

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

65. Änderung
der Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung
vom 1. April 1995
(Anlage 2 BMV-Ä)

Artikel 1

Änderungen der Vordruckvereinbarung

1. Die Nummern 2.62A sowie 2.62A.1 bis 2.62A.3 werden wie folgt neu eingefügt:

„2.62A **Muster 62A: Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA (Stand: 01.2023)**

2.62A.1 *Für die Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist das anliegende Muster 62A zu verwenden.*

2.62A.2 *Das Muster 62 A besteht aus einem dreiseitigen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:*

Muster 62Aa: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Ab: Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Muster 62Ac: Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt

2.62A.3 *Für den Flächendruck von Muster 62Aa ist rote Farbe zu verwenden. Die Muster 62Ab und 62Ac erhalten keinen farbigen Flächendruck. Nr. 1.1.5 gilt entsprechend. Der Vordruck erhält das Format DIN A 4 hoch.“*

2. Die Nummern 2.62B sowie 2.62B.1 bis 2.62B.3 werden wie folgt neu eingefügt:

„2.62B **Muster 62B: Verordnung außerklinischer Intensivpflege**
(Stand: 01.2023)

2.62B.1 *Für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege ist das anliegende Muster 62B zu verwenden.*

2.62B.2 *Das Muster 62B besteht aus einem dreiseitigen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:*

*Muster 62Ba: Ausfertigung für die Krankenkasse
(rückseitig der Antrag des Versicherten)*

Muster 62Bb: Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

Muster 62Bc: Ausfertigung für den verordnenden Arzt

2.62B.3 *Für den Flächendruck von Muster 62Ba ist rote Farbe sowohl für die Vorder- als auch für die Rückseite zu verwenden. Die Muster 62Bb und 62Bc erhalten keinen farbigen Flächendruck. Nr. 1.1.5 gilt entsprechend. Der Vordruck erhält das Format DIN A 4 hoch.“*

3. Die Nummern 2.62C sowie 2.62C.1 bis 2.62C.3 werden wie folgt neu eingefügt:

„2.62C *Muster 62C Behandlungsplan (Stand: 01.2023)*

2.62C.1 *Für die Erstellung des Behandlungsplans als Anlage zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege (Muster 62B) ist das anliegende Muster 62C zu verwenden.*

2.62C.2 *Das Muster 62C besteht aus einem dreiseitigen Formularsatz mit Kopfleimung aus selbstdurchschreibendem Papier:*

Muster 62Ca: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Cb: Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132I

Muster 62Cc: Ausfertigung für den verordnenden Arzt

2.62C.3 *für den Flächendruck von Muster 62CA ist rote Farbe zu verwenden. Die Muster 62Cb und 62Cc erhalten keinen farbigen Flächendruck. Nr. 1.1.5 gilt entsprechend. Der Vordruck erhält das Format DIN A 4 hoch.“*

Artikel 2

Änderungen der Vordruckerläuterungen

1. Die Vordruckerläuterungen zu Muster 62A werden wie folgt eingefügt:

„Muster 62A: Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA

Damit außerklinische Intensivpflege (AKI) bei beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verordnet werden kann, muss vorab das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung geprüft werden. Da die Potenzialerhebung insbesondere bei Versicherten, die kein Potenzial auf eine Entwöhnung oder Dekanülierung mehr haben, mit der Zielsetzung der Therapieoptimierung durchgeführt wird, hat der G-BA in der AKI-RL den neutralen Begriff „Erhebung“ verwendet. Die Erhebung darf nur durch besonders qualifizierte Ärztinnen und Ärzte (entsprechend § 5 AKI-RL) durchgeführt werden. Die Durchführung der Erhebung bedarf für die Ärztinnen und Ärzte einer Genehmigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Die Erhebung muss mindestens einmal jährlich unmittelbar persönlich erfolgen. Ist eine unmittelbar persönliche Erhebung im Einzelfall nicht möglich, weil zum Beispiel die Betroffenen nicht oder nur mit unverhältnismäßigem Aufwand beziehungsweise gesundheitlichen Belastungen transportfähig sind, kann die Erhebung auch telemedizinisch durchgeführt werden. Dies muss entsprechend dokumentiert und begründet werden. Die telemedizinische Erhebung entspricht vom Inhalt und Umfang einer persönlichen Erhebung.

Die Erhebung ist alle sechs Monate durchzuführen. Nur bei Versicherten, bei denen nachweislich dauerhaft kein Potenzial auf eine Entwöhnung oder Dekanülierung besteht, muss die Erhebung (mit dem Fokus auf Therapieoptimierung) mindestens alle 12 Monate durchgeführt werden. Sofern innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen Erhebung kein Potenzial festgestellt und dokumentiert wurde, kann die Erhebung entfallen.

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

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

- 2 Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

--

3 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

--

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

- 5 ☐ 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.

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

7 Weitere Erläuterungen

- 8 Ergebnis der Erhebung festgestellt am

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

- 9 Erneute Erhebung geplant am

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

--

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Aa (1.2023)

Die Inhalte der Erhebung werden auf dem Muster 62A als Ergebnis dargestellt. Das Ergebnis erhält die verordnende Ärztin und der verordnende Arzt sowie die Krankenkasse.

① Maßnahmen zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung

In diesem Feld soll angegeben werden, welche konkreten Untersuchungen durchgeführt und welche Befunde erhoben wurden, die zum Ergebnis der Erhebung geführt haben. Dies soll der Nachvollziehbarkeit gegenüber der verordnenden Ärztin und dem verordnenden Arzt, den Krankenkassen und dem Medizinischen Dienst dienen.

② Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Von besonderer Bedeutung im Rahmen der Erhebung ist der differenzierte Befund der Schluckdiagnostik mit Angabe der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zur Wiederherstellung der Schluck- bzw. Sprechfunktion (z.B. Sekret-/ Speichelmanagement, Möglichkeiten der Schluckaktinitiierung, mögliche Entblockungszeiten, Kostaufbau).

③ Ergebnis der Erhebung zur Beatmungsentwöhnung/zur Dekanülierung

Ob und welche Felder in diesem Abschnitt anzukreuzen sind, hängt individuell von dem Ergebnis bei der oder dem Versicherten durchzuführenden Erhebung ab. Dabei richten sich die Inhalte der diesen Aussagen zugrunde zu legenden durchgeführten Erhebung jeweils nach den Regelungen in § 5 Abs. 8, 9 bzw. 10 der AKI-Richtlinie.

Potenzial liegt vor (Empfehlungen zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen)

Sofern ein unmittelbares Potenzial zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorliegt, kennzeichnet die potenzialerhebende Ärztin oder der potenzialerhebende Arzt dies entsprechend und gibt eine Empfehlung für eine spezialisierte Einrichtung zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung, die zeitnah Aufnahmekapazitäten hat. Der geplante Aufnahmetermin ist in dem entsprechenden Datumsfeld anzugeben. Die Krankenkasse unterstützt bei Bedarf eine geeignete Einrichtung zu finden; hierzu ist bei Bedarf die zuständige Krankenkasse zu kontaktieren.

Potenzial kann perspektivisch vorliegen (erforderliche vorbereitende Maßnahmen)

Wenn ein Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung langfristig nicht sicher ausgeschlossen werden, also perspektivisch vorliegen kann, ist das hier zu kennzeichnen. Es sollen alle erforderlichen vorbereitenden Maßnahmen, die ggf. eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung ermöglichen, als Empfehlung für die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt angegeben werden (z.B. spezifische Maßnahmen im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege, Verordnung von Heilmitteln, etc.).

Potenzial liegt nicht vor (Begründung)

Hier sind die konkreten Gründe bzw. Funktionsbeeinträchtigungen anzugeben, warum dauerhaft kein Potenzial auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung zu erwarten ist.

④ Maßnahmen zur Therapieoptimierung

Die Prüfung einer Therapieoptimierung ist bei allen Versicherten notwendig. Dies gilt insbesondere bei Versicherten, bei denen dauerhaft kein Potenzial auf Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorhanden ist. In diesem Feld sollen Maßnahmen angegeben werden, die aus ärztlicher Sicht notwendig sind, um die Therapie zu optimieren.

⑤ Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

Bei Versicherten, bei denen keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, kann die Erhebung entfallen. Voraussetzung ist, dass dies innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums der Potenzialbeobachtung von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen Erhebung durch die potenzialerhebende Ärztin oder den potenzialerhebenden Arzt festgestellt und dokumentiert

wurde. Folglich kann eine solche Entscheidung nicht getroffen werden, wenn die durchgeführten Erhebungen telemedizinisch erfolgt sind.

Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn dieser Fall aus Sicht der potenzialerhebenden Ärztin oder des potenzialerhebenden Arztes zutrifft.

⑥ Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung [...] ist nicht mehr angezeigt

In Ergänzung zum Feld (5) „Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.“ kann durch Ankreuzen dieses Feldes empfohlen werden, dass selbst zum Zwecke der Therapieoptimierung aus Sicht der potenzialerhebenden Ärztin oder des potenzialerhebenden Arztes eine Erhebung nicht mehr angezeigt und erforderlich ist.

⑦ Weitere Erläuterungen

Die potenzialerhebende Ärztin oder der potenzialerhebende Arzt kann hier weitere Hinweise, insbesondere für die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt sowie für die Krankenkasse, angeben.

⑧ Ergebnis der Erhebung festgestellt am

Hier ist das Datum der Untersuchung anzugeben. Werden die Untersuchungen an mehr als einem Tag durchgeführt, ist der Tag anzugeben, an dem die Erhebung abgeschlossen wurde.

⑨ Erneute Erhebung geplant am

Hier ist anzugeben, wann die nächste Erhebung terminiert wurde. Dieses Datum berücksichtigt die verordnende Ärztin oder den verordnenden Arzt bei Ausstellung der Verordnung auf Muster 62B.“

2. Die Vordruckerläuterungen zu Muster 62B werden wie folgt eingefügt:

„Muster 62B: Verordnung außerklinischer Intensivpflege

Grundlage der Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist die Außerklinische-Intensivpflege-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (AKI-Richtlinie). Die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege ist bei beatmeten und trachealkanülierten Versicherten grundsätzlich nur möglich, wenn eine aktuelle Potenzialerhebung vorliegt, die zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als 3 Monate ist (s. Muster 62A). Folgeverordnungen dürfen längstens für sechs Monate ausgestellt werden.

Nur wenn bei Versicherten keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörungen besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, muss die Erhebung nicht mehr alle 6 Monate, sondern alle 12 Monate durchgeführt werden. Sofern innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen Erhebung kein Potenzial festgestellt und dokumentiert wurde, kann die Erhebung entfallen.

Exemplare der Verordnung erhalten die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt, der Leistungserbringer nach § 132I Abs. 5 SGB V sowie die Krankenkasse.

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

Hier sind die Diagnose(n) anzugeben, die die Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege medizinisch begründen. Die Diagnosen sind nach ICD-10-Code zu verschlüsseln.

② vom - bis

Hier erfolgt die Angabe des Zeitraums, in dem die außerklinische Intensivpflege erbracht werden soll. Rückwirkende Verordnungen sind grundsätzlich nicht zulässig. Ausnahmefälle sind besonders zu begründen.

③ Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben)

Diese Information ist nur durch die Krankenhausärztin oder den Krankenhausarzt insbesondere im Rahmen der Vorabinformation anzugeben und auszufüllen, wenn das Muster 62B vor der Entlassung aus dem Krankenhaus ausgestellt

wird. Die Information dient dazu, die Entlassung in die außerklinische Intensivpflege vorzubereiten.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	62B Verordnung außerklinischer Intensivpflege Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code) 1 2 vom TTMMJJ bis TTMMJJ 3 Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) TTMMJJ 4 ☐ Erstverordnung 4 ☐ Folgeverordnung 5 ☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III) 6 ☐ Unfall																							
7 I. Klinischer Status																								
☐ Beatmung, seit TTMMJJ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Beatmungsform</th> <th style="width: 20%;">Beatmungsdauer</th> <th style="width: 30%;">Spontanatmungszeit</th> </tr> <tr> <td> ☐ invasiv </td> <td> Stunden pro Tag </td> <td> Stunden pro Tag </td> </tr> <tr> <td> ☐ nicht invasiv, Maskentyp </td> <td> Stunden pro Nacht </td> <td> Stunden pro Nacht </td> </tr> </table> ☐ Tracheostoma, seit TTMMJJ <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 60%;">Trachealkanüle</th> <th style="width: 40%;">Entblockungszeiten</th> </tr> <tr> <td> ☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil </td> <td> </td> </tr> </table> ☐ Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten ☐ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit ☐ Bewusstseinsstörung, Art <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 15%;">Mitwirkung bei AKI</th> <th style="width: 15%;">Kommunikation Verständigung</th> <th style="width: 15%;">Orientierung vorhanden, zu</th> <th style="width: 25%;">Mobilität vorhanden</th> <th style="width: 15%;">Orale Ernährung</th> </tr> <tr> <td> ☐ uneingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich </td> <td> ☐ uneingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich </td> <td> ☐ Ort ☐ Zeit ☐ Person ☐ Situation ☐ nicht vorhanden </td> <td> ☐ uneingeschränkt bis an die Bettkante in den Rollstuhl ☐ stehfähig, gehfähig ☐ immobil </td> <td> ☐ Nackengriff ☐ Schürzengriff ☐ Faustschluss ☐ Pinzettengriff </td> </tr> </table>		Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	☐ invasiv	Stunden pro Tag	Stunden pro Tag	☐ nicht invasiv, Maskentyp	Stunden pro Nacht	Stunden pro Nacht	Trachealkanüle	Entblockungszeiten	☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil		Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	☐ uneingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich	☐ uneingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich	☐ Ort ☐ Zeit ☐ Person ☐ Situation ☐ nicht vorhanden	☐ uneingeschränkt bis an die Bettkante in den Rollstuhl ☐ stehfähig, gehfähig ☐ immobil	☐ Nackengriff ☐ Schürzengriff ☐ Faustschluss ☐ Pinzettengriff
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																						
☐ invasiv	Stunden pro Tag	Stunden pro Tag																						
☐ nicht invasiv, Maskentyp	Stunden pro Nacht	Stunden pro Nacht																						
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																							
☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil																								
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																				
☐ uneingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich	☐ uneingeschränkt ☐ eingeschränkt ☐ nicht möglich	☐ Ort ☐ Zeit ☐ Person ☐ Situation ☐ nicht vorhanden	☐ uneingeschränkt bis an die Bettkante in den Rollstuhl ☐ stehfähig, gehfähig ☐ immobil	☐ Nackengriff ☐ Schürzengriff ☐ Faustschluss ☐ Pinzettengriff																				
8 II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI Stunden je Tag																								
III. Weitere Hinweise																								
9 ☐ 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. 10 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 11 12 13 Sonstige Hinweise (z.B. zu Kommunikation, Mitwirkung, Mobilität, Ernährung)																								
Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten) Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes																								

④ Erstverordnung/Folgeverordnung

Bei der Erstverordnung soll ein Zeitraum von 5 Wochen nicht überschritten werden. Erfolgt die Erstverordnung im Rahmen des Entlassmanagements aus dem Krankenhaus und erfolgt eine nahtlose Versorgung, stellt die erste Verordnung der Vertragsärztin oder des Vertragsarztes eine Folgeverordnung dar.

Folgeverordnungen können für bis zu sechs Monate ausgestellt werden. Wenn dauerhaft kein Potenzial auf eine Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung besteht, können Folgeverordnungen für bis zu 12 Monate ausgestellt werden. Folgeverordnungen sind spätestens drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen.

⑤ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 2 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III; nur durch Krankenhaus anzugeben)

Dieses Feld ist ausschließlich für eine Nutzung durch Krankenhäuser im Zuge des Entlassmanagements vorgesehen. Sobald die Erforderlichkeit einer außerklinischen Intensivpflege durch das Krankenhaus festgestellt wird, hat dieses unverzüglich, in der Regel mindestens 14 Tage vor der geplanten Entlassung, die zuständige Krankenkasse hierüber zu informieren. Hierfür kann der Teil B des Musters 62, Abschnitt I bis III genutzt werden. Das Krankenhaus kann im Zuge dieser Vorabinformation in den Abschnitten I bis III weitere Angaben machen, sofern diese nach seiner Einschätzung im individuellen Fall zu diesem Zeitpunkt bereits möglich und sinnvoll sind, um eine Beratung der oder des Versicherten durch die Krankenkasse zu unterstützen und damit die geordnete Überleitung in die außerklinische Intensivpflege zu befördern sowie Rückfragen zu vermeiden. Eine Verpflichtung zu Angaben durch das Krankenhaus in den Abschnitten I bis III besteht im Zuge dieser Vorabinformation nicht.

⑥ Unfall

Ergibt sich die Notwendigkeit der außerklinischen Intensivpflege infolge eines Unfalls, ist dies hier anzugeben.

7 I. KLINISCHER STATUS

Diese Angaben dienen dazu, den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege zu konkretisieren. Hier sind konkrete klinische Parameter und die lebensbedrohlichen Einschränkungen der Vitalfunktionen zu benennen, welche im Zusammenhang mit der außerklinischen Intensivpflege stehen. Auch sollen Mitwirkungsmöglichkeiten der oder des Versicherten aufgezeigt werden.

Beatmung, seit

Hier ist anzugeben, seit wann die Indikation für eine Beatmung besteht.

Beatmungsform

Hier ist anzugeben, ob die oder der Versicherte invasiv oder nicht invasiv beatmet wird. Zudem ist anzugeben, mit welchem konkreten Maskentyp (z.B. Nasenmaske, Mund-Nasenmaske, Mundstück) die Beatmung erfolgt.

Beatmungsdauer

Hier ist anzugeben, wie viele Stunden pro Tag bzw. pro Nacht eine Beatmung notwendig ist.

Spontanatmungszeit

Hier ist die Spontanatmungszeit pro Tag bzw. pro Nacht anzugeben.

Tracheostoma, seit

Hier ist anzugeben, seit wann das Tracheostoma besteht. Diese Information ist sowohl bei invasiv beatmeten Versicherten als auch bei nicht beatmeten trachealkanülierten Versicherten anzugeben.

Trachealkanüle

Hier ist anzukreuzen, ob die Trachealkanüle geblockt oder ungeblockt ist und ob ein Sprechventil genutzt werden kann.

Entblockungszeiten

Hier sind die Häufigkeit und die Entblockungszeiten pro Tag anzugeben.

Endotracheale Absaugpflicht

Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn eine endotracheale Absaugpflicht gegeben ist. Zudem ist die durchschnittliche tägliche Absaugfrequenz anzugeben und ob die Absaugungen zu regelmäßigen Zeiten (z.B. nach Lagerungen) oder zu unregelmäßigen Zeiten erforderlich sind.

Sonstige vitale Funktionseinschränkungen

Wenn ein Bedarf an außerklinischer Intensivpflege bei nicht beatmeten und nicht trachealkanülierten Versicherten vorliegt, sind in diesem Feld die konkreten vitalen Funktionseinschränkungen, die die außerklinische Intensivpflege begründen, sowie deren Art und Häufigkeit, ggf. unter Verwendung eines Beiblattes, anzugeben.

Bewusstseinsstörung, Art

Liegt eine Bewusstseinsstörung vor, ist diese hier anzugeben.

Mitwirkung bei AKI

Hier ist anzugeben, ob die oder der Versicherte bei den Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege mitwirken kann. Ist dies der Fall, ist das Feld „uneingeschränkt“ anzugeben. Ist das bei einigen, aber nicht bei allen Maßnahmen der Fall, ist das Feld „eingeschränkt“ anzugeben. Ist das nicht der Fall, ist das Feld „nicht möglich“ anzugeben.

Kommunikation/Verständigung

Hier ist anzugeben, ob die oder der Versicherte in der Lage ist, sich insbesondere in Krisensituationen zu verständigen und zu kommunizieren. Ist dies der Fall, ist das Feld „uneingeschränkt“ anzugeben. Ist das in einigen Situationen, aber nicht immer der Fall, ist das Feld „eingeschränkt“ anzugeben. Ist das nicht der Fall, ist das Feld „nicht möglich“ anzugeben.

Orientierung vorhanden, zu

Hier sind konkretisierende Angaben zur Orientierung der oder des Versicherten differenziert nach Ort, Zeit, Person und Situation anzugeben. Ist eine Orientierung vorhanden, ist an der entsprechenden Stelle ein Kreuz zu setzen. Ist das nicht der Fall, ist das Kreuz bei „nicht vorhanden“ zu setzen.

Mobilität vorhanden

Hier sind Aussagen zur Mobilität der oder des Versicherten zu treffen.

Orale Ernährung

Hier ist anzugeben, ob die oder der Versicherte zur oralen Ernährung fähig ist.

8 II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI

Anzugeben ist die täglich erforderliche Anzahl der Stunden, in denen die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur permanenten Interventionsbereitschaft zwingend erforderlich ist. Der erforderliche Leistungsumfang kann eine Versorgung rund um die Uhr (24 Stunden) beinhalten oder auf bestimmte Zeiträume beschränkt sein.

III. Weitere Hinweise

9 *Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.*

Hier können die Ausführungen des Musters 62A aus dem Feld „Innerhalb von mindestens zwei Jahren [...] regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungspotenzials bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.“ übernommen werden.

Bei Versicherten, bei denen keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Beatmungsentwöhnung dauerhaft nicht möglich ist, kann die Erhebung entfallen. Voraussetzung ist, dass dies innerhalb eines Gesamtverordnungszeitraums der Potenzialbeobachtung von mindestens zwei Jahren zweimal in Folge auf der Grundlage einer unmittelbar persönlichen Erhebung durch die potenzialerhebende Ärztin oder den potenzialerhebenden Arzt festgestellt und dokumentiert wurde.

Folglich kann eine solche Entscheidung nicht getroffen werden, wenn die durchgeführten Erhebungen telemedizinisch erfolgt sind. Dieses Feld ist anzukreuzen, wenn dieser Fall aus Sicht der potenzialerhebenden Ärztin oder des potenzialerhebenden Arztes zutrifft.

10 Erhebungen nach Muster 62A zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität

Der verordnende Arzt oder die verordnende Ärztin kreuzt unter Einbeziehung des Musters 62A bzw. des Feldes „Eine Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung und zur Verbesserung der Lebensqualität ist nicht mehr angezeigt.“ und der Beratung mit dem oder der Versicherten an, ob eine regelmäßige Erhebung zum Zwecke der Therapieoptimierung weiterhin angezeigt oder nicht mehr angezeigt und erforderlich ist. Zudem kann angegeben werden, ob die oder der Versicherte eine solche Erhebung ablehnt.

11 Weitere Erläuterungen

Die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt kann hier weitere Hinweise für die Krankenkasse sowie den Leistungserbringer nach § 132l Abs. 5 SGB V angeben.

12 Konsilpartner bei nicht beatmungspflichtigen oder nicht trachealkanülierten Versicherten, wenn die Verordnung durch eine nicht auf die Erkrankung spezialisierte Fachärztin oder Facharzt erfolgt.

Dieses Feld richtet sich ausschließlich an die Verordnung von außerklinischer Intensivpflege bei Versicherten, die weder beatmungspflichtig noch trachealkanüliert sind. Für diese Versicherten wird AKI grundsätzlich von Fachärztinnen und Fachärzten, die auf die die AKI auslösende Erkrankung spezialisiert sind, verordnet.

Andere Vertragsärztinnen und Vertragsärzte können nur im (gegebenenfalls telemedizinischen) Konsil mit auf die Erkrankung spezialisierten Fachärztinnen und Fachärzten verordnen. Die Konsilpartnerin oder der Konsilpartner ist hier anzugeben.

13 Sonstige Hinweise

Hier ist die Angabe weiterer relevanter Hinweise insbesondere im Hinblick auf die eingeschränkte Kommunikation, Mitwirkungsfähigkeit oder Nahrungsaufnahme möglich.“

3. Die Vordruckerläuterungen zu Muster 62C werden wie folgt eingefügt:

„Muster 62C: Behandlungsplan

Der Behandlungsplan wird der Verordnung beigelegt und von der verordnenden Vertragsärztin oder dem verordnenden Vertragsarzt erstellt, gegebenenfalls unter Mitwirkung der potenzialerhebenden Ärztin oder des potenzialerhebenden Arztes. Hierbei sind spezifische Angaben und konkretisierende Hinweise bezüglich der vereinbarten Behandlungsmaßnahmen zu dokumentieren. Bei einer Vielzahl zu beteiligender Akteure (Pflegefachkräfte, Heilmittelerbringer, Geräteprovider, Haus- und Fachärzte, Kliniken etc.) soll der verbindliche Behandlungsplan die Informationsweitergabe unterstützen und die Versorgungssituation transparent abbilden.

Sind Änderungen der Therapieziele, der Maßnahmen der AKI oder der medizinischen Behandlungspflege erforderlich, wird der Behandlungsplan aktualisiert. Sofern sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen der AKI ergeben, die von der Verordnung nach 62B abweichen, wird der Behandlungsplan erneut der Krankenkasse vorgelegt.

Exemplare des Behandlungsplans erhalten die verordnende Ärztin/der verordnende Arzt, der Leistungserbringer nach § 132I Abs. 5 SGB V sowie die Krankenkasse.

① Bedarfsmedikamente für AKI

Hier sind die Medikamente mit Namen und Dosierung anzugeben, die bei Bedarf zu verabreichen sind. Die Angabe eines Bedarfsgrundes sollte möglichst präzise erfolgen.

② Notfallmanagement

Hier sind die Sofortmaßnahmen zu beschreiben, die beim Auftreten eines Notfalls, zum Beispiel bei Atmungs- und Kreislaufversagen oder einer Stoffwechselentgleisung umzusetzen sind.

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	62C 1 Behandlungsplan Bedarfsmedikamente für AKI 2 Notfallmanagement																													
3 Therapieziele MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim 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 ☐ Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 30%;">Tracheotomie</th> <th style="width: 40%;">Trachealkanüle</th> <th style="width: 30%;">Befeuchtung</th> </tr> <tr> <td> ☐ dilatativ ☐ chirurgisch </td> <td> Hersteller Innendurchmesser in mm </td> <td> ☐ passiv ☐ aktiv </td> </tr> </table> ☐ Sekretmanagement <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 40%;">Absauggerät</th> <th style="width: 60%;">Inhalationsgerät</th> </tr> <tr> <td> ☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag </td> <td> ☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag Medikament/Substanz </td> </tr> </table> ☐ Dysphagiemanagement ☐ Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes Beatmungsgeräteinstellungen ☐ Sauerstoffsufflation ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th style="width: 30%;">mit Beatmung</th> <th style="width: 30%;">unter Spontanatmung</th> <th style="width: 40%;">Mobilität</th> </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> ☐ Spezielle Hygienemaßnahmen Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)		Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung	☐ dilatativ ☐ chirurgisch	Hersteller Innendurchmesser in mm	☐ passiv ☐ aktiv	Absauggerät	Inhalationsgerät	☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag	☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag Medikament/Substanz	mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität	Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.													
Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung																												
☐ dilatativ ☐ chirurgisch	Hersteller Innendurchmesser in mm	☐ passiv ☐ aktiv																												
Absauggerät	Inhalationsgerät																													
☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag	☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag Medikament/Substanz																													
mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität																												
Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.																												
5 Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <th rowspan="2" style="width: 65%;">Leistung</th> <th colspan="3" style="width: 15%;">Häufigkeit</th> <th colspan="2" style="width: 20%;">Dauer</th> </tr> <tr> <th style="width: 5%;">tgl.</th> <th style="width: 5%;">wtl.</th> <th style="width: 5%;">mtl.</th> <th style="width: 10%;">vom</th> <th style="width: 10%;">bis</th> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> Name des Arztes / der Ärztin ärztliche Unterschrift Ausfertigung für die Krankenkasse		Leistung	Häufigkeit			Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																		
Leistung	Häufigkeit			Dauer																										
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																									

③ Therapieziele

Hier sind die individuellen, patientenzentrierten Therapieziele anzugeben, auf die die AKI ausgerichtet ist (Sicherstellung von Vitalfunktionen, Vermeiden von lebensbedrohlichen Komplikationen, Linderung von Beschwerden, Verbesserung von Funktionsbeeinträchtigungen zum Erhalt und zur Förderung des Gesundheitszustandes).

MRE-Besiedlung

Hier ist zu vermerken, ob eine MRE-Besiedlung vorliegt und ggf. der Keim anzugeben, sofern dieser bekannt ist.

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI

Im Rahmen der Verordnung sind Behandlungsmöglichkeiten der Heilmittelerbringer zu berücksichtigen und die relevanten Maßnahmen hier anzukreuzen.

④ Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege zählen zu den sogenannten Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege. Diese können an geeignete Pflegefachkräfte delegiert werden. Voraussetzung für eine AKI ist eine permanente Interventionsbereitschaft sowie Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft, die entsprechende Maßnahmen umsetzt.

Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter

Die durch die Pflegefachkräfte zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter sind hier anzugeben. Wenn indiziert, sind Grenzwerte festzulegen, bei deren Über- bzw. Unterschreitung die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt zu informieren ist.

Die Pflegefachkräfte informieren den verordnenden Arzt oder die verordnende Ärztin zusätzlich über Veränderungen des Gesundheitszustandes nach eigenem Ermessen und fachlicher Bewertung der Vitalparameter.

Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Ist ein Tracheostoma vorhanden und ein Trachealkanülenmanagement angezeigt, sind hier Angaben zur Art der Tracheotomie, zum Hersteller der Trachealkanüle einschließlich des Innendurchmessers sowie zur Befeuchtung zu tätigen.

Sekretmanagement

Ist ein Sekretmanagement erforderlich, ist hier anzugeben, ob und wie häufig am Tag ein Absauggerät und ein Inhalationsgerät (unter Angabe des Medikaments/der Substanz) angewendet werden.

Dysphagiemanagement

Hier ist anzugeben, welche unterstützende(n) Maßnahme(n) zur Verbesserung der Schluckfunktion und zur Wiederherstellung der Sprechfunktion angezeigt sind (bspw. Schlucktraining, sensomotorische Stimulation, Mundhygiene, Koststufen, Verwendung von Ess- und Trinkhilfen u. a.).

Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes

Hier sind Besonderheiten bei der Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes, ggf. unter Angabe der Geräteeinstellungen zu vermerken.

Sauerstoffinsufflation

Ist eine Sauerstoffinsufflation regelmäßig oder im Rahmen der Notfallversorgung erforderlich, ist dies anzukreuzen. Angaben zum Gasfluss (Flow) und zur täglichen Dauer sind zu dokumentieren, differenziert nach Anwendung unter Beatmung und bei Spontanatmung sowie bei Nutzung einer mobilen Sauerstoffversorgung.

Spezielle Hygienemaßnahmen

Sind spezielle Hygienemaßnahmen zu beachten, sind diese hier anzugeben.

Ergänzend ist an dieser Stelle die Angabe sonstiger eingeleiteter Maßnahmen der AKI möglich, ebenso die Nennung weiterer Behandlungsaspekte, die über die AKI hinausgehen oder diese ergänzen, bspw. ernährungstherapeutische

Vorgaben, schmerz- und psychotherapeutische Maßnahmen, palliativmedizinische Aspekte, weitere fachärztliche Behandlung.

5 *Medizinische Behandlungspflege*

Alle weiteren im zeitlichen Zusammenhang mit der AKI anfallenden erforderlichen Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege nach der Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinie sind Teil der AKI und können nicht separat im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege auf Muster 12 verordnet werden. Sie sind durch geeignete Pflegefachkräfte zu erbringen. Die erforderlichen Leistungen sowie deren Häufigkeit und Dauer sind hier, ggf. unter Nutzung eines Beiblattes, anzugeben.“

Artikel 3

Inkrafttreten

Die Änderungen treten zum 01.01.2023 in Kraft.

Berlin, den 28.06.2022

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin