



Vordruckformulare AKI 62 A, B, C für Menschen mit Beatmungsbedarf und oder Tracheostoma – 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 "Vordruckerläuterungen". Mehr Informationen finden Sie in der Broschüre der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, "PraxisWissen Außerklinische Intensivpflege", 11.2023

Bei unserer Kommentierung handelt es sich um eine interessengeleitete Erläuterung im Sinne der Betroffenen. Die Kommentierung der Vordruckformulare erfolgte durch das Projekt "das Recht auf Außerklinische Intensivpflege – Begleitung und Umsetzung aus Betroffenenperspektive" im **Januar 2024**, 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 der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. - ISL gegründeten Plattform www.aki-hkp.de ihre Erfahrungen mit der Umsetzung des GKV-IPReG (z.B. zu der Suche nach potenzialerhebenden Ärzt*innen) anonym zusenden (oder alternativ per E-Mail an: aki@isl-ev.de). Die Berichte werden dort mit Zustimmung der Betroffenen anonymisiert veröffentlicht. Die Vielzahl der Berichte aus erster Hand machen es erst möglich, die Umsetzung des GKV-IPReG nachvollziehbar zu monitoren, zu begleiten und die Politik mit den alarmierenden Missständen zu konfrontieren.

Allgemeine Hinweise

Diese Kommentierung richtet sich an Betroffene mit Beatmungsbedarf und/oder einer Trachealkanüle. Die Verordnungformulare 62 A, B, C enthalten an entscheidenden Stellen keine Freitextfelder. Allgemein ist die zulässige Zeichenanzahl stark begrenzt. Dies hat zur Folge, dass komplexe Sachverhalte, Differenzierungen und summierende Faktoren nicht abgebildet werden können, was in der Konsequenz zur Anspruchsminderung führen kann. Diese Begrenzung kann durch handschriftliches Ausfüllen der Verordnungsvordrucke 62 umgangen werden. Elektronisches oder handschriftliches von Beiblättern ist eine mögliche Alternative. Da die Verordnungsvordrucke 62 die Grundlage der Prüfung der Anspruchsberechtigung durch den Medizinischen Dienst (MD) bilden, ist es wichtig, sowohl die permanente krankheitsspezifische Notwendigkeit lebenserhaltender Maßnahmen, aufgrund vitaler Funktionsstörungen, zu dokumentieren als auch zusätzliche schwere Funktionsstörungen, bspw. der Motorik oder Kognition abzubilden.

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. Andererseits besteht durch zu knappe Ausführungen die Gefahr der Anspruchsminderung.

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 sowie anderen An- und Zugehörige. Mehr zu dem Projekt finden Sie in unserem [barrierefreien Flyer \(PDF\)](#).



Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 10.05.2022**

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

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

z. B. "Bei Diskonnektion nach 5 Minuten atmend mit Beginn respiratorischer Erschöpfung."

- (1a) Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

z. B. "Blauschlucktest positiv / FEES-Befund" oder z. B.: "kein Anhaltspunkt für eine Aspiration." oder "noch kann Tracheostoma-Indikation mit Sekretmanagement verzögert werden" oder...

(2) Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor (3) zur Beatmungsentwöhnung zur Dekanülierung

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

--hier sind nur bei vorhandenem Potenzial Eintragungen vorzunehmen--

TTMMJJ

(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

z. B. "Eine 24h Beatmung ist notwendig aber mit Maske nicht sicherzustellen."

- (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

TTMMJJ

Erneute Erhebung geplant am

TTMMJJ



Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Aa (1.2023)



Potenzialerhebung / Blatt A

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. Ein Bedarf an AKI ergibt sich aus vitalen Funktionseinschränkungen in Kombination mit wesentlichen weiteren Funktionseinschränkungen – z.B. schweren motorischen Funktionsstörungen, z.B. der Kognition oder der (alterseingeschränkten) Fähigkeit zum Selbstmanagement (Kinder sind immer in der Mitwirkung eingeschränkt).

Kommentar zu A (1) Maßnahmen zur Prüfung

Achtung: bei invasiver Beatmung müssen die Indikation und Prüfung des Potenzials, jeweils für Beatmung und Trachealkanüle getrennt gestellt werden bzw. erfolgen. Sollte die Trachealkanüle zur Sicherung der Beatmung dienen und nicht wegen einer Dysphagie medizinisch begründet sein, ist das zu vermerken in (8).

Verweisen die Diagnosen in 62 B auf eine unheilbare oder fortschreitende Erkrankung, dürften nicht-invasive Methoden ausreichen. Die körperliche Unversehrtheit muss gewahrt werden. Liegen zusätzliche Faktoren vor, raten wir zur Verwendung eines Beiblattes. Zwerchfellschrittmacher, Unterdruckbeatmung, Highflow- und Schlafapnoe-Beatmung, etc. fehlen bei der Aufzählung der Beispiele (sie können in Verbindung mit Unselbständigkeit AKI auslösen und sollten an dieser Stelle genauso behandelt werden wie Beatmung und Tracheostoma).

Kommentar zu A (1a) Schluckdiagnostik

Wenn Dysphagie vorliegt und deshalb ein Tracheostoma notwendig ist, Diagnostik (z.B. FEES, Blauschlucktest) und Befund - z.B. neurogene Dysphagie. Wenn keine Dysphagie vorliegt, muss die Notwendigkeit einer Trachealkanüle an einer anderen Stelle trotzdem begründet werden, z.B. bei (8).

Kommentar zu A (3/4) Potenzial liegt vor

Unbedingt für Trachealkanüle und Beatmung getrennt zu beachten. Ankreuzen befristet hier an dieser Stelle 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 Weaningseinheiten. Nur die nach DGP-zertifizierten Zentren haben aktuell "Qualitätsverträge" mit den Krankenkassen, die wegen möglicher "Erfolgsprämien" kritisch zu betrachten sind. Es empfiehlt sich nach Auswahl einer Einrichtung den ärztlichen und pflegerischen Personalschlüssel für Tag/Nacht zu recherchieren, da bei komplexen Behinderungen möglicherweise ungeeignet. Wie und ob die Mitaufnahme von Begleitpersonen geregelt ist, ist uns aktuell nicht bekannt. Für Kinder gibt es keine zertifizierten Weaningseinheiten.

Kommentar zu A (5) Potenzial kann vorliegen

Bezogen auf den Ordnungszeitraum von max. 12 Monaten.

Kommentar zu A (6) vorbereitende Maßnahmen

Wenn perspektivisch Potenzial nicht zuverlässig auszuschließen ist, müssen unter (6) die „vorbereitenden Maßnahmen“ (z.B. intensive Physiotherapie) eingetragen werden, die eine Hebung (d.h. Förderung) des Potenzials in Zukunft aussichtsreicher machen. Diese Maßnahmen müssen dann auf 62 C im Behandlungsplan ebenfalls aufgeführt werden. Falls Einträge unter (5) erfolgen, immer nach Beatmung und Trachealkanüle unterscheiden.



Kommentar zu A (8) Begründung, warum kein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorliegt

z.B. warum keine Entwöhnung oder Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung (NIV) möglich ist oder warum keine Reduzierung der Beatmungszeit möglich ist. **Bei invasiver Beatmung immer jeweils die Indikation für Tracheostoma UND (getrennt) Beatmung angeben.** Wenn differenzierte Angaben notwendig sind, empfehlen wir ein Beiblatt zu verwenden.

Kommentar zu A (9) Maßnahmen zur Therapieoptimierung

Hier sollten geplante ambulante oder stationäre Wiedervorstellungen zur Beatmungskontrolle nur genannt werden, wenn diese Termine aus Kapazitätsgründen nicht ständig abgesagt oder verschoben werden. Möglich ist auch: „aktuell kein Bedarf an weiterführenden Maßnahmen“. Therapieoptimierung ist nicht gebunden an vorhandenes oder nicht vorhandenes Potenzial.

Kommentar zu A (10), Kästchen 1

Erfolgt im Zeitraum von zwei Jahren nach dreimaliger Erhebung erneut die Bestätigung, dass kein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung/Dekanülierung vorliegt, sind weitere Potenzialerhebungen nach § 5 Abs. 6 AKI-RL 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 Ärzt*innen machen hier bereits einen Haken, wenn sie die Patient*innen länger kennen und kein Potenzial vorliegt.

Kommentar zu A (10) Kästchen 2

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

Kommentar zu A (11) weitere Erläuterungen

z.B. Aussagen zur Hustenfähigkeit, Atelektasen, Bronchostenosen, Tag und Nacht Modus, Bedarfsfall oder Auslöser (wie Allergie), Schwankung der Tagesform.



Freigabe 30.05.2022

Verordnung außerklinischer Intensivpflege 62B

Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code) (1) _____

(2) vom _____ bis _____

Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) _____

(3) Krankenkasse bzw. Kostenträger: _____
 Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____
 Kostenträgerkennung: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____
 Betriebsstätten-Nr.: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____

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

I. Klinischer Status

(3a) Beatmung, seit _____ (4) _____ (5) _____

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

Tracheostoma, seit _____

(6) Trachealkanüle: 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
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> Zeit	<input type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input type="checkbox"/> Situation nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Nackengriff
				<input type="checkbox"/> Schürzengriff
				<input type="checkbox"/> Faustschluss
				<input type="checkbox"/> Pinzettengriff

(12) **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)
 oder z. B. "Im Notfall abhängig von sofortiger (fachlicher) Intervention"

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes

Muster 62Ba (1.2023)

Verordnung: Blatt B, Seite 1

Kommentar zu B (1) verordnungsrelevante Diagnosen

AKI-relevante Diagnosen (vitale Funktionseinschränkungen z.B. der Atmung, des Schluckens, des Stoffwechsels) immer zuerst eintragen. Diagnosen, die Unselbstständigkeit belegen folgend, dann erst die Grunderkrankung. Platzproblem!

Bei a) invasive 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 bzw. wichtige noch, weitere schwere Funktionseinschränkung der Motorik oder Kognition

bei b) nicht-invasive 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 immer in der Kombination mit anderen schweren motorischen / kognitiven Funktionsstörungen, welche die Selbstständigkeit einschränken 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 aufgrund einer schweren Erkrankung zugewiesen werden.

Kommentar zu B (2) Verordnungszeitraum/Dauer

Die Dauer richtet sich danach, ob Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorliegt oder perspektivisch vorliegen könnte. Nur wenn kein Potenzial auf Verbesserung besteht, kann die nächste Erhebung alle 12 Monaten durchgeführt und die Verordnung für 12 Monate ausgestellt werden (§ 5 Absatz 5 AKI-RL), sonst alle 6 Monate.

Kommentar zu B (3) Erst- oder Folgeverordnung

Folgeverordnung ankreuzen, wenn es sich um eine Bestandsversorgung handelt, die bisher über Häusliche Krankenpflege (HKP) lief.

Kommentar zu B (3a) Beatmungsform

Spezialfälle wie Zwerchfellschrittmacher, Highflow- und nächtliche Apnoe-Beatmung, Unterdruckbeatmung, etc. können hier nicht abgebildet werden. Wir empfehlen deshalb entweder ein Beiblatt zu verwenden oder in (10) einzutragen.

Kommentar zu B (4) Beatmungsdauer

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

Kommentar zu B (5) Zeiten der Spontanatmung (=ohne Beatmung)

Nur krisenfeste Spontanatmungszeit angeben, d.h. Spontanatmungszeit, die unter allen Umständen möglich ist, da abweichende Bedarfe an zusätzlicher Beatmung (Tagesform, Infektfall, Erschöpfung) hier nicht abbildbar sind, sowie auch keine zusätzliche Differenzierung: z.B. mehrere Spontanatmungs-Intervalle über den Tag verteilt (z.B. 3 x 20 Minuten pro 24 h). Bei Bedarf Beiblatt nutzen.

Kommentar zu B (6) Trachealkanüle

Trachealkanülen mit Hochdruck-Cuff, die im Tagesverlauf sowohl geblockt als auch ungeblockt eingesetzt werden (z.B. Bivona TTS) werden nicht erfasst. Es fehlt in 62 B (6) jede Möglichkeit der Differenzierung, so empfehlen wir diese auf einem Beiblatt zu erläutern.



Kommentar zu B (7) Entblockungszeiten

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

Kommentar zu B (8) durchschnittliche Absaugfrequenz

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. Wenn keine endotracheale, aber andere Absaugpflicht besteht, dann in diesem Fall „endotracheale“ händisch durchstreichen und „nasal“ oder „oral“ ergänzen.

Kommentar zu B (9) Absaugen regelmäßig oder nicht regelmäßig

IMMER „zu unregelmäßigen Zeiten“ ankreuzen, da im Bedarfsfall sofort interveniert werden muss!

Kommentar zu (10) sonstige vitale Funktionseinschränkungen

Hier können sonstige AKI-relevante Diagnosen erfasst werden, z. B. Probleme bei der Sekretlimitation, Schluckstörung, Apnoe, Entsättigungereignisse, Hypoxie, Husteninsuffizienz, Epilepsie, vegetative Dysregulation, Bradykardie-Syndrom, Hyperreflexie, hypotone Krisen, respiratorische Insuffizienz, metabolische Krisen, dystone Krisen, Kardiomyopathie, Tumorleiden usw. aber auch Grunderkrankung, wenn sie oben bei B (1) aus Platzgründen nicht genannt werden konnte.

Kommentar zu (11) Bewusstseinsstörung

Hier werden kognitive Funktionsbeeinträchtigungen abgebildet. Hinweis: im potenziell täglich auftretenden Notfall sind in der Regel bei allen Patient*innen sowohl der Bewusstseinszustand eingeschränkt sowie die Handlungs- und Kommunikationsfähigkeit nicht mehr gegeben.

Kommentar zu B (12) Mitwirkung, Kommunikation, Mobilität

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 oder Atemnot 112 wählen sowie 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 können sich nicht selbständig aus einer Notlage befreien. Dies kann der Fall sein, aufgrund schwerer motorischer Funktionsstörungen, kognitiver oder kommunikativer Funktionsstörungen (auch geblockte Kanüle) oder altersmäßigen Einschränkungen z.B. bei Kindern oder aufgrund der Tatsache, dass kein Mensch bei drohendem Erstickten 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 fehlen hier die entscheidenden Differenzierungen zur Angabe z.B. des Kraftgrades und der Beweglichkeit in Abhängigkeit von der Schwerkraft, weswegen die Aussagekraft der „Kreuze“ einerseits im Einzelfall gering ist, andererseits zur Anspruchsminderung führen kann.



Kommentar zu B (13) erforderlicher Leistungsumfang

Hier ist der Zeitraum einzutragen, in dem **aus ärztlicher Sicht**, spezielle Krankenbeobachtung und Interventionsbereitschaft medizinisch indiziert und sicherzustellen sind. Störungen wie Dysphagie oder Husteninsuffizienz halten sich nicht an bestimmte Tageszeiträume - die Gefahr, der in diesem Zusammenhang potenziell täglich eintretenden, lebensgefährlichen Ereignisse, besteht in der Regel Rund-um-die-Uhr. Vitale Funktionseinschränkungen verschwinden nicht stundenweise.

Dies **ist nicht das Feld**, in dem die „Eigenbeteiligung“ von An- und Zugehörigen dokumentiert wird. Die Zeiten, in denen man die Leistung AKI (freiwillig) nicht beanspruchen möchte, (weil z.B. durch Angehörige erbracht, etc.), werden erst auf S. 2 des Formulars 62 B, eingetragen. Umfasste die alte HKP-Verordnung (seit Jahren) lediglich so und so viele Stunden (z.B. 8, 12, 16) kann man dies hier weiterführen und sollte sich auf Nachfragen einstellen. Das Formular lässt leider keine Darstellungen komplexer Bedarfssituationen zu, ohne dass die Gefahr von Leistungskürzungen und Unterversorgung besteht.

Kommentar zu B (14) keine Aussicht auf Verbesserung seit mindestens 2 Jahren

„Kein Entwöhnungspotenzial“ rechtfertigt eine Streckung des Ordnungszeitraumes und Terminierung der nächsten Potenzialerhebung, auf ein Jahr (siehe § 5 Absatz 5 AKI-RL).

Abhängig vom Datum der ersten Erhebung kann das Ankreuzen bei (14) frühestens 2025 erfolgen. bei bekannten Patient*innen ist es jedoch unschädlich, durch ein Ankreuzen zu signalisieren, dass hier niemals Entwöhnungspotenzial vorgelegen hat, siehe Kommentar A (10), Kästchen 2 auf 62 A.

Kommentar zu B (15) Erhebungen zur Therapieoptimierung

Erhebung zur Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist schon aus ethischen Gründen ärztlich immer anzukreuzen. Es sei denn, der/die Arzt*in erwartet keine nächste Verordnung für den/die Patient*in oder gibt ihn/sie per „Kreuz“ auf.

„Werden durch Patienten nicht gewünscht“ anzukreuzen ist wegen möglichen Sanktionen nicht anzuraten. Die Ankreuz-Alternativen hebeln hier § 5 Absatz 6 AKI-RL aus, welche Ausnahmen von der Potenzialerhebung, bzw. die Entkopplung von Verordnung und Potenzialerhebung in Fällen vorsieht, in denen, über einen Zeitraum von zwei Jahren kein Potenzial nachgewiesen wurde. Werden die Vordrucke an dieser Stelle nicht verändert, kommt es Formularbedingt zu „Endlosschleifen“ eigentlich unnötiger Potenzialerhebungen.

Kommentar zu B (15) weitere Erläuterungen

Hier können Hinweise auf weitere Funktionseinschränkungen oder zusätzliche und für die AKI maßgebliche Faktoren eingetragen werden: z.B. „fortschreitende Erkrankung“ oder: „keine Zustandsänderung zu erwarten“, oder mögliche Trigger wie z.B. Stress, Infekte oder unbedingt der Hinweis aus A (8), dass sich lebensbedrohliche Ereignisse derart dramatisch zeigen können, dass sofortige Intervention binnen Minuten erforderlich ist und sich der/die Betroffene keinesfalls selbst aus dieser potenziell täglich eintretenden Notlage, befreien kann.

Kommentar zu B (16) Konsilpartner

Ein/e Konsilpartner*in ist bei Beatmung oder Tracheostoma nicht zwingend notwendig, kann jedoch bei Unklarheiten zum erforderlichen Versorgungsumfang hilfreich sein, um Anspruchsvoraussetzungen zu sichern. Konsilpartner*innen können telemedizinisch einbezogen werden. Namentliche Dokumentation. Siehe § 9 Absatz 2 AKI-RL.



Besonders wenn Hausärzt*in verordnet, ist Konsilpartnerschaft notwendig, wenn bspw. neben nächtlicher Maskenbeatmung auch tagsüber zusätzlicher Überwachungsbedarf besteht z. B. aufgrund von Dysphagie. Danach müssen Sie den/die Hausärzt*in überzeugen, den/die Fachärzt*in anzurufen, der/die dann die aufwändige und unzureichend vergüteten Leistungen der Verordnung, inklusive Behandlungsplan und die Koordination der Versorgung zu übernehmen hat. Die Hürde ist sehr hoch, insbesondere, wenn es bereits vorausgehende Meinungsverschiedenheiten gab oder die Kommunikation zwischen Haus- und Fachärzt*innen generell schwierig ist.

Kommentar zu B (17) sonstige Hinweise

z. B. „Im Notfall abhängig von sofortiger (fachlicher) Intervention“ oder „lebenslimitierende Erkrankung“.



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 bis

- (18) in meinem Haushalt im Haushalt einer sonstigen Person in einer Werkstatt für behinderte Menschen an sonstigen geeigneten Orten
 in einer vollstationären Pflegeeinrichtung in einer Schule, Kindergarten in einer Wohneinheit
 in einer betreuten Wohnform in einer sonstigen Einrichtung

(19) Leistungsort

Name des Leistungsortes _____
 Straße, Haus-Nr _____
 PLZ _____ Ort _____

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

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

- (21) 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

Bevollmächtigte/r bzw. Betreuer/in

Name _____
 Straße, Haus-Nr _____
 PLZ _____ Ort _____
 Telefonnummer (freiwillige Angabe) _____

 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. (22)

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

Verordnung: Blatt B, Seite 2 (Antrag des Versicherten)

Kommentar zu B (18) Leistungsorte

Aufzählung der Leistungsorte gemäß dem Gesetz ist hier unvollständig abgebildet. Es würde das Aufenthaltsbestimmungsrecht einschränken, wenn keine "sonstigen geeigneten Orte" aufgesucht werden dürfen, die im Gesetz aber ausdrücklich erwähnt sind (z.B. Straßenbahn, Einkauf, Freizeit, Bibliothek, unterwegs etc.). Mobiles Leben ist ohne die "sonstigen geeigneten Orte" nicht abzubilden

Kommentar zu B (19) Haushalt als Leistungsort

Wenn Kreuz bei "in meinem Haushalt", dann bei Leistungsort die Anschrift angeben.

Kommentar zu B (20) Beteiligung wird angestrebt

Wird Eigenbeteiligung angekreuzt, verpflichten sich Angehörige zur Beteiligung im gesamten Verordnungszeitraum (6 oder 12 Monate). Wenn Angehörige z.B. täglich 2 Stunden selbst übernehmen, steht auf 62 B trotzdem bei „Erforderlicher Umfang der AKI“ z.B. 24 Stunden. Denn die Kasse reduziert bei der Kostenübernahme für den Leistungserbringer den ärztlich verordneten Stundenumfang um den angestrebten Stundenumfang der Selbstbeteiligung durch Angehörige.

Bei gewünschten Stundenkontingent: Auf 62 B wird vom Arzt die medizinisch indizierte tägliche Stundenzahl eingetragen und ergänzend bei (17) "Sonstige Hinweise" der Eintrag vom Arzt vorgenommen "Kontingent von x Stunden pro Monat oder pro Woche". Dann wird vom Versicherten unter (20) "Ja" eingekreuzt und die Differenz zu 24 Stunden, bezogen auf einen monatlichen Eigenanteil, eingetragen. Händisches Eintragen des gewünschten monatlichen Kontingents ist unter (20) möglich.

[Die Abgrenzungs-RL zwischen Grund- und Behandlungspflege](#) ist zu beachten - pauschale Anrechnung von Grundpflege darf nur bei reiner Sachleistung und wenn Grund- und Behandlungspflege erbracht werden, erfolgen. Wenn An- u. Zugehörige Versorgungszeiten übernehmen, sollten Behandlungspflege ebenfalls dokumentiert werden.

Kommentar zu B (20) und (21)

Die hier anzukreuzenden Optionen widersprechen der gesetzlichen Intention des GKV-IPReG, in der eine freiwillige Beteiligung der Angehörigen an der AKI ermöglicht werden sollte, da die Kasse bei der Kostenübernahme für den Leistungserbringer den ärztlich verordneten Stundenumfang um den angestrebten Stundenumfang der Selbstbeteiligung durch Angehörige reduziert.

Wenn hier Eintragungen vorgenommen werden, z.B. "Ja, 8 Stunden täglich", reduziert sich der tägliche Leistungsumfang um die hier genannte Stundenzahl. Angehörige haben dann auch bei kurzfristiger Verhinderung keinen Anspruch auf die Leistung.

Kommentar zu B (21) Beteiligung wird nicht angestrebt

Einspringen im Notfall bei Dienstaussfällen ist hier nicht gemeint! Die freiwillige oder erzwungene Beteiligung durch Dienstaussfälle, wird durch Nichtabrechnung der entsprechenden Zeiten in der Leistungsdokumentation des Dienstleiters dokumentiert, nicht aber an dieser Stelle und darf lt. AKI-RL nicht vom „Verordnungsumfang“ abgezogen werden. Ein Eintrag unter „Übernahme von Leistungen“ bedeutet quasi ein Verzicht auf Leistungen durch den Leistungserbringer.

Kommentar zu B (22) Angaben des Leistungserbringers

Beim persönlichen Budget unausgefüllt lassen, händisch schreiben "persönliches Budget siehe Beiblatt" und dann im Beiblatt (formlos, A4) erläutern. Angaben des Leistungserbringers nach § 132I sind nur vom Pflegedienst oder stationärem Leistungserbringer auszufüllen. Wir empfehlen ein Beiblatt mit Informationen zum persönlichen Budget.



<p>Krankenkasse bzw. Kostenträger Freigabe 30.05.2022</p> <p>Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____</p> <p>Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ Status _____</p> <p>Betriebsstätten-Nr. _____ Arzt-Nr. _____ Datum _____</p>	<p style="text-align: right;">Behandlungsplan 62C</p> <p>Bedarfsmedikamente für AKI</p> <p>(1) z. B. Sauerstoff, Atrovent, Tavor, Diazepam</p> <hr/> <p>Notfallmanagement</p> <p>(2) z. B. Beatmung / Trachealkanüle, Epilepsie, vegetative Dysregulation, Stromversorgung, Dyspnoe, Sekretmanagement</p>						
<p>(3) Therapieziele</p>							
<p>z. B. Sicherstellung der Vitalfunktionen, Vermeidung lebensbedrohlicher Komplikationen, Erhalt des Gesundheitszustands, Erhalt der Lebensqualität</p> <p>MRE-Besiedelung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgender Keim _____</p>							
<p>(3a) Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie</p>							
<p>(4) Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege</p>							
<p><input type="checkbox"/> Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter _____ z. B. O2, HF, Blutdruck, Temp, CO2, (Beatmungsprotokoll)</p> <p><input type="checkbox"/> Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Tracheotomie</td> <td style="width: 33%;">Trachealkanüle</td> <td style="width: 34%;">Befeuchtung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch</td> <td>Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____</td> <td><input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv</td> </tr> </table>		Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung	<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv
Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung					
<input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm _____	<input type="checkbox"/> passiv <input type="checkbox"/> aktiv					
<p>(4a) <input type="checkbox"/> Sekretmanagement</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Absauggerät</td> <td style="width: 50%;">Inhalationsgerät</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____</td> <td><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Häufigkeit pro Tag _____ Medikament/Substanz _____</td> </tr> </table> <p><input checked="" type="checkbox"/> Dysphagiemanagement Essen andicken/pürieren, Essenbegleitung, Medikamente mörsern, Absaugen, Haltungsänderung</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes Beatmungsgeräteeinstellungen</p>		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 _____		
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 _____						
<p>(4b) z. B. Astral 150 (A)PCV, AF nachts, AF tags, Pinsp., Peep, Sicherheits-VT, Trigger</p>							
<p>(4c) <input type="checkbox"/> Sauerstoffinsufflation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Notfallversorgung</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">mit Beatmung</td> <td style="width: 33%;">unter Spontanatmung</td> <td style="width: 34%;">Mobilität</td> </tr> <tr> <td>Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> <td>Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> <td>Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____</td> </tr> </table>		mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____
mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität					
Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____	Flow _____ l/min Dauer h/tgl. _____					
<p>(4d) <input checked="" type="checkbox"/> Spezielle Hygienemaßnahmen z. B. Herstellerhinweise, Bezug auf Keime...</p>							
<p>(4e) Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)</p> <p>z. B. Sekretmanagement nach Bedarf, Cough Assist nach Bedarf, Drainagerückführung nachts, absaugpflichtiges TS, bedarfsger. Spielraum für Pinsp., Peep, <u>alle Maßnahmen nach Bedarf...</u></p>							
<p>(5) Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)</p>							
Leistung	Häufigkeit	Dauer					
Medikamentengabe, Stützstrümpfe, Wundversorgung	tgl. wtl. mtl.	vom bis					
Name des Arztes / der Ärztin _____		ärztliche Unterschrift					
Ausfertigung für die Krankenkasse		Muster 62Ca (1.2023)					

Behandlungsplan / Blatt C

Wir raten dazu die **gesamte Behandlungspflege auf einem Beiblatt (A4)** in aller Komplexität (inkl. Schwankungen, Infektfall und variierende Tagesformabhängigkeit) von Ihrem verordnenden Arzt oder Ihrer verordnenden Ärztin mit Unterschrift abzubilden und mit der Verordnung einzureichen.

Kommentar zu C (1) Bedarfsmedikamente

AKI-Bedarfsmedikamente, d.h. Medikamente, die vital bedrohliche Notfälle verhindern sollen, keine sonstigen.

Kommentar zu C (2) Notfallmanagement

Hier müssen Einträge wie z.B. orale Absaugung als Hustenassistenz gemacht werden, denn wenn kein Notfallmanagement notwendig, kann AKI schwerlich gerechtfertigt werden z. B. Überwachung der Mahlzeiten, Maßnahmen zum Schutz vor Aspiration (Sekretmanagement) oder Dysphagie, manuelle Beatmung (durch einen Ambubeutel) im Notfall etc. – immer individuell u. krankheitsspezifische Einträge vornehmen. An dieser Stelle gemachte Angaben, sollten sich auch in der Dokumentation und bei den Hilfsmitteln wiederfinden (z. B. Leitlinie Atemnot, Verhalten bei Geräte- oder Stromausfällen). Jede Maßnahme zum Freihalten der Atemwege muss dokumentiert werden.

Kommentar zu C (3) Therapieziele

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

Kommentar zu C (3) Keimbeseidlung

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

Kommentar zu C (3a) Heilmitteltherapie

Nachvollziehbar bei vorhandenem Potenzial, da Heilmittel hier gezielt im Rahmen der AKI eingesetzt werden können. Problem: auch AKI-Betroffene ohne Potenzial zur Entwöhnung erhalten 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" und damit auf deren Kontext bezogen. Wir sehen hier die Gefahr einer Vereinnahmung und "Einmischung" in individuelle Therapieziele, die nicht unbedingt AKI-relevant sind, sondern grunderkrankungsbezogen notwendig. Es gibt leider keine Option der Kenntlichmachung, dass die Heilmittel zwar krankheitsbezogen, jedoch nicht ausschließlich AKI-spezifisch zu verstehen sind. Möglicherweise hilft ein entsprechender Hinweis auf einem Beiblatt.

Kommentar zu C (4) Vitalparameter

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 C (4a) Absaugung

Andere Maßnahmen des Sekretmanagements fehlen hier (z.B. Cough-Assist, Rüttelweste, manuelle Abhusthilfe) und sollten unter **(4e) "Sonstige eingeleitete Maßnahmen"** aufgezählt werden. Tagesformabhängige oder infektsbedingte Schwankungen bei Absaugen/Inhalation können hier nicht abgebildet werden. Bei mehr als einer zu inhalierenden Substanz fehlt das Feld. **Jede Maßnahme zum Freihalten der Atemwege muss dokumentiert werden.**

Kommentar zu C (4b) Beatmungseinstellungen

Welche Parameter (Beatmungseinstellungen) hier genau anzugeben sind, ist unklar. Zeile reicht nur für ausgewählte Parameter, nicht aber für differenzierte oder gar vollständige Angaben sowie unterschiedliche Einstellungen für Tag und Nacht oder ärztlich eingeräumte Abweichung im Infektfall. Evtl. Beiblatt für gesamte Behandlungspflege erstellen.

Kommentar zu C (4d) Hygienemaßnahmen

Hygienemaßnahmen, falls unter (3) Problemkeimbesiedelung angegeben wurde.

Kommentar zu C (4e) Sonstige eingeleitete Maßnahmen

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, Ambubeutel etc.

Kommentar zu C (5) medizinische Behandlungspflege

Für den Zeitraum in dem AKI verordnet ist (z.B. "nächtliche Beatmung"), sind auch alle zusätzlichen Maßnahmen der Behandlungspflege (z. B. Erhebung der Vitalparameter und Sekretmanagement) durch die Pflegefachkraft zu erbringen. Wenn dann tagsüber weiterer punktueller Behandlungsbedarft besteht, z.B. 3 x Katheterversorgung und 2 x Medikamentengabe, wäre eine zweite Verordnung notwendig: nachts AKI, tagsüber HKP. Eine zusätzliche HKP-Verordnung kommt jedoch nur in Frage, wenn es sich im Verordnungszeitraum um punktuelle und planbare behandlungspflegerische Leistungen (siehe HKP-Verzeichnis) handelt und keine spezielle Krankenbeobachtung oder spontanes Eingreifen aufgrund unvorhergesehener lebensbedrohlicher Ereignisse notwendig ist. Die Aufzählung aller behandlungspflegerischen Leistungen an dieser Stelle wird empfohlen, ist jedoch aus Platzgründen häufig nicht möglich. Wir empfehlen daher ein Beiblatt zu nutzen, um bspw. auch den Bedarfsfall abbilden zu können. Hier genannte behandlungspflegerische Maßnahmen sollten sich in der Dokumentation wiederfinden.