zu begleiten und die Politik mit den alarmierenden Missständen, sowie herausfordernden Lebenslagen von Betroffenen transparent zu konfrontieren.

Allgemeine Hinweise

Die Formulare enthalten an entscheidenden Stellen keine Freitextfelder. Allgemein ist die zulässige Zeichenanzahl stark begrenzt. Dies hat zur Folge, dass komplexe Sachverhalte nicht abgebildet, bzw. Differenzierungen nicht vorgenommen werden können. Durch handschriftliches Ausfüllen der Verordnungsvordrucke A, B, C sowie die Verwendung separater Beiblätter (blanko A4), kann diese Begrenzung umgangen werden. Denkbar ist auch das elektronische Ausfüllen der Verordnungsvordrucke unter Verwendung der Beiblätter.

Datenschutzrechtliche Bedenken:

Abzuwägen ist datenschutzrechtlich, dass Informationen, die normalerweise nur der MD erhält, hier in Gänze an die Krankenkasse übermittelt werden. Dies gilt insbesondere für den Behandlungsplan, Muster 62 C, der hochsensible Patientendaten enthält.

Zum Projekt

Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. wendet sich in ihrem von der AKTION MENSCH geförderten Projekt, ["Das Recht auf außerklinische Intensivpflege – Begleitung und Umsetzung aus Betroffenenperspektive"](#) an Menschen, die Bedarf an AKI haben, deren An- und Zugehörige sowie Assistenz- und Betreuungspersonen.

Im Rahmen des Projektes sollen Menschen mit Behinderung und AKI-Bedarf durch verschiedene Maßnahmen informiert, unterstützt und begleitet werden. Die mit dem Beitritt der Bundesrepublik Deutschland zur UN-Behindertenrechtskonvention eingegangene Verpflichtung, wirksame und geeignete Maßnahmen zu treffen, um Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, umfassende Einbeziehung in alle Bereiche des alltäglichen Lebens und die volle Teilhabe an ebendiesen (Art. 19, Art. 26 UN-BRK) zu gewähren, soll mit diesem Projekt angemahnt und eingefordert werden. Mehr zu dem Projekt finden Sie in unserem Flyer ([PDF](#)).

Im Rahmen des Projekts bemühen wir uns um niedrigschwellige und barrierefreie Bereitstellung von verständlichen Informationen über das GKV-IPReG, die AKI-RL des G-BA, die Begutachtungsanleitung des Medizinischen Dienstes, die Bundesrahmenvereinbarung und Informationen zum persönlichen Budget in diesem Zusammenhang. Für Oktober 2023 ist die Freischaltung der Online-Plattform „Leben mit AKI“ geplant.



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

Freigabe 10.05.2022

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

62A

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

- (1a) Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

--

(2) Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor (3) ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

- (4) Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

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

(5) Potenzial kann perspektivisch vorliegen ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

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

(7) Potenzial liegt nicht vor ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

- (8) Begründung

--

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

- (10) ☒ 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.

Weitere Erläuterungen

- (11)

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

Ausfertigung für die Krankenkasse



Formularvordruck 62 A-Potenzialerhebung wird nur bei Beatmung und Tracheostoma verwendet. Bei nicht beatmeten und nicht tracheotomierten ist die Verordnung mit den Formularvordrucken 62 B und C vollständig.

Kommentar zu (1)

Es sind nirgendwo Mindestanforderungen zur Prüfung des Potenzials festgelegt. Potenzialerhebende Arzt entscheidet und muss dann ggf. vor MD rechtfertigen, warum dieses oder jenes nicht geprüft wurde. Verweisen die Diagnosen in 62 B auf eine unheilbare oder fortschreitende Erkrankung, dürften „sparsame“ Methoden ausreichen, da Grenzen zur Körperverletzung fließend.

Achtung bei invasiver Beatmung: Prüfung des Potenzials für Beatmung und Trachealkanüle getrennt. Sollte die Trachealkanüle zur Sicherung der Beatmung und nicht wegen einer Dysphagie indiziert sein, ist das zu vermerken in (8). Zwerchfellschrittmacher bei der Aufzählung der Beispiele fehlt (kann in Verbindung mit Unselbständigkeit AKI-auslösen).

Kommentar zu (1a)

Wenn Dysphagie vorliegt und deshalb Tracheostoma notwendig ist, Diagnostik (z.B. FEES, Blauschlucktest) und Befund - z.B. neurogene Dysphagie.

Kommentar zu (2/3)

Ankreuzen befristet die Verordnung bis zur Einweisung in eine auf Weaning/Dekanülierung spezialisierte Einrichtung. Hier wäre zu klären, wie lange der Dienstleister die Versorgungskapazität freihalten kann, für den Fall, dass der Weaningversuch erfolglos verläuft. Eine garantierte Weiterversorgung in diesem Fall, ist nur in stationären Einrichtungen gegeben. Beachten: es gibt pneumologisch und neurologisch zertifizierte Weaningeinheiten. Nur die nach DGP zertifizierten Zentren haben aktuell "Qualitätsverträge", die wegen "Erfolgspremien" kritisch zu betrachten sind. Es empfiehlt sich nach Auswahl einer Einrichtung die ärztlichen + pflegerischen Personalschlüssel für Tag/Nacht zu recherchieren, da bei komplexen Behinderungen möglicherweise ungeeignet. Wie und ob die Mitaufnahmegeregelung ist, ist uns aktuell nicht bekannt. Für Kinder gibt es keine zertifizierten Weaningeinheiten.

Kommentar zu (5)

Gemeint ist der Ordnungszeitraum (max. 12 Monate).

Kommentar zu (6)

Wenn perspektivisch Potenzial nicht zuverlässig auszuschließen ist, müssen unter (6) die „vorbereitenden Maßnahmen“ eingetragen werden, die eine Erhebung des Potenzials aussichtsreicher machen. Diese Maßnahmen müssen dann auf 62 C im Behandlungsplan ebenfalls aufgeführt werden. Falls Einträge unter (5) erfolgen, immer nach Beatmung und Trachealkanüle differenzieren.

Kommentar zu (8)

z.B. warum keine Umstellung auf NIV möglich ist oder bei NIV, warum keine Reduzierung der Beatmungszeit möglich ist. Bei invasiver Beatmung immer jeweils die Indikation für Tracheostoma UND (getrennt) Beatmung angeben.

Kommentar zu (9)

Hier können geplante ambulante oder stationäre Wiedervorstellungen zur Beatmungskontrolle genannt werden oder auch Formulierungen wie: „aktuell kein Bedarf an weiterführenden Maßnahmen“.



Kommentar zu (10), Kästchen 1

Wenn kein Potenzial 2 Jahre lang vorlag, ist die Potenzialerhebung keine Voraussetzung für eine Verordnung. Die PE muss trotzdem gemacht werden, weil das untere anzukreuzen bedeuten würde siehe Kommentar zu Kästchen 2.

Erfolgt im Zeitraum von zwei Jahren nach dreimaliger Erhebung erneut die Bestätigung, dass kein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung/Dekanülierung vorliegt, sind weitere Verordnungen nach AKI-RL § 5 Abs. 6 nicht mehr an jede Verordnung gekoppelt. Es handelt sich um eine untergesetzliche Regelung, die nicht in jedem Fall bindend ist. Im Gesetz heißt es weiter: „vor jeder Verordnung“. Keine der in diesem Zeitraum erfolgten Erhebungen darf in diesem Fall telemedizinisch erfolgt sein! Einige potenzialerhebende ÄrztInnen machen hier bereits einen Haken, wenn sie die PatientInnen länger kennen und kein Potenzial vorliegt.

Kommentar zu (10) Kästchen 2

Dieses Feld anzukreuzen wäre unethisch, es sei denn der potenzialerhebende Arzt erwartet keine nächste Verordnung mehr. Damit würde der Pat. aufgegeben werden. Man sollte sich im Klaren sein, dass man um „Erhebungen“ nicht herumkommt (solange dieses Formular nicht geändert wird), auch wenn man „nur ein Problem hat“ oder eine Einweisung zur Beatmungskontrolle benötigt. Es gibt keine andere ambulante Abrechnungsziffer für Optimierung/Kontrolle/Verbesserung als die Potenzialerhebung.

Kommentar zu (11)

z.B. Aussagen zur Hustenfähigkeit, Atelektasen, Bronchostenosen, Tag und Nacht Modus und Infektfall oder Auslöser.



Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 30.05.2022**

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)

(1)

(2) vom bis

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

(3)

☐ 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

☐ Beatmung, seit

(4)

(5)

Beatmungsform

☐ invasiv

☐ nicht
invasiv, Maskentyp

Beatmungsdauer

Stunden
pro Tag

Stunden
pro Nacht

Spontanatmungszeit

Stunden
pro Tag

Stunden
pro Nacht

☐ Tracheostoma, seit

Trachealkanüle

(6)

☐ geblockt

☐ ungeblockt

☐ Sprechventil

Entblockungszeiten (7)

☐ Endotracheale Absaugpflicht (8) durchschnittliche tgl.
Absaugfrequenz

☐ zu regelmäßigen
Zeiten

☒ zu unregelmäßigen
Zeiten (9)

(10) ☒ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit

(11) ☒ Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
☐ uneingeschränkt	☐ uneingeschränkt	☐ Ort	☐ uneingeschränkt	☐ nein
☒ eingeschränkt	☒ eingeschränkt	☐ Zeit	☐ bis an die Bettkante in den Rollstuhl	☐ ja
☐ nicht möglich	☐ nicht möglich	☐ Person	☐ stehfähig, gehfähig	☐ teilweise
		☐ Situation	☐ immobil	☐ Pinzettengriff
		☐ nicht vor- handen		

(13) II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

(14) ☐ 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.

(15) 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

z.B. Zur nächsten Verordnung entbehrlich, anlass-u.bedarfsbezogen angezeigt

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

z.B. Zur nächsten Verordnung entbehrlich, anlass-u.bedarfsbezogen angezeigt

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

Im Notfall abhängig von sofortiger (fachlicher) Intervention

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des verordnenden Arztes



Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

Freigabe 30.05.2022

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

(18)

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom bis

☐	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 (19)

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:

„Einspringen im Notfall“ ist nicht gemeint, ebenfalls keine Zeiten, die durch EGH abgedeckt werden.

Bei „Kontingenten“ Differenz zu 24 Stunden.

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

An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige (20)

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Telefonnummer (freiwillige Angabe)

Datum

Unterschrift des Versicherten
oder des gesetzlichen Vertreters

Angaben des Leistungserbringers nach § 132l Abs. 5 SGB V (Nicht auszufüllen bei Vorabinformation aus Krankenhaus)

Die außerklinische Intensivpflege wird täglich in der Zeit

vom bis im Umfang von Stunden erbracht.

(21)

Die außerklinische Intensivpflege wird durchgeführt von einem zugelassenen Leistungserbringer (§ 132l Abs. 5 SGB V)

Name

Straße, Haus-Nr

PLZ Ort

Institutionskennzeichen

Ansprechpartner (Name)

Telefonnummer

Fax-Nr.

E-Mail-Adresse

Datum

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers



Seite 1

Kommentar zu (1)

AKI-Diagnosen immer zuerst!

Bei a) invasiver Beatmung: Z99.1 Abhängigkeit (langzeitig) vom Respirator, Z43.0 Versorgung eines Tracheostomas und Z99.0 Abhängigkeit (langzeitig) vom Aspirator (Absaugpflicht -egal wie und mit welchen Geräten)), erst in das 4. Feld die Grunderkrankung,

bei b) nicht invasiver Beatmung: wie oben, ohne Z43.0 (Tracheostoma)

bei c) Tracheostoma ohne Beatmungspflicht: zuerst Dysphagie - R13.1. (egal ob TK geblockt oder ungeblockt)

bei d) keine Beatmung/keine Kanüle: zuerst Grunderkrankung, die AKI veranlasst.

AKI-Bedarf ergibt sich dann in der Kombination mit anderen schweren motorischen / kognitiven Funktionsstörungen oder dem Alter (Kinder sind immer in der Mitwirkung eingeschränkt. Ihnen kann i. d. R. keine Verantwortung für das Management potenziell täglich auftretender, vital bedrohlicher Ereignisse a.G. einer schweren Erkrankung, zugewiesen werden.)

Kommentar zu (2)

die Dauer richtet sich danach, ob Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorliegt oder perspektivisch vorliegen könnte. Wenn kein Potenzial auf Verbesserung besteht, kann die nächste Erhebung nach Erhebung alle 12 Monaten durchgeführt werden (§ 5 Absatz 5 AKI- RL).

Kommentar zu (3)

Folgeverordnung ankreuzen, wenn es sich um Bestandsversorgung handelt, die bisher über HKP lief.

Kommentar zu (4)

Das Problem hier ist, dass Schwankungen des Bedarfs nicht abbildbar sind (z.B. tagesformabhängig oder im Infektfall), z.B. „pro Tag 4-6 Stunden und nach Bedarf“. Hier Beiblatt nutzen.

Kommentar zu (5)

Nur krisenfeste Zeiten angeben, da keine Differenzierung für z.B. Infektfall oder „tagesformabhängig“ möglich. Bei Bedarf Beiblatt nutzen.

Kommentar zu (6)

Kanülen mit Hochdruck-Cuff, die im Tagesverlauf sowohl geblockt als ungeblockt eingesetzt werden (z.B. Bivona TTS) werden nicht erfasst. Hinweis: es fehlt in 62 B (6) ein Textfeld für differenzierte Systeme.

Kommentar zu (7)

Grundsätzlich werden geblockte Kanülen entweder bei Schluckstörungen oder zur Sicherstellung der Beatmung eingesetzt -die Differenzierung kann nur diagnosebezogen stimmig abgebildet werden. Danach richten sich auch eventuelle Entblockungsintervalle. Therapiebezogene Entblockung bei einer Schluckstörung oder Entblockung einer TK, die zur Sicherstellung der Beatmung dient (bspw. während der „Sprechzeiten“) sind völlig verschiedene Sachverhalte, die hier weder zu unterscheiden noch darzustellen sind.

Kommentar zu (8)

Zeichenbegrenzung auch hier! Die übliche Schwankungsbreite (inkl. Infektfall) abzubilden, (z. B. 2-10x) ist bei digitaler Eingabe nicht möglich. Ggf. Beiblatt nutzen. Nicht-endotracheale Absaugmethoden, zur Intervention bei lebensbedrohlichen Ereignissen, sind nicht abbildbar. Ggf. Beiblatt.



Kommentar zu (9)

IMMER „zu unregelmäßigen Zeiten“ ankreuzen! Da im Bedarfsfall sofort interveniert werden muss.

Kommentar zu (10)

hier können sonstige Diagnosen (nur AKI-relevant erfasst werden. Bei nichtbeatmeten u. nicht kanülierten Versicherten z. B. Aspiration, Hypoxie, Husteninsuffizienz, Epilepsie, vegetative Dysregulation, hypotone Krisen, Atemaussetzer usw.

Kommentar zu (11)

Darauf hinweisen, dass im potenziell täglich auftretenden Notfall auch Bewusstseinszustand sowie die Handlungsfähigkeit gestört sein können.

Kommentar zu (12)

Immer beachten: Mitwirkung bei AKI bedeutet vor allem „Mitwirkung im Notfall“ - hier nicht abbilden, was prinzipiell möglich ist, sondern stets vom Notfall ausgehen. Sprich, kann jemand bei akutem Absaugbedarf 112 wählen und einen Notruf absetzen und reicht die Zeitspanne bis zum ortsüblichen Eintreffen der Rettung, um die betroffene Person vor Schaden zu bewahren?

Ist Mitwirkung und Kommunikation im Notfall nicht möglich, dann "eingeschränkt" ankreuzen lassen. Entscheidende AKI- Voraussetzung ist, dass keine selbständige Ausführung oder selbständiges Auslösen der Rettungskette möglich ist. Anspruchsberechtigte dürfen sich nichtselbständig aus einer Notlage befreien können. Dies kann der Fall sein aufgrund schwerer motorischer Funktionsstörungen, kognitiver oder kommunikativer Funktionsstörungen (auch geblockte Kanüle) oder altersmäßiger Einschränkungen z.B. bei Kindern oder aufgrund der Tatsache, dass kein Mensch bei drohendem Ersticken in der Lage ist, ohne fremde Hilfe, zu agieren. Die abgefragten motorischen Fähigkeiten finden sich in der von der MD-Begutachtungsanleitung vorgenommenen Operationalisierung wieder.

Es fehlt z. B. der Kraftgrad und die Beweglichkeit in Abhängigkeit von der Schwerkraft, weswegen die Aussagekraft der „Kreuze“ im Einzelfall gering ist.

Kommentar zu (13)

Dies ist nicht das Feld, in dem die „Eigenbeteiligung“ dokumentiert wird. Eine VO als Kontingent ist entweder nicht mehr vorgesehen oder wurde bei der Erstellung der Formblätter nicht berücksichtigt. Daher kann man es nur formlos versuchen. Bei (trotzdem) gewünschtem "Kontingent", sollten hier 24 Stunden eingetragen werden und dann entweder auf einem Beiblatt oder unter der Spalte unserer Ziffer 17, z.B. „600 Stunden monatlich als Kontingent“. Unter „Antrag des Versicherten“ auf der Folgeseite (20) wird dann die Eigenbeteiligung ergänzt, so dass die Differenz zum Kontingent insgesamt die ärztlich verordnete Stundenzahl wiedergibt. Hier nur „Stunden“ weniger als 24 h eintragen für den Fall, dass bspw. lediglich eine Schulbegleitung oder eine nächtliche Überwachung a.G. ausschließlich nächtlicher Maskenbeatmung notwendig ist. Immer inklusive Zeiten, die z.B. von Angehörigen übernommen werden. Hier wird der grundsätzliche Anspruch festgelegt.

Kommentar zu (14)

In jedem Fall rechtfertigt „kein Entwöhnungspotenzial“ eine Streckung des Verordnungszeitraumes und der nächsten Potenzialerhebung, auf ein Jahr (siehe AKI-RL § 5 Absatz 5).

Kommentar zu (15)

zur Therapieoptimierung u. zur Verbesserung der Lebensqualität ist schon aus ethischen Gründen ärztlich immer anzukreuzen, falls man eine nächste Verordnung erwarten kann (sonst würde der verordnende Arzt den Pat. per Kreuz quasi „aufgeben“). Anzukreuzen „werden durch Pat. nicht gewünscht“, ist wegen unklarer Folgen nicht anzuraten. Die Ankreuz-Alternativen hebeln § 5 Absatz 6 AKI-RL aus (§ 5 Abs.6-AKI-RL, sieht Ausnahmen von der Potenzialerhebung, bzw. die Entkopplung von Verordnung und Potenzialerhebung in



Fällen vor, in denen, über einen Zeitraum von zwei Jahren, kein Potenzial nachgewiesen wurde. Werden die Vordrucke an dieser Stelle nicht verändert, kommt es Formular-bedingt, zu „Endlosschleifen“.

Kommentar zu (16)

Konsilpartner können telemedizinisch einbezogen werden. Namentliche Dokumentation. Siehe AKI-Richtlinie § 9 Absatz 2. Nur wenn Hausärztin verordnet, ist Konsilpartnerschaft notwendig (telemedizinisch).

Seite 2

Kommentar zu (18)

Aufzählung der Leistungsorte aus dem Gesetz ist unvollständig. Aufenthaltsbestimmungsrecht -> z.B. Straßenbahn, Einkauf, Freizeit, Bibliothek, unterwegs etc. -> mobiles Leben ist ohne die "sonstigen geeigneten Orte" nicht abgebildet.

Kommentar zu (19)

Leistungsort ausfüllen, wenn keine Einrichtung angekreuzt?

Kommentar zu (20)

Abgrenzung-RL beachten - pauschale Anrechnung von Grundpflege darf nur bei reiner Sachleistung erfolgen. Wenn Angehörige z.B. täglich 2 Stunden selbst übernehmen, steht auf 62 B trotzdem: „Erforderlicher Umfang der AKI“: 24 Stunden. Es besteht (besonders, da noch keine Rechtssprechung erfolgt ist), die Gefahr, dass die Kasse hier „Selbstverpflichtung“ der Angehörigen unterstellt und dann: 1.) die Genehmigung abzüglich der von Angehörigen beabsichtigten Übernahme erfolgt, 2.) Angehörige dann bei Verhinderung keinen Anspruch auf ein Backup durch Dienstleister haben, 3.) fiktive pauschale Abzüge zur Verrechnung mit der Pflegekasse aufaddiert werden, was zur Unterdeckung führt. Auslegung PatV: Die freiwillige oder erzwungene Beteiligung durch Dienstaussfälle, wird durch Nichtabrechnung der entsprechenden Zeiten in der Leistungsdokumentation des Dienstleisters dokumentiert, nicht aber an dieser Stelle und darf lt. AKI-RL nicht vom „Verordnungsumfang“ abgezogen werden. Der verordnende Arzt ist in jedem Fall vorab zu informieren, dass man es so oder so zu machen gedenkt, denn dieser verantwortet seine Verordnung, die den Bedarf des Versicherten sicherstellen muss. Ein Eintrag unter „Übernahme von Leistungen“ bedeutet quasi ein Verzicht.

Kommentar zu (21)

Angaben auf dem Beiblatt.



Krankenkasse bzw. Kostenträger		Freigabe 30.05.2022		Behandlungsplan		62C	
Name, Vorname des Versicherten		geb. am		(1) z. B. Sauerstoff, Atrovent, Tavor, Diazepam			
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		Notfallmanagement	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		(2) z. B. Beatmung / Trachealkanüle, Epilepsie, veg.	
						Dysregulation, Stromversorgung, Dyspnoe	
(3) Therapieziele							
z. B. Sicherstellung der Vitalfunktionen, Vermeidung lebensbedrohlicher Komplikationen,							
Erhalt des Gesundheitszustands, Erhalt der Lebensqualität							
MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim				welche Konsequenzen hat das?			
(3a) Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI				☐ Logopädie ☐ Physiotherapie ☐ Ergotherapie			
(4) Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege							
☐ Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter							
z. B. O2, HF, RR, Temp, CO2, (Beatmungsprotokoll)							
☐ Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement							
Tracheotomie		Trachealkanüle		Befeuchtung			
☐ dilatativ ☐ chirurgisch		Hersteller		Innendurchmesser in mm		☐ passiv ☐ aktiv	
(4a) ☐ Sekretmanagement							
Absauggerät		Inhalationsgerät					
☐ ja ☐ nein		Häufigkeit pro Tag		☐ ja ☐ nein		Häufigkeit pro Tag	
						Medikament/Substanz	
☒ Dysphagiemanagement							
Essen andicken/pürieren, Essenbegleitung, Medikamente mörsern, Absaugen, Haltungsänderung							
☒ Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes							
Beatmungsgeräteeinstellungen							
(4b) z. B. Astral 150 (A)PCV, AF nachts, AF tags, Pinsp., Peep, Sicherheits-VT, Trigger							
(4c) ☐ Sauerstoffinsufflation ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung							
mit Beatmung		unter Spontanatmung		Mobilität			
Flow l/min		Dauer h/tgl.		Flow l/min		Dauer h/tgl.	
(4d) ☒ Spezielle Hygienemaßnahmen z. B. Herstellerhinweise, Bezug auf Keime...							
Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)							
z. B. Sekretmanagement, Cough Assist 2 x täglich und nach Bedarf, Drainagerlagerung nachts,							
absaugpflichtiges TS, bedarfsger. Spielraum für Pinsp., Peep, Auskultation bei Bedarf...							
(5) Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)							
Leistung		Häufigkeit		Dauer			
		tgl. wtl. mtl.		vom bis			
z. B. noch Medikamentengabe, Stützstrümpfe, Katheter, Wundversorgung,							
Darmmanagement, Positionswechsel zur Antidekubitusprophylaxe,							
(Bedienung des Beatmungsgerätes) + nach Bedarf							
Name des Arztes / der Ärztin				ärztliche Unterschrift			
Ausfertigung für die Krankenkasse							



Kommentar zu (1)

AKI-Bedarfsmedikamente, keine sonstigen.

Kommentar zu (2)

Hier sollten Einträge gemacht werden, denn wenn keine NFM notwendig, kann AKI schwerlich gerechtfertigt werden. Hier gemachte Angaben sollten sich auch in der Dokumentation wiederfinden (z. B. Leitlinie Krampfanfall, Verhalten bei Geräte- oder Stromausfällen).

Kommentar zu (3) Therapieziele

Therapieziele der AKI sind in der AKI-RL des G-BA in § 2 Abs. 1 u. 2 formuliert. Falls Potenzial zur Entwöhnung u. Dekanülierung in 62 A dokumentiert, stehen Weaning u. Dekanülierung oder vorbereitende Maßnahmen im Vordergrund. Wenn Potenzial ausgeschlossen ist, können hier eingetragene Formulierungen übernommen werden. Falls Optimierungsbedarf besteht oder die Lebensqualität durch konkrete Maßnahmen verbessert werden können, ebenfalls eintragen.

Kommentar zu (3) MRE-Besiedelung

Wird hier ein Eintrag vorgenommen, sollte auch unter (4c) ein Eintrag erfolgen. Es handelt sich um besonders sensible PatientInnendaten, Konsequenzen dieses Eintrages sind unklar. Diskriminierung kann nicht ausgeschlossen werden.

Kommentar zu (3a)

Logisch bei "Potenzial", da Heilmittel hier gezielt im Rahmender AKI eingesetzt, Sinn ergeben. Problem: AKI-Pat. Erhalten auch bisher Heilmittel zur leitlinienkonformen Behandlung ihrer meist komplexen Grunderkrankung, z. B. Physiotherapie zur Kontrakturprophylaxe, Logopädie bei Störungen der Mundmotorik etc. Nun werden diese bisher grunderkrankungsbezogenen Heilmittel im Rahmen der AKI "mitverordnet", obwohl diese bisher auch Funktionseinschränkungen fokussierten, die nicht unbedingt AKI-relevant sind. Wir sehen hier die Gefahr von einer "Einmischung" in individuelle Therapieziele, die nicht unbedingt AKI-relevant sind. Es gibt leider keine Option der Kenntlichmachung, dass die Heilmittel zwar krankheitsbezogen, jedoch nicht ausschließlich AKI-spezifisch zu verstehen sind. Möglicherweise hilft ein entsprechender Satz auf einem Beiblatt

Kommentar zu (4)

Wenn unter (3) Therapieziel "Sicherstellung der Vitalfunktionen" angegeben ist, sollten entsprechende Parameter auch täglich dokumentiert werden, inkl. Krisensituationen, Prophylaxe und Notfallmaßnahmen. Die Leistung der AKI setzt krankheitsbedingte potenziell täglich auftretende vitale Notlagen voraus, die kaum verhindert werden können (Ziel der AKI), wenn keine Parameter erhoben und kontrolliert werden.

Kommentar zu (4a)

Andere Maßnahmen des Sekretmanagements fehlen hier (z.B. Cough-Assist, Rüttelweste), sollten unter (4d) Hygienemaßnahmen aufgezählt werden. Tagesformabhängige oder infektbedingte Schwankungen bei Absaugen/Inhalation können hier nicht abgebildet werden. Bei mehr als einer zu inhalierenden Substanz, passt das nicht ins Feld.

Kommentar zu (4b)

Welche Parameter (Beatmungseinstellungen) hier genau anzugeben sind, ist unklar. Zeile reicht nur für ausgewählte Parameter, nicht aber für differenzierte Angaben, unterschiedliche Einstellungen bei Tag und Nacht oder „Spielräume“ im Infektfall. Evtl. Beiblatt nutzen.



Kommentar zu (4d)

Hygienemaßnahmen, falls unter (3) Problemkeimbesiedelung angegeben wurde.
Sonstige AKI-Maßnahmen erläutern, die aus Platzgründen oben nicht genannt wurden - z. B. Interventionen, Gegenmaßnahmen oder vorbeugende Maßnahmen, die, bezogen auf die Funktionseinschränkungen dazu dienen, vitale Krisen und Komplikationen zu verhindern, wie z. B. Lagerungsmanöver, Einsatz Ambubeutel etc.

Kommentar zu (5)

Für den Zeitraum in dem AKI verordnet ist (z.B. 24 h oder nachts), sind alle Maßnahmen der Behandlungspflege / HKP durch die Intensivpflegekraft zu erbringen. Wenn nur zeitweilig AKI verordnet ist, z. B. nachts, kann zusätzlich punktuelle Behandlungspflege nach HKP für die übrigen Zeiträume verordnet werden (also 2 verschiedene Verordnungen AKI und HKP). Möglichst Beiblatt nutzen, da "nach Bedarf" nicht abgebildet wird. Maßnahmen siehe HKP-Leistungskatalog. Hier genannte behandlungspflegerische Maßnahmen sollten sich in der Dokumentation wiederfinden.