

AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE

ALLES WICHTIGE ZUR VERORDNUNG –
POTENZIALERHEBUNG, FORMULARE,
PRAXISBEISPIELE

AKTUALISIERTE
AUSGABE
NOVEMBER
2023

PraxisWissen

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

einige Menschen sind so schwer krank, dass sie beispielsweise künstlich beatmet werden oder eine Trachealkanüle tragen müssen. Bei ihnen können mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich lebensbedrohliche Situationen zu unvorhersehbaren Zeiten auftreten. Daher ist neben der ärztlichen Behandlung die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft erforderlich.

In diesen Fällen können Ärztinnen und Ärzte eine außerklinische Intensivpflege verordnen. Bisher erfolgte dies auf Grundlage der Verordnung häuslicher Krankenpflege.

Nun wurde die außerklinische Versorgung neu aufgestellt. Der Fokus liegt jetzt verstärkt auf der Entwöhnung und Dekanülierung beziehungsweise auf einer Therapieoptimierung. Darauf sollen alle Beteiligten, beispielsweise Pflegefachkräfte, aber auch Ärztinnen und Ärzte, stärker als bisher achten. Auch sollen Fehlanreize bei der medizinischen und pflegerischen Versorgung vermieden werden.

Seit Januar 2023 ist die außerklinische Intensivpflege ein eigenständiger Verordnungsbereich. Hierdurch kommen auf die Vertragsarztpraxen, die Schwerstkranken versorgen, neue Aufgaben zu. Doch auch für alle anderen ist es sinnvoll, sich mit den neuen Vorgaben vertraut zu machen. Denn die Behandlung schwerstkranker Menschen kann jede Praxis betreffen.

So ist nun regelmäßig ärztlich zu prüfen, ob ein Potenzial besteht, von der Beatmung entwöhnt oder dekanüliert zu werden. Das Ergebnis dieser Potenzialerhebung ist entscheidend für die Verordnung und den Behandlungsplan. Die Koordination der Behandlung ist ebenfalls ärztliche Aufgabe.

Wir stellen Ihnen die Neuerungen in diesem Serviceheft vor. Damit möchten wir Ihnen einen Überblick geben und Sie im Praxisalltag unterstützen.

Wir wünschen Ihnen eine interessante Lektüre.

Ihre Kassenärztliche Bundesvereinigung

INHALT

Intensive Pflege außerhalb der Klinik	Seite 3
Außerklinische Intensivpflege im Überblick	Seite 4
Richtig verordnen	Seite 10
Auf einen Blick – Schritte bei der Verordnung	Seite 10
Potenzialerhebung – Formular 62A	Seite 12
Verordnung – Formular 62B	Seite 14
Behandlungsplan – Formular 62C	Seite 15
Koordination und Zusammenarbeit	Seite 16
Beispiele aus der Praxis	Seite 18
Potenzialerhebung bei einer Patientin zur Beatmungsentwöhnung	Seite 18
Folgeverordnung bei einem Patienten mit Potenzial zur Dekanülierung	Seite 20
Behandlungsplan bei einem Patienten zur Therapieoptimierung	Seite 22

INTENSIVE PFLEGE AUßERHALB DER KLINIK

Rund **22.000** Menschen
wurden im Jahr 2021 bundesweit
außerklinisch intensiv gepflegt,
insbesondere zu Hause oder
in betreuten Einrichtungen.

Stärker als bisher soll bei intensiv pflegebedürftigen Patientinnen und Patienten, die künstlich beatmet werden oder eine Trachealkanüle tragen, das Potenzial zur Verringerung der künstlichen Beatmungszeit bis hin zur Entwöhnung oder Dekanülierung erkannt und ausgeschöpft werden.

Diese sogenannte Potenzialerhebung ist ein wesentliches Anliegen der neuen Richtlinie zur außerklinischen Intensivpflege (AKI-Richtlinie). Ziel ist es, die Versorgung der Betroffenen zu verbessern und Fehlanreize zu vermeiden.

Bisher wurde die außerklinische Intensivpflege nach den Vorgaben der Häuslichen Krankenpflege-Richtlinie (HKP-Richtlinie) auf Formular 12 verordnet. Der Gesetzgeber hatte den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragt, die außerklinische Intensivpflege neu auszurichten und als eigenständigen Bereich zu etablieren. Die neuen Vorgaben gelten mit einer Übergangsregelung (siehe Infokasten) seit Januar 2023. Auch neue Formulare gehören dazu.

POTENZIAL ZUR ENTWÖHNUNG ERKENNEN UND AUSSCHÖPFEN

Bei der Verordnung außerklinischer Intensivpflege ist zunächst ärztlich zu prüfen, ob eine aktuelle Potenzialerhebung zur Beatmungsentwöhnung oder Dekanülierung vorliegt oder eingeleitet werden muss.

Ist eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich, steht die Therapieoptimierung im Vordergrund. Sowohl für die Verordnung als auch für die Potenzialerhebung gibt es spezifische Vorgaben, zum Beispiel zu den ärztlichen Qualifikationsanforderungen, zur Dauer der Verordnung und zu den konkreten Inhalten der Erhebung.

Das Ergebnis der Potenzialerhebung ist entscheidend für die Verordnung und den Behandlungsplan. Aufgabe des verordnenden Arztes oder der verordnenden Ärztin ist es, die Behandlung zu koordinieren und den Behandlungsplan bei Bedarf zu aktualisieren.

Für die neuen ärztlichen Leistungen wurden mehrere Gebührenordnungspositionen in den EBM aufgenommen. Zudem gibt es Fortbildungsangebote. Näheres auf den folgenden Seiten.

GESETZLICHER HINTERGRUND

Wer außerklinische Intensivpflege benötigt, wurde bisher auf Grundlage der häuslichen Krankenpflege versorgt (§ 37 SGB V). Durch das Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz ist die außerklinische Intensivpflege eine eigene Leistung (§ 37c SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss beschloss die AKI-Richtlinie, in der die Details geregelt sind. KBV und GKV-Spitzenverband vereinbarten die Formulare und die Vergütung.

ÜBERGANGSREGELUNG BIS 31. DEZEMBER 2024

Um Versorgungsengpässe zu vermeiden, darf außerklinische Intensivpflege ausnahmsweise auch ärztlich verordnet werden, wenn keine Potenzialerhebung vorliegt. Voraussetzung: Es kann nicht gewährleistet werden, dass eine zur Potenzialerhebung qualifizierte Person vor der Verordnung rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist auf dem Verordnungsformular zu begründen und zu dokumentieren.



➔ Die AKI-Richtlinie und die Übergangsregelung sowie weitere Infos online unter:
www.g-ba.de/richtlinien/123

AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE IM ÜBERBLICK



Die erste Verordnung erfolgt häufig im Krankenhaus oder in einer Reha-Einrichtung im Entlassmanagement. Dies soll eine nahtlose Patientenversorgung nach der Entlassung gewährleisten. Seltener werden Erstverordnungen durch Vertragsarztpraxen ausgestellt. Diese übernehmen zumeist nach einem stationären Aufenthalt die weitere medizinische Versorgung und stellen Folgeverordnungen aus, wenn Patientinnen und Patienten außerklinisch intensiv gepflegt werden. Die folgenden Seiten geben einen Überblick zu Patientenkreis und Zielen der außerklinischen Intensivpflege, den ärztlichen Aufgaben, der Qualifikation und Fortbildung sowie zur Verordnung, Potenzialerhebung und zum Behandlungsplan.

PATIENTENKREIS UND ZIELE

Ärztinnen und Ärzte können die außerklinische Intensivpflege immer dann verordnen, wenn wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung die ständige Anwesenheit einer geeigneten Pflegefachkraft zur individuellen Kontrolle, Einsatzbereitschaft und sofortigen Intervention bei einer lebensbedrohlichen Situation notwendig ist.

Ausschlaggebend ist, dass eine lebensbedrohliche Situation mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich auftritt und der Zeitpunkt nicht im Voraus bestimmbar ist. Außerklinische Intensivpflege kann bei Betroffenen zu Hause erfolgen, aber auch in vollstationären Pflegeeinrichtungen, Beatmungs-Wohngemeinschaften, betreuten Wohnformen, Schulen, Kitas oder Werkstätten für Menschen mit Behinderung. Gesetzlich Versicherte beantragen sie bei ihrer Krankenkasse. Anspruch haben sowohl Erwachsene als auch Kinder und Jugendliche.

➤ **LEBENSBEDROHLICHE SITUATIONEN VERMEIDEN**

Ziele sind, die Vitalfunktionen sicherzustellen, erkrankungsbedingte Beeinträchtigungen und Symptome zu verbessern, lebensbedrohliche Komplikationen zu vermeiden und frühzeitig zu erkennen, wenn sich der Gesundheitszustand verändert. Pflegefachkräfte überwachen beispielsweise die Atem- und Herz-Kreislauf-Funktionen, bedienen ein Beatmungsgerät und setzen Inhalations- und Absauggeräte ein.

➤ **FOKUS AUF ENTWÖHNUNG**

Auf die Beatmungsentwöhnung beziehungsweise Dekanülierung wird besonderes Augenmerk gelegt. Hierzu soll das jeweilige Potenzial erkannt und ausgeschöpft werden. Dies erfolgt durch die Potenzialerhebung, die Ärztinnen und Ärzte veranlassen, bevor sie die Verordnung ausstellen und den Behandlungsplan erstellen.

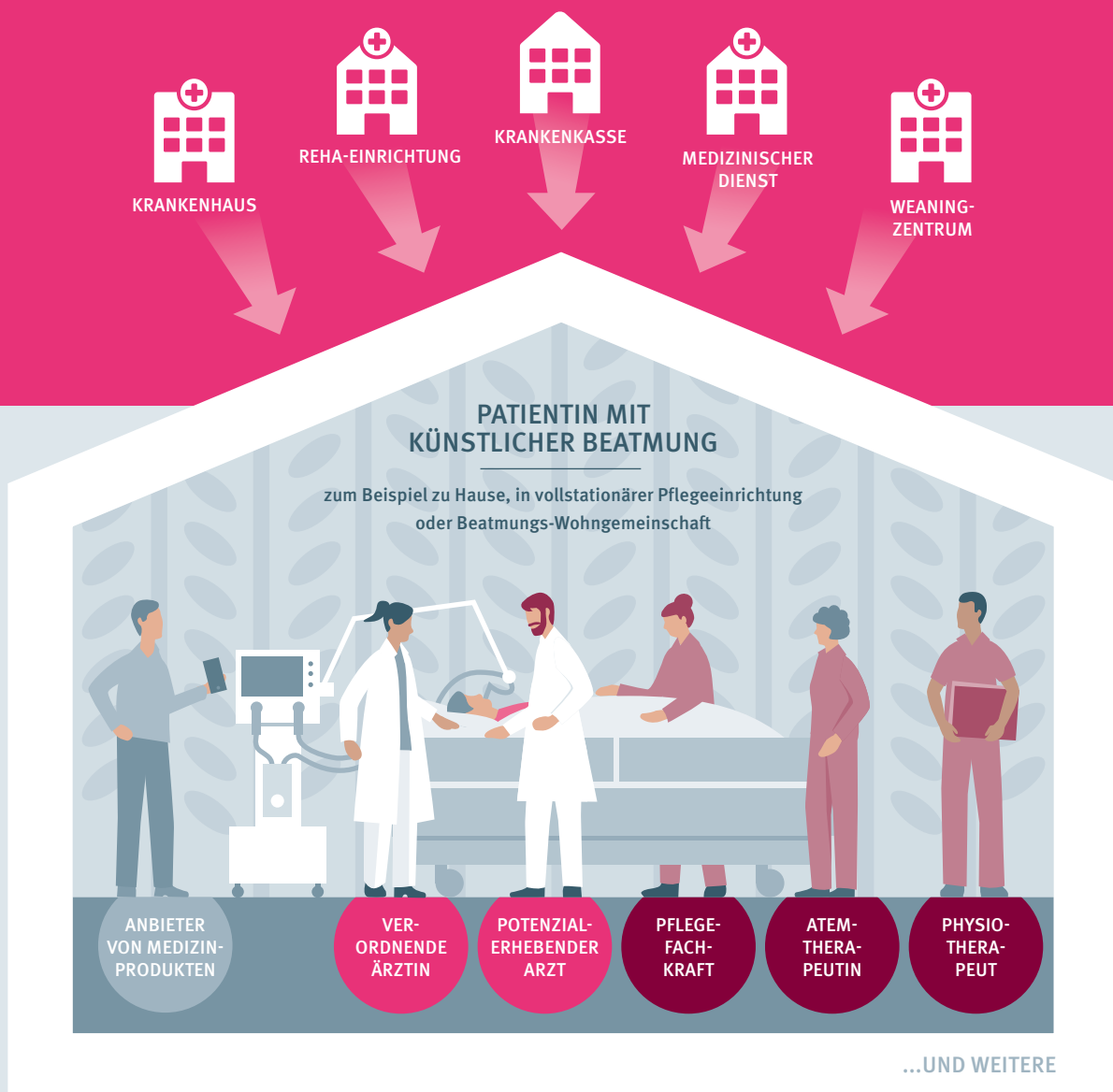
STICHWORT

ZUZAHLUNG AN DIE KRANKENKASSE

Wie bei anderen gesetzlichen Leistungen müssen sich Versicherte anteilig an den Kosten beteiligen:

Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben und außerklinische Intensivpflege in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen, zahlen 10 Euro je Kalendertag, begrenzt auf die ersten 28 Kalendertage der Leistungsinanspruchnahme je Kalenderjahr.

Versicherte, die außerklinische Intensivpflege in ihrem Haushalt oder an einem anderen geeigneten Ort (ambulant) in Anspruch nehmen, zahlen 10 Prozent der Kosten sowie 10 Euro je Verordnung begrenzt auf 28 Tage im Kalenderjahr. Zuzahlungen sind nur bis zur Belastungsgrenze von 2 % (für chronisch Kranke 1%) der jährlichen Bruttoeinnahmen zu leisten.



**AUßERKLINISCHE
VERSORGUNG
BETEILIGTE**

ÄRZTLICHE AUFGABEN UND QUALIFIKATION

VER- ORDNENDE ÄRZTIN

Betreut Patient/-in und koordiniert Behandlung

Beauftragt potenzialerhebenden Arzt, wenn keine aktuelle Erhebung vorliegt (Formular 62A)

Verordnet auf Formular 62B

- › Erstverordnung bis zu 5 Wochen (Klinik: bis zu 7 Tage)
- › Folgeverordnungen bis zu 6 Monate (ohne Potenzial bis zu 12 Monate)

Erstellt Behandlungsplan (Formular 62C), ggf. mit dem potenzialerhebenden Arzt

Stimmt sich mit Pflegedienst und anderen Beteiligten ab

Stellt ggf. weitere Verordnungen aus, aktualisiert Behandlungsplan, informiert Krankenkasse

Verordnen dürfen

FACHÄRZTE/-INNEN

- › mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- › für Innere Medizin und Pneumologie
- › für Anästhesiologie
- › für Neurologie
- › für Kinder- und Jugendmedizin
- › mit Genehmigung zur Potenzialerhebung

Sie benötigen keine weitere Genehmigung ihrer KV.

HAUS- UND ALLE WEITEREN VERTRAGSÄRZTE/-INNEN

- › mit Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patienten/-innen

Sie benötigen eine Genehmigung ihrer KV, die sie beantragen müssen.

POTENZIAL- ERHEBENDER ARZT

Wird von der verordnenden Ärztin zur Erhebung des Potenzials bei Patient/-in beauftragt:

- › Potenzial zur Entwöhnung
- › Potenzial zur Verringerung der Beatmungszeit
- › Potenzial zur Dekanülierung

Prüft und erhebt Potenzial

Prüft Möglichkeiten der Therapieoptimierung

Trägt Ergebnis auf Formular 62A ein

Unterstützt bei Bedarf verordnende Ärztin beim Erstellen oder Aktualisieren des Behandlungsplans

Erheben dürfen

Bei Erwachsenen

FACHÄRZTE/-INNEN

- › mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- › für Innere Medizin und Pneumologie
- › für Anästhesiologie mit mindestens 6-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- › für Innere Medizin, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie oder Kinder- und Jugendmedizin mit mindestens 12-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer Beatmungsentwöhnungs-Einheit

WEITERE FACHÄRZTE/-INNEN

- › mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer spezialisierten Beatmungsentwöhnungs-Einheit
- › bei nicht beatmeten Patienten/-innen auch Fachärzte/-innen mit mindestens 18-monatiger einschlägiger Tätigkeit in einer stationären Einheit der neurologisch-neurochirurgischen Früh-Reha

Bei Kindern und Jugendlichen

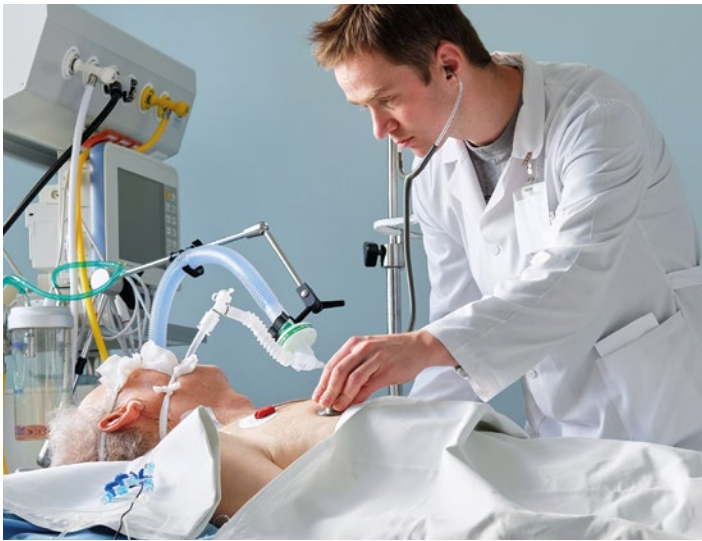
FACHÄRZTE/-INNEN

- › für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder- und Jugend-Pneumologie

WEITERE FACHÄRZTE/-INNEN

- › mit bestimmten Qualifikationen – siehe KBV-Themenseite: www.kbv.de/648987

Alle, die erheben dürfen, benötigen eine Genehmigung der KV, die sie beantragen müssen.



STICHWORT

BEATMUNGSENTWÖHNUNGS-EINHEIT

Eine Beatmungsentwöhnungs-Einheit ist eine spezielle interdisziplinäre Einrichtung, die die besonderen Anforderungen der Respiratorentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten erfüllt. Diese Einrichtung legt einen Schwerpunkt auf die Versorgung von Betroffenen im und nach dem prolongierten Weaning. Ein weiterer Schwerpunkt liegt auf der Einleitung, Kontrolle und Betreuung von Betroffenen mit außerklinischer Beatmung.

HINWEISE ZUR VERORDNUNG

Wer sowohl zur Verordnung als auch Potenzialerhebung qualifiziert ist, kann beide Aufgaben übernehmen.

Ein „Vier-Augen-Prinzip“ besteht für die Fälle, bei denen voraussichtlich langfristig kein Beatmungsentwöhnungs- oder Dekanülierungspotenzial vorliegt und damit auch die regelmäßige Potenzialerhebung nicht notwendig wird. Hier gilt: Wer die erste Verordnung ohne Potenzialerhebung durchführt, darf nicht die abschließende Potenzialerhebung durchgeführt haben.



➤ Ärztinnen und Ärzte, die Potenzial erheben und AKI verordnen, finden Sie in der Arztsuche des Nationalen Gesundheitsportals: www.gesund.bund.de

➤ **Fortbildungsangebot.** Die KBV stellt eine CME-zertifizierte Online-Fortbildung zur Verfügung. Diese richtet sich insbesondere an Hausärztinnen und Hausärzte, die ihre Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und Patienten erweitern wollen: www.kbv.de/379104



➤ KBV-Themenseite „Außerklinische Intensivpflege“. Hier finden Sie unter anderem Informationen zu ärztlicher Qualifikation, Formulare, Fortbildungsangebote: www.kbv.de/648987





Praxisbeispiele
zum Ausfüllen der
Formulare auf den
Seiten 18 bis 23.

VERORDNUNG

Hierfür wird das Verordnungsformular 62B verwendet. In der Regel erfolgt die Erstverordnung im Krankenhaus (Entlassmanagement), was für bis zu sieben Kalendertage möglich ist. Im ambulanten Bereich dürfen mehrere Facharztgruppen eine Verordnung ausstellen. Sollten Hausärztinnen und Hausärzte außerklinische Intensivpflege verordnen wollen, benötigen sie hierfür eine Genehmigung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung (KV).

Mehr dazu ab Seite 14.

POTENZIALERHEBUNG

Neu ist, dass vor der Verordnung eine Potenzialerhebung erfolgen muss. Falls keine vorliegt, muss diese vor Ausstellung der Verordnung eingeleitet beziehungsweise veranlasst werden. Dabei wird beispielsweise geprüft, ob eine Reduzierung der Beatmungszeit und/oder eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung sinnvoll sein könnte. Das Ergebnis darf nicht älter als drei Monate sein. Bei Patientinnen und Patienten ohne Aussicht auf nachhaltige Besserung der zugrunde liegenden Funktionsstörung und ohne Potenzial darf das Ergebnis nicht älter als sechs Monate sein. Praxen verwenden zur Dokumentation des Ergebnisses das Formular 62A.

Wichtig: Nur besonders qualifizierte Fachärztinnen und Fachärzte (siehe Tabelle Seite 6) dürfen die Erhebung durchführen. Sie benötigen eine Genehmigung ihrer KV.

Mehr dazu ab Seite 12.

BEHANDLUNGSPLAN

Ärztinnen und Ärzte, die verordnen, fügen dieser Verordnung einen Behandlungsplan bei. Sie verwenden dafür Formular 62C. Der Behandlungsplan kann unter Mitwirkung der Person erstellt werden, die das Potenzial erhoben hat. Auch sollten die weiteren an der Versorgung beteiligten Gesundheitsberufe und Geräteanbieter einbezogen werden.

Mehr dazu ab Seite 15.

KOORDINATION

Zu den Aufgaben des verordnenden Arztes oder der verordnenden Ärztin gehören auch die Koordination der Behandlung, die Zusammenarbeit mit den Pflegefachkräften und weiteren Beteiligten.

Mehr dazu ab Seite 16.

FORMULARE

Für die außerklinische Intensivpflege gibt es drei Formulare:

➔ FORMULAR 62A

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

➔ FORMULAR 62B

„Verordnung außerklinischer Intensivpflege“
Auf der Rückseite beantragen Versicherte die Leistung bei ihrer Krankenkasse: „Antrag des Versicherten auf außerklinische Intensivpflege“.

➔ FORMULAR 62C

„Behandlungsplan“



➔ Die Formulare sind in den Praxisverwaltungssystemen hinterlegt. Praxen erhalten Vordrucke über ihre reguläre Formularbestellung, Ansichtsexemplare und Vordruckerläuterungen hier:
www.kbv.de/648987



VERGÜTUNG

Die Abrechnung und Vergütung wurde im EBM geregelt. Dort stehen im neuen Abschnitt 37.7 mehrere spezifische Gebührenordnungspositionen (GOP) bereit und es gelten die dort enthaltenen Bestimmungen. Darüber hinaus können bei Patientinnen und Patienten mit Bedarf an der außerklinischen Intensivpflege wie bisher weitere fachgruppenspezifische GOP für die Behandlung abgerechnet werden.



➤ Die Online-Version des EBM steht hier zur Verfügung:
<https://ebm.kbv.de>

ABRECHNUNG UND VERGÜTUNG NACH EBM

➤ ERHEBUNG

GOP 37700

- › Erhebung auf Formular 62A
- › einmal im Behandlungsfall (= Quartal)
- › 257 Punkte / 29,53 Euro

GOP 37701

- › Zuschlag zur GOP 37700 bei Besuch nach GOP 01410 oder 01413, je weitere vollendete 10 Minuten
- › höchstens dreimal im Behandlungsfall
- › 128 Punkte / 14,71 Euro

GOP 37704

- › Zuschlag zur GOP 37700 für Schluckendoskopie
- › 294 Punkte / 33,79 Euro

GOP 37705

- › Zuschlag zur GOP 37700 für Bestimmung Säurebasenhaushalt und Blutgasanalyse
- › 84 Punkte / 9,65 Euro

GOP 37706

- › Grundpauschale im Zusammenhang mit GOP 37700 für Krankenhäuser und Privatärzte nach § 5 Absatz 2 Satz 2 AKI-Richtlinie
- › einmal im Behandlungsfall
- › 159 Punkte / 18,27 Euro

➤ VERORDNUNG UND BEHANDLUNGSPLAN

GOP 37710

- › Verordnung auf Formular 62B und Behandlungsplan 62C
- › höchstens dreimal im Krankheitsfall (= Jahr)
- › 167 Punkte / 19,19 Euro

➤ KOORDINATION

GOP 37711

- › Zuschlag zur Versicherten- oder Grundpauschale für den die außerklinische Intensivpflege koordinierenden Vertragsarzt
- › einmal im Behandlungsfall
- › 275 Punkte / 31,60 Euro

➤ WEITERE LEISTUNGEN

GOP 37714

- › Pauschale für konsiliarische Erörterung und Beurteilung medizinischer Fragestellungen durch konsiliarisch tätigen Arzt
- › einmal im Behandlungsfall
- › 106 Punkte / 12,18 Euro

GOP 37720

- › Fallkonferenz nach § 12 Absatz 2 AKI-Richtlinie
- › höchstens achtmal im Krankheitsfall
- › 86 Punkte / 9,88 Euro

RICHTIG VERORDNEN

Etwa 22.000 Patientinnen und Patienten werden derzeit bereits außerklinisch intensiv gepflegt, für die Ärztinnen und Ärzte Folgeverordnungen ausstellen. Anders verhält es sich bei allen, die neu in die außerklinische Intensivpflege kommen. Hier ist zunächst eine Erstverordnung erforderlich.

Bis 31. Dezember 2024
gilt noch eine
Übergangsregelung
(siehe Seite 3).

AUF EINEN BLICK SCHRITTE BEI DER VERORDNUNG



ANSPRUCH

Die Anspruchsvoraussetzungen für die Verordnung außerklinischer Intensivpflege liegen vor, wenn:

- › wegen Art, Schwere und Dauer der Erkrankung die ständige Anwesenheit einer Pflegefachkraft notwendig ist und
- › mit hoher Wahrscheinlichkeit täglich unvorhersehbare lebensbedrohliche Situationen auftreten und
- › eine sofortige ärztliche/ pflegerische Intervention erforderlich ist und
- › der genaue Zeitpunkt und das genaue Ausmaß nicht im Voraus bestimmt werden können.



POTENZIALERHEBUNG

Die Erhebung liegt entweder vor und ist nicht älter als 3 beziehungsweise 6 Monate oder wird von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt veranlasst.

Wer das Potenzial erhebt, dokumentiert das Ergebnis auf **Formular 62A** und übermittelt es an die verordnende Praxis.

62A



VERORDNUNG

Erstverordnung: Durch Praxen bis zu 5 Wochen, durch Krankenhaus bis zu 7 Tage.

Folgeverordnung: Durch Praxen bis zu 6 beziehungsweise 12 Monate.

Auf **Formular 62B** angeben, was die Krankenkasse für die Leistungsentscheidung benötigt: Diagnose(n), klinischer Status und erforderlicher Leistungsumfang, ggf. weitere Hinweise, außerdem Beginn und Dauer der Verordnung außerklinischer Intensivpflege.

Konkrete pflegerische Leistungen auf dem Behandlungsplan angeben.

62B



BEHANDLUNGSPLAN

Auf **Formular 62C** Therapieziele, Maßnahmen der AKI und der medizinischen Behandlungspflege angeben. Behandlungsplan ggf. mit der Person erstellen, die das Potenzial erhoben hat, sowie mit weiteren Beteiligten (z. B. Heilmittelerbringer, Geräteanbieter zum Einstellen der Geräte).



WEITERLEITUNG AN KRANKENKASSE

Versicherte erhalten alle **drei Formulare** zur Beantragung der außerklinischen Intensivpflege bei der Krankenkasse.

- › Antrag auf Rückseite des Verordnungsformulars 62B
- › Kasse entscheidet, ob Kosten der Leistung übernommen werden
- › Mitteilung der Kasse an versicherte Person, Pflegedienst und verordnende Praxis



KOORDINATION UND ZUSAMMENARBEIT

Wer verordnet, koordiniert die Behandlung, aktualisiert ggf. den Behandlungsplan, stellt bei Bedarf Folgeverordnungen aus und arbeitet eng mit anderen Beteiligten zusammen (Pflegefachkräfte etc.).

62C

62A
62B
62C



POTENZIALERHEBUNG – FORMULAR 62A

Zur Potenzialerhebung sind nur bestimmte Facharztgruppen berechtigt (Seiten 6 bis 7). Sie benötigen eine Genehmigung ihrer KV, um die Erhebung durchführen und abrechnen zu können.

- › Diese Erhebung soll mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden.
- › Sie darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein.

Sonderregelung:

Es kann sein, dass bei beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und Patienten bei der Erhebung festgestellt und dokumentiert wird, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zugrunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Dekanülierung oder Entwöhnung dauerhaft nicht möglich ist. Dann muss die Erhebung nur alle **zwölf Monate** durchgeführt werden. Die Erhebung darf bei diesen Personen zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als **sechs Monate** sein. Sie umfasst die für die Potenzialerhebung beschriebenen Inhalte, setzt aber den Schwerpunkt auf Aspekte der Therapiekontrolle oder -optimierung. Wird zwei Jahre lang in Folge bei mindestens zwei persönlich (nicht telemedizinisch) durchgeführten Potenzialerhebungen festgestellt, dass keine Aussicht auf eine Verbesserung vorliegt, kann auf weitere Erhebungen vollständig verzichtet werden.

➤ DIE ERHEBUNG IM DETAIL

Bei beatmeten oder trachealkanülierten Patientinnen und Patienten wird Folgendes erhoben und dokumentiert:

das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning) beziehungsweise zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung)

die Möglichkeiten der Therapieoptimierung sowie die jeweils zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen

das Potenzial für eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung

Wichtig: Für den Fall, dass die Beatmung beziehungsweise die Trachealkanüle dauerhaft indiziert oder eine Entwöhnung beziehungsweise eine Dekanülierung zum Zeitpunkt der Erhebung nicht möglich oder absehbar ist, müssen die konkreten Gründe hierfür dokumentiert werden.

➤ DAS WIRD GEPRÜFT

Was konkret geprüft wird, ist in der AKI-Richtlinie aufgeführt und rechtlich bindend.

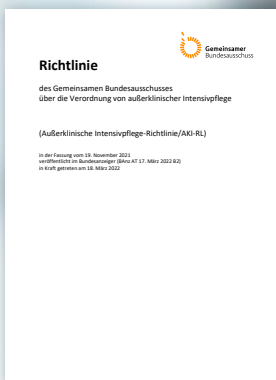
Auszug aus der AKI-Richtlinie:

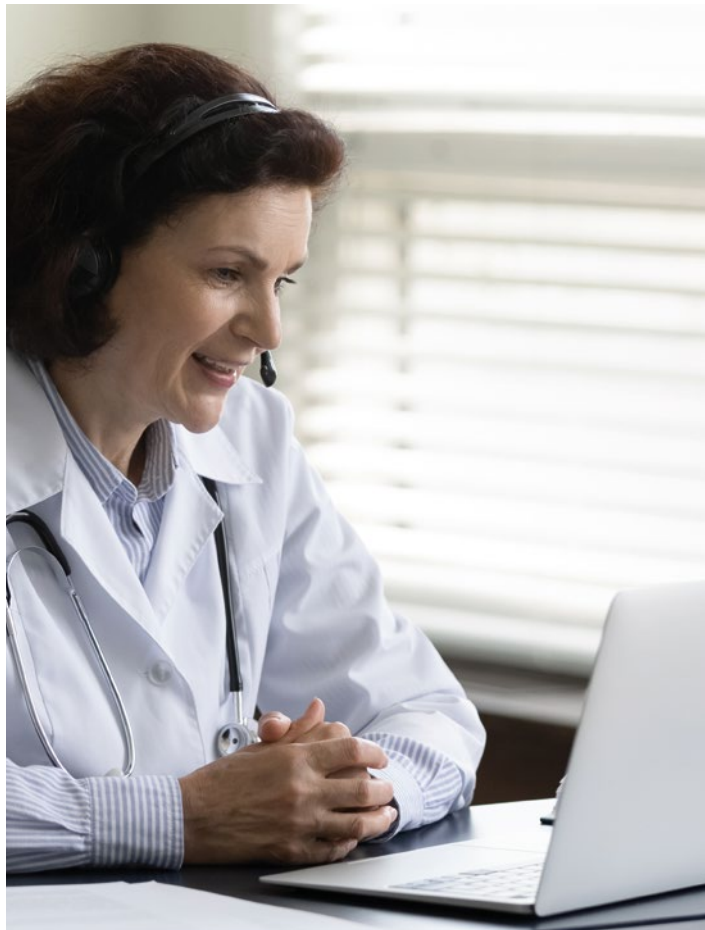
- › Einschätzung der Prognose der Grund- und Begleiterkrankungen und der Entwicklung der akuten Erkrankungsphase, die zur Beatmung geführt hat
- › Einschätzung des Regenerationspotenzials und der Adhärenz der Patientin oder des Patienten
- › Systematische und strukturierte Erhebung der Lebensqualität
- › Möglichkeiten der Therapieoptimierung
- › Atemmechanik
- › Hustenstoß und Sekretmanagement
- › Hämodynamischer Status (zum Beispiel Blutdruck, Herzfrequenz)
- › Dyspnoe-, Bewusstseins- und Schmerzstatus
- › Feststellung der Gasaustauschparameter (zum Beispiel pO₂, pH, pCO₂, sO₂) mit invasiven oder nicht-invasiven Messverfahren (zum Beispiel Blutgasanalyse, Pulsoxymetrie, transkutane Oxymetrie und CO₂-Messung)
- › Sitz und Funktion der Trachealkanüle



➤ Die komplette Liste ist in § 5 Absatz 8 und 9 der AKI-Richtlinie einsehbar:
www.g-ba.de/richtlinien/123

Hinweis: Bei dieser Liste handelt es sich nicht um eine abschließende Aufzählung. Es muss auch nicht in jedem Fall zu allen Aspekten eine Erhebung und Dokumentation erfolgen. Dies hängt immer vom medizinischen Einzelfall ab.





TELEMEDIZINISCHE ODER UNMITTELBAR PERSÖNLICHE ERHEBUNG?

Die Erhebung kann telemedizinisch durchgeführt werden. Sie muss jedoch mindestens 1x jährlich unmittelbar persönlich erfolgen, vorrangig am Ort der Leistung – also dort, wo die betroffene Person lebt, beispielsweise in einer Beatmungs-WG.

Ist eine unmittelbar persönliche ärztliche Erhebung am Ort der Leistung ausnahmsweise nicht möglich, muss geprüft werden, ob der Patient oder die Patientin in eine Arztpraxis oder eine andere Einrichtung transportiert werden kann und dies verhältnismäßig ist.

Ist ein Transport mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden oder nicht zumutbar, kann die 1x jährlich unmittelbar persönlich vorgesehene Erhebung auch telemedizinisch erfolgen. Dies muss im Einzelfall begründet und in der Patientenakte dokumentiert werden.

WEDER BEATMUNG NOCH TRACHEALKANÜLIERUNG?

Bei dieser Patientengruppe ist keine Potenzialerhebung zur Entwöhnung notwendig. Für Verordnung und Behandlungsplan gelten aber die gleichen Regelungen. Die Verordnung erfolgt in diesen Fällen durch Fachärztinnen und Fachärzte, die auf die außerklinische Intensivpflege auslösende Erkrankung spezialisiert sind. Andere können nur im Konsil (gegebenenfalls telemedizinisch) mit Kolleginnen und Kollegen, die auf die Erkrankung spezialisiert sind, verordnen. Die Konsilpartnerin oder der Konsilpartner ist auf der Verordnung anzugeben.



➔ Ein Ansichtsexemplar von Formular 62A steht online bereit: www.kbv.de/648987

Ein Ausfüllbeispiel finden Sie auf den Seiten 18 bis 19.

62A

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

geb. am: _____

Verordnen: Dr. _____ Status: _____

Ass. Dr. _____ Datum: _____

men zur Prüfung des Potenzials oder der Therapieoptimierung
ontrahierungstest durchgeführt, NIV-Versuch, FEES, Entblockungsversuche)

je der ärztlichen Schluckdiagnostik

Ergebnis der Erhebung

inzial liegt vor

Achtung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden abteilungsinternen Einrichtungen

geplanter Termin

tenzial kann perspektivisch vorliegen

zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung ☐

orderliche vorbereitende Maßnahmen (z.B. Ernährungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atemtherapie)

VERORDNUNG – FORMULAR 62B

Hier sind die verordnungsrelevanten Diagnosen anzugeben und wichtige Informationen zum klinischen Status sowie zum erforderlichen Leistungsumfang. Die Verordnung beinhaltet insbesondere die Angaben, die die Krankenkasse zur Leistungsentscheidung benötigt. Unterschiede gibt es bezüglich Erst- und Folgeverordnung.

➤ ERSTVERORDNUNG

Sie kann durch eine Vertragsärztin oder einen Vertragsarzt für bis zu 5 Wochen ausgestellt werden.

In der Regel erfolgt die Erstverordnung der außerklinischen Intensivpflege jedoch im Entlassmanagement. Diese ist lediglich für bis zu 7 Tage gültig.

Da in dieser Zeit eine vertragsärztliche Anschlussversorgung erfolgen muss, hat das Krankenhaus die weiterbehandelnde Praxis so rechtzeitig über die Verordnung zu informieren, dass eine nahtlose Anschlussversorgung ermöglicht wird.

➤ FOLGEVERORDNUNG

Sie kann grundsätzlich für einen Zeitraum von bis zu 6 Monaten ausgestellt werden.

Nur für beatmete oder trachealkanülierte Personen, für die keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zugrunde liegenden Funktionsstörung besteht und für die eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist, können Folgeverordnungen für bis zu 12 Monate erfolgen.

➤ RÜCKSEITE

Die Rückseite der Verordnung füllen Versicherte beziehungsweise Pflegedienste aus. Sie ist für den Versichertenantrag bei der Krankenkasse vorgesehen und enthält Felder für die Angaben zum Pflegedienst.



➤ Ein Ansichtsexemplar von Formular 62B steht online bereit: www.kbv.de/648987

Ein Ausfüllbeispiel finden Sie auf den Seiten 20 bis 21.



BEHANDLUNGSPLAN – FORMULAR 62C

Der Behandlungsplan unterstützt die Informationsweitergabe und macht die Versorgungssituation transparent. Denn es sind zahlreiche Akteure beteiligt – neben Ärztinnen und Ärzten in Praxen und Kliniken insbesondere Pflegefachkräfte, außerdem in der Regel weitere Gesundheitsberufe (beispielsweise Heilmittelerbringer) und verschiedene Anbieter von Medizinprodukten.

Die verordnende Person erstellt den Behandlungsplan. Dies erfolgt gegebenenfalls unter Mitwirkung der Person, die das Potenzial erhoben hat. Im Plan werden insbesondere die spezifischen Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege dokumentiert, die der Pflegedienst durchführt.

➤ BEHANDLUNGSPLAN NICHT BEI HÄUSLICHER KRANKENPFLEGE

Ärztinnen und Ärzte dürfen nicht gleichzeitig Leistungen der häuslichen Krankenpflege auf Formular 12 und Leistungen der außerklinischen Intensivpflege auf Formular 62B verordnen.

Wird außerklinische Intensivpflege verordnet, sind alle erforderlichen Maßnahmen der Behandlungspflege (z. B. Medikamentengabe, Wundversorgung etc.), die im Leistungsverzeichnis der häuslichen Krankenpflege stehen, auf dem Behandlungsplan (Formular 62C) anzugeben.

Ausnahme: Es kann vorkommen, dass jemand nicht rund um die Uhr außerklinische Intensivpflege braucht, sondern beispielsweise zehn Stunden am Tag eine Pflegefachkraft ständig anwesend sein muss. Auch diese Fallkonstellationen sind grundsätzlich von der außerklinischen Intensivpflege umfasst. In diesen Fällen besteht Anspruch auf zusätzliche Leistungen der Behandlungspflege als häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V), zum Beispiel zur Versorgung einer chronischen Wunde. Diese Versorgung kann weiterhin auf Formular 12 verordnet werden. Voraussetzung: die Versorgung kann aus medizinisch-pflegerischen Gründen nicht während des Zeitraums der Versorgung mit außerklinischer Intensivpflege erfolgen.

Näheres zur Abgrenzung der Leistungsbereiche auf Seite 17.

➤ AKTUALISIERUNG DES BEHANDLUNGSPLANS

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssen den Plan aktualisieren, wenn sich zum Beispiel Bedarf, klinischer Status oder relevante Kontextfaktoren ändern. Ergeben sich daraus wiederum Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen der außerklinischen Intensivpflege, muss der Behandlungsplan der Krankenkasse erneut vorgelegt werden.



➤ Ein Ansichtsexemplar von Formular 62C steht online bereit: www.kbv.de/648987

Ein Ausfüllbeispiel finden Sie auf den Seiten 22 bis 23.

KOORDINATION DER BEHANDLUNG UND ZUSAMMENARBEIT

Wer verordnet, koordiniert auch die medizinische Behandlung und ist verantwortlich dafür, dass die Potenzialerhebung rechtzeitig eingeleitet und der Behandlungsplan gegebenenfalls aktualisiert wird.

An der außerklinischen Intensivpflege sind zahlreiche Gesundheitsberufe beteiligt – neben den Ärztinnen und Ärzten in Praxen und Kliniken insbesondere Pflegefachkräfte, Hilfsmittelanbieter und Heilmittelerbringer. Wichtig ist, dass alle eng zusammenarbeiten, sich abstimmen und gegenseitig informieren.

➤ AUSWERTUNG DER PFLEGEDOKUMENTATION BEI HAUSBESUCHEN

Bei Hausbesuchen werten die verordnenden Vertragsärzte und Vertragsärztinnen die Pflegedokumentation aus – und bei beatmeten Personen zusätzlich die im Beatmungsgerät hinterlegten Beatmungsparameter und das Beatmungsprotokoll. Gegebenenfalls stimmen sie sich hierfür mit der Person ab, die das Potenzial erhoben hat. Bei Bedarf werden Anordnungen in der Pflegedokumentation vermerkt.

Der Stellenwert einer guten Kooperation und Koordination zur Sicherstellung der Versorgung ist angesichts der Komplexität der Erkrankungen und aufgrund der Behandlungsverläufe in der außerklinischen Intensivpflege besonders hoch.

Auch die Krankenkassen sind mit in die Versorgung einzubeziehen. Sie wirken insbesondere dahingehend mit, im Falle einer anstehenden Entwöhnung bei der Suche geeigneter Einrichtungen mit verfügbaren Versorgungskapazitäten zu unterstützen.

Welche Akteure konkret in die Versorgung einbezogen werden, hängt vom Einzelfall und den Lebensbedingungen ab. Wer hierbei wichtig sein könnte, zeigt diese Übersicht.



HKP / AKI / SAPV HINWEISE ZUR ABGRENZUNG DER DREI VERSORGUNGS- BEREICHE

Versicherte haben grundsätzlich nicht gleichzeitig Anspruch auf AKI, HKP und SAPV – es gibt jedoch Ausnahmen. So können beispielsweise HKP-Leistungen verordnet werden, sofern die AKI nur für einen geringen täglichen Zeitumfang erfolgt, oder es können Beratungsleistungen der SAPV parallel zur AKI-Versorgung verordnet werden, wenn dies medizinisch notwendig ist.

Wichtig zu wissen: Mit einer AKI-Verordnung sind alle behandlungspflegerischen Maßnahmen abgegolten, sodass in der Regel AKI und SAPV nicht gemeinsam verordnet werden können. Allerdings ist ein Übergang von einer Versorgungsform in die andere vorstellbar – beispielsweise bei einer additiv unterstützenden Teilversorgung der SAPV in Verbindung mit einer Reduktion des AKI-Versorgungsumfangs.

	HÄUSLICHE KRANKENPFLEGE HKP	AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE AKI	SPEZIALISIERTE AMBULANTE PALLIATIVVERSORGUNG SAPV
Ambulante pflegerische Versorgung von Personen, ...	die wegen Krankheit zeitweise Pflege benötigen (also nicht zwingend dauer- haft pflegebedürftig sind)	die künstlich beatmet werden, trachealkanüliert sind oder ähnlichen lebens- bedrohlichen Situationen ausgesetzt sind	die sterbenskrank sind oder im Sterben liegen
Bedarf	Grundpflege, Behandlungspflege, Unterstützungspflege, hauswirtschaftliche Versorgung	Behandlungspflege	Palliativpflege
Formular	12	62A, 62B und 62C	63
Rechtsgrundlagen	§ 37 SGB V § 132a SGB V HKP-Richtlinie	§ 37c SGB V § 132l SGB V AKI-Richtlinie	§ 37b SGB V § 132d SGB V SAPV-Richtlinie
TIPP: Serviceheft der KBV für Praxen	PraxisWissen Häusliche Krankenpflege	PraxisWissen Außerklinische Intensivpflege	PraxisWissen Palliativversorgung
			
	www.kbv.de/669942	www.kbv.de/833190	www.kbv.de/322915

BEISPIELE AUS DER PRAXIS

BEISPIEL AUS DER PRAXIS: POTENZIALERHEBUNG BEI EINER PATIENTIN ZUR BEATMUNGS- ENTWÖHNUNG

FALLDARSTELLUNG

- Eine invasiv beatmete 62-Jährige mit vorbekannter COPD erhält in einer stationären Pflegeeinrichtung außerklinische Intensivpflege.
- Vor etwa einem Jahr hatte sie eine schwere Lungenentzündung, aus der sich eine Sepsis entwickelte. Nach erfolgreicher Behandlung der Sepsis zeigten sich – als Folge der schweren Erkrankung und der langen intensivmedizinischen Behandlung und Beatmungstherapie – die Symptome einer Critical Illness Polyneuropathie und -myopathie. Die Atemmuskulatur war deutlich geschwächt, zudem wurde eine generalisierte Muskelschwäche und Muskelatrophie festgestellt. Unter diesen Umständen war eine zügige Extubation nicht möglich, sodass zunächst die Verlegung in ein Weaning-Zentrum erfolgte.
- Nachdem eine Beatmungsentwöhnung nach mehreren Versuchen nicht gelang, entschied man sich gemeinsam mit der Patientin und ihren Angehörigen für die Aufnahme in eine spezialisierte Pflegeeinrichtung. Ein konsequentes Atem- und Mobilitätstraining sowie logopädische Maßnahmen (Schluck- und Sprechtraining) wurden nach Empfehlung des Weaning-Zentrums in der stationären Pflege fortgesetzt.

BEGRÜNDUNG DER POTENZIALERHEBUNG

- Bei beatmeten Personen, die AKI-Maßnahmen erhalten, müssen laut Richtlinie mindestens alle sechs Monate Potenzialerhebungen durch entsprechend qualifizierte Fachärzte und -ärztinnen durchgeführt werden. Die Erhebungen sollen eine mögliche Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung prüfen und sind Voraussetzung für eine fortgesetzte Verordnung der Maßnahmen. Inhalte und Ergebnis der Potenzialerhebung werden auf Formular 62A dokumentiert. Zudem wird eine Empfehlung zum weiteren Vorgehen ausgesprochen.

FAZIT

- Bei Befundbesserung und Rückbildung von kognitiven Defiziten, der Polyneuropathie und der muskulären Schwäche ist ein erneuter Versuch der Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung in einer spezialisierten Einrichtung möglich. Die Person, die das Potenzial erhebt, dokumentiert auf Formular 62A, welche diagnostischen Maßnahmen durchgeführt wurden und welche Befunde erhoben wurden, um das aktuelle Potenzial einschätzen zu können.
- Im vorliegenden Fall wird die zeitnahe stationäre Aufnahme in ein nahegelegenes Weaning-Zentrum empfohlen. Bis zur Verlegung sollen Logopädie, Atemtraining und Physiotherapie sowie entsprechende Maßnahmen der AKI in der Pflegeeinrichtung fortgesetzt werden.

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

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

62A

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

SBT > 30min, Beatmungszeit insgesamt 18-20/d, Hustenstoß kräftig

Mobilität++, Kraft++, Koordination+ obere/untere Extremitäten

pH 7.3; pCO₂ 42; pO₂ 97mmHg; BE +1; FiO₂ 0,3; AF 30/min; VT 6ml/kg, RASS 0

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Funktionell/anatomisch überwiegend intakt, Schluckproben ohne relevante Residuen, Penetration oder Aspiration

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor



zur Beatmungsentwöhnung



zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen

geplanter Termin

Weaningzentrum Lungenfachklinik Nord

0 8 2 3

Terminvereinbarung unter Tel. Nr. 00789/123-3456

Potenzial kann perspektivisch vorliegen



zur Beatmungsentwöhnung



zur Dekanülierung

erforderliche vorbereitende Maßnahmen (bspw. Lagerungstherapie, Mobilisation, Physiotherapie, Logopädie, Atemtherapie)

Potenzial liegt nicht vor



zur Beatmungsentwöhnung



zur Dekanülierung

Begründung

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

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder 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

Fortsetzung Physiotherapie, Atemtraining

und Logopädie (Schluck-, Sprechtraining)

bis stationäre Aufnahme zum Weaning.

Wiedervorstellung nach Entlassung.

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

1 1 0 7 2 3

Erneute Erhebung geplant am

T T M M J J

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Muster 62Aa (1.2023)



**BEISPIEL AUS
DER PRAXIS:
FOLGEVERORDNUNG
BEI EINEM PATIENTEN
MIT POTENZIAL ZUR
DEKANÜLIERUNG**

FALLDARSTELLUNG

➤ Ein 48-Jähriger erhält nach einer Subarachnoidalblutung mit nachfolgenden schweren kognitiven Einschränkungen und Lähmungen seit etwa zwei Jahren in seiner häuslichen Umgebung für 24 Stunden am Tag außerklinische Intensivpflegemaßnahmen. Bei ausgeprägter neurogener Dysphagie mit Aspirationsneigung trägt er eine Trachealkanüle.

➤ Aktuell nehmen erfreulicherweise insbesondere an den oberen Extremitäten die Kraft und die Koordinationsfähigkeit zu. Ein Transfer vom Bett in einen Rollstuhl gelingt ihm nun mit leichter Hilfestellung. Bei entblockter Kanüle im Sitzen kann der Patient sich räuspern und schon etwas Sekret abhusten, ergänzend saugt er sich selbst Sekret ab. Bei Testversuchen einer oralen Nahrungsaufnahme unter Aufsicht verschluckt er sich weiterhin, sodass ein Kostaufbau noch nicht möglich ist. Zuvor vorhandene kognitive Defizite haben sich zurückgebildet, sodass er nun vollständig orientiert ist.

➤ Regelmäßig alle sechs Monate werden bei fachärztlicher Potenzialerhebung die Möglichkeit einer Dekanülierung geprüft und Maßnahmen zur Therapieoptimierung vorgeschlagen.

BEGRÜNDUNG DER VERORDNUNG

➤ Die AKI-Verordnung auf Formular 62B erfolgt längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten. Eine Folgeverordnung ist Anlass zur Überprüfung des notwendigen Versorgungsumfangs sowie der Erfassung des aktuellen klinischen Status. Eine aktuelle Potenzialerhebung (nicht länger als drei Monate zurückliegend) ist Voraussetzung für die Weiterverordnung außerklinischer Intensivpflegemaßnahmen.

FAZIT

➤ Der Leistungsumfang der außerklinischen Intensivpflege wird bei klinischer Besserung mit der neuen Verordnung auf die Nacht- und Ruhezeiten reduziert. Tagsüber kann der Patient adäquat und selbständig auf Notfälle reagieren, im Schlaf besteht bei persistierender Dysphagie und Aspirationsneigung weiterhin ein erhebliches Risiko der unbemerkten Sekretretention und Erstickungsgefahr.

➤ Im aktuellen klinischen Status werden auf Formular 62B Absaugfrequenz, Entblockungszeiten der Trachealkanüle sowie Kommunikationsfähigkeit, Orientierung und Mobilitätsumfang vermerkt.

➤ Der neue Leistungsumfang der AKI wird eingetragen.

➤ Regelmäßige fachärztliche Erhebungen zur Feststellung des Dekanülierungspotenzials werden fortgesetzt, sodass auf dem Formular 62B keine Ausnahmen zum Vorgehen zu dokumentieren sind. (Eine Ausnahme vom regelhaften Vorgehen wäre beispielsweise der Verzicht auf eine Potenzialerhebung bei dauerhaft fehlender Aussicht auf Befundbesserung. Unabhängig davon können Erhebungen zum Zwecke der Therapieoptimierung und der Verbesserung der Lebensqualität sinnvoll sein und sollten dann fortgesetzt werden.)

➤ Ergänzend erfolgt auf Formular 62B ein Hinweis auf die fortgesetzten Heilmittelanwendungen und die weitere Ernährung über eine Sonde sowie eine kurze Erläuterung der AKI-Maßnahmen.

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

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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

I60 R13.1

vom 0 1 0 7 2 3 bis 3 1 1 2 2 3

Voraussichtliches Entlassdatum
(nur durch Krankenhaus anzugeben)

TTMMJJ

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

I. Klinischer Status

☐ Beatmung, seit TTMMJJ

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

☒ Tracheostoma, seit 1 5 1 1 2 1

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
<input checked="" type="checkbox"/> geblockt <input type="checkbox"/> ungeblockt <input checked="" type="checkbox"/> Sprechventil	3 - 4 x d 30min tagsüber

☒ Endotracheale Absaugpflicht durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz 10xd ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☒ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ Sonstige vitale Funktionseinschränkungen, Art und Häufigkeit

☐ Bewusstseinsstörung, Art

Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung
<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> Ort	<input type="checkbox"/> uneingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> nein
<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> eingeschränkt	<input checked="" type="checkbox"/> Zeit	<input checked="" type="checkbox"/> bis an die Bettkante in den Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja
<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input checked="" type="checkbox"/> Person	<input type="checkbox"/> stehfähig, gehfähig	<input type="checkbox"/> teilweise
		<input checked="" type="checkbox"/> Situation nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> immobil	<input checked="" type="checkbox"/> Pinzettengriff

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI 1 0 Stunden je Tag

III. Weitere Hinweise

☐ Innerhalb von mindestens zwei Jahren wurde zweimal in Folge im Rahmen einer unmittelbar persönlichen Erhebung festgestellt, dass keine Aussicht auf nachhaltige Besserung der zu Grunde liegenden Funktionsstörung besteht und eine Entwöhnung oder Dekanülierung dauerhaft nicht möglich ist. Eine regelmäßige Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials ist nicht mehr angezeigt.

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

☐ sind weiterhin angezeigt ☐ sind nicht mehr angezeigt ☐ werden durch den Patienten nicht mehr gewünscht

Weitere Erläuterungen

AKI/Absaugung während der Nacht bei Aspirationsgefahr

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

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

Ernährung weiter PEG-Sonde, Physio/Schlucktraining fortgesetzt

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Vertragsarztstempel/Unterschrift
des verordnenden Arztes

Muster 62Ba (1.2023)



**BEISPIEL AUS
DER PRAXIS:
BEHANDLUNGSPLAN
BEI EINEM PATIENTEN ZUR
THERAPIEOPTIMIERUNG**

FALLDARSTELLUNG

➤ Bei einem 70-Jährigen liegt eine amyotrophe Lateralsklerose vor. Bei Fortschreiten der Symptome sind Sprechen, Schlucken und Husten nur noch eingeschränkt möglich. Der Patient erhält über 22 Stunden pro Tag eine nicht-invasive Beatmung (NIV). Kurze Pausen, beispielsweise zum Essen und Trinken, sind unter Aufsicht und Absaugungsbereitschaft möglich. Als weiteres Hilfsmittel hat er bei deutlicher Minderung des Hustenspitzenstoßes einen Hustenassistenten (mechanischen In-/Exsufflator) erhalten. Der Patient hat sich eindeutig gegen die Anlage eines Tracheostomas sowie den Beginn einer invasiven Beatmung ausgesprochen.

➤ Die Erkrankung ist progredient und zunehmende Einschränkungen der Körperfunktionen sind zu erwarten. Eine Beatmungsentwöhnung steht somit außer Frage, dennoch sind Potenzialerhebungen im Sinne der AKI-Richtlinie weiterhin geplant – diese werden mit dem Ziel der Therapieoptimierung sowie Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung der eingeleiteten Maßnahmen durchgeführt.

BEGRÜNDUNG DES BEHANDLUNGSPLANS

➤ Um Versorgungsbrüche zu vermeiden, sind bei der außerklinischen Intensivpflege zusätzlich zu den grundlegenden Informationen, die aus der Verordnung (Formular 62B) hervorgehen, spezifische Angaben und konkretisierende Hinweise notwendig. Diese werden in einem individualisierten Behandlungsplan (Formular 62C) dargestellt und sollen den Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten im Kontext der außerklinischen Intensivpflege ermöglichen. Wesentliche Inhalte des therapeutischen Vorgehens sind auf dem Formular 62C festzuhalten.

FAZIT

➤ Zur Verbesserung der Lebensqualität sind als Zielvorgaben auf dem Behandlungsplan der Erhalt der Sprech- und Schluckfunktion erfasst. Zudem wird darauf hingewiesen, dass die Einleitung einer invasiven Beatmung nicht gewünscht ist. Dies muss in rechtlich verbindlicher Form geschehen sein.

➤ Eine Bedarfsmedikation ist vermerkt, ebenso ist das Vorgehen im Notfall dokumentiert.

➤ Durch konsequentes Training sollen Maßnahmen eingeübt werden, die Aspirationen vermeiden und das Sprechen und Schlucken sowie Restfunktionen der Muskulatur möglichst lange erhalten. Hierfür werden Maßnahmen der Heilmitteltherapie separat verordnet (Formular 13).

➤ Die AKI-Maßnahmen beinhalten punktuelle Messungen der Sauerstoffsättigung und Absaugung von Sekreten sowie die mehrmals tägliche Nutzung von Inhalationsgerät und Hustenassistent. Begleitend zu den verordneten logopädischen Maßnahmen sollen insbesondere bei der Nahrungsaufnahme Sensibilitätsreize gesetzt werden. Die ergo- und physiotherapeutischen Maßnahmen sind durch pflegerische Lagerungsmaßnahmen, Mobilisierungen und Übungen zur Stärkung der Muskulatur zu ergänzen.

➤ Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden ebenfalls mit entsprechender Häufigkeit und Dauer auf dem Behandlungsplan abgebildet.

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

Behandlungsplan

Bedarfsmedikamente für AKI

62C

Lorazepam s.l. bei Angst/Unruhe

Notfallmanagement

Bei Atemnot/Sättigung <92% Hustenassistent, Absaugen

DNR/Keine Wiederbelebung – Patientenverfügung

Therapieziele

Dauerhafte NIV Beatmung erforderlich, Ziel: Erhalt der Schluck- und Sprechfunktion

Keine invasive Beatmung gewünscht – Patientenverfügung

MRE-Besiedelung ☒ nein ☐ ja, folgender Keim

Maßnahmen der Heilmitteltherapie zur Unterstützung der Therapieziele im Rahmen der AKI ☒ Logopädie ☒ Physiotherapie ☒ Ergotherapie

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

☒ Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter

Punktuelle O2 Überwachung (8–12 x d) zum Sekretmanagement

☐ Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement

Tracheotomie		Trachealkanüle		Befeuchtung	
<input type="checkbox"/> dilatativ	<input type="checkbox"/> chirurgisch	Hersteller	Innendurchmesser in mm	<input type="checkbox"/> passiv	<input type="checkbox"/> aktiv

☒ Sekretmanagement

Absauggerät		Inhalationsgerät		Medikament/Substanz	
<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Häufigkeit pro Tag
		8			3
			NaCl		

☒ Dysphagiemanagement

Sensibilitäts-Erhalt, Geschmacks-, Berührungs- und Temperaturreize setzen

☒ Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes

Beatmungsgeräteinstellungen

Insp.12, Ex.5, PEEP 7 APCV-Modus, AF 16/min

☒ Sauerstoffsufflation ☐ ja ☒ nein ☐ Notfallversorgung

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

☐ Spezielle Hygienemaßnahmen

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Stärkung Rumpf- und Extremitätenmuskulatur, Flüssigkeiten eindicken

Lagerung, Klopfmassage, 6xd Husten-Assistenten, atemerleichternde Körperhaltungen

Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)

Leistung	Häufigkeit			Dauer	
	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis
Medikamentengabe	2			01.07.23	31.12.23
Wechsel Harnblasenkatheter			1	01.07.23	31.12.23

Name des Arztes / der Ärztin

ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Ca (1.2023)

MEHR FÜR IHRE PRAXIS

www.kbv.de



➤ PraxisWissen ➤ PraxisWissenSpezial

Themenhefte für
Ihren Praxisalltag

Abrufbar und kostenfrei
bestellbar unter:
www.kbv.de/838223



➤ PraxisInfo ➤ PraxisInfoSpezial

Themenpapiere mit
Informationen für
Ihre Praxis

Abrufbar unter:
www.kbv.de/605808



➤ PraxisNachrichten

Der wöchentliche Newsletter
per E-Mail oder App

Abonnieren unter:

www.kbv.de/PraxisNachrichten
www.kbv.de/kbv2go

IMPRESSUM

Herausgeberin: Kassenärztliche Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin

Telefon 030 4005-0, info@kbv.de, www.kbv.de

Redaktion: Bereich Interne Kommunikation

im Stabsbereich Strategie, Politik und Kommunikation

Fachlich zuständig: Abteilung Veranlasste Leistungen

Gestaltung: www.bueroluedke.de

Druck: www.kern.gmbh/de

Fotos: Adobe Stock: CMP (S. 14), fizkes (S. 13), helche (S. 7),

Kiryl Lis (S. 4, 7), Pixel-Shot (S. 18), sudok1 (S. 12);

Fürst Donnersmarck-Stiftung (S. 3); iStock: byryo (S. 20),

HRAUN (S. 9), Morsa Images (S. 22), South_agency (S. 11),

ugurhan (S. 1)

Stand: November 2023

Aus Gründen der Lesbarkeit wurde zum Teil nur eine Form der Personenbezeichnung gewählt. Hiermit sind selbstverständlich auch alle anderen Formen gemeint.

Die Informationen in dieser Broschüre sind ein Serviceangebot, die KBV erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.