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:

24. Änderung der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014 (Anlage 2a BMV-Ä)

Artikel 1

1. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 62 A eingefügt:

Nr.	***Formularname***	***Bemerkungen***	***Bfb-version***	***Barcode-Typ***
„Muster 62Aa/E	*Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA*	*Ausfertigung für die Krankenkasse*	*Ja*	*1*
Muster 62Ab/E	*Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA*	*Ausfertigung für den verordnenden Arzt*	*Nein*	*0*
Muster 62Ac/E	*Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- bzw. Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA*	*Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt*	*Nein*	*0“*

2. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 62 B eingefügt:

Nr.	***Formularname***	***Bemerkungen***	***Bfb-version***	***Barcode-Typ***
„Muster 62Ba1/E	*Verordnung außerklinische Intensivpflege*	*Ausfertigung für die Krankenkasse*	*Ja*	*1*
Muster 62Ba2/E	*Verordnung außerklinische Intensivpflege*	*Ausfertigung für die Krankenkasse*	*Nein*	*0*
Muster 62Bb/E	*Verordnung außerklinische Intensivpflege*	*Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132l*	*Nein*	*0*
Muster 62Bc/E	*Verordnung außerklinische Intensivpflege*	*Ausfertigung für den verordnenden Arzt*	*Nein*	*0“*

3. In der Übersicht in Kapitel 1.4 werden die Einträge zu Muster 62 C eingefügt:

Nr.	***Formularname***	***Bemerkungen***	***Bfb-version***	***Barcode-Typ***
„Muster 62Ca/E	*Behandlungsplan*	*Ausfertigung für die Krankenkasse*	*Nein*	*0*
Muster 62Cb/E	*Behandlungsplan*	*Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132l*	*Nein*	*0*
Muster 62Cc/E	*Behandlungsplan*	*Ausfertigung für den verordnenden Arzt*	*Nein*	*0“*

4. Die Nummern 2.62A bis 2.62A.9 werden neu eingefügt:

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

2.62A.1 Für die Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- und Dekanülierungspotenzials sind die Muster 62Aa/E bis 62Ac/E gemäß der in Kapitel 2.62A.7 bis 2.62A.9 abgebildeten Form zu verwenden.

2.62A.2 Das Muster 62A/E besteht aus drei Formularen:

Muster 62Aa/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Ab/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Muster 62Ac/E: Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt.

2.62A.3 Die Formulare 62Aa/E bis 62Ac/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.

2.62A.4 Das Muster 62Aa/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.62A.5 unbesetzt

2.62A.6 unbesetzt

2.62A.7 Muster 62Aa/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Versicherten-Nr.

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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

62A

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

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin

Potenzial kann perspektivisch vorliegen ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

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

Potenzial liegt nicht vor ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

Begründung

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

☐ 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

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

Erneute Erhebung geplant am

Vertragsärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Datensatz enthält keine zu dem Formular nicht lesbaren Daten.

Muster 62Aa/E (1.2.2014)

Original: DIN A 4 hoch

2.62A.8 Muster 62Ab/E

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

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

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

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin

Potenzial kann perspektivisch vorliegen ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

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

Potenzial liegt nicht vor ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

Begründung

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

☐ 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

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

Erneute Erhebung geplant am

Vertragsärztliche/ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Muster 62Ab/E (...2021)

Original DIN A 4 hoch

2.62A.9 Muster 62Ac/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Versicherten-Nr.

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

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

62A

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

Befunde der ärztlichen Schluckdiagnostik

Ergebnis der Erhebung

Potenzial liegt vor ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

Empfehlung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung in folgenden spezialisierten Einrichtungen geplanter Termin

Potenzial kann perspektivisch vorliegen ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

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

Potenzial liegt nicht vor ☐ zur Beatmungsentwöhnung ☐ zur Dekanülierung

Begründung

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

☐ 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

Ergebnis der Erhebung festgestellt am

Erneute Erhebung geplant am

Vertragsärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den potenzialerhebenden Arzt

Muster 62Ac/E

Original DIN A 4 hoch“

5. Die Nummern 2.62B bis 2.62B.11 werden neu eingefügt:

„2.62B Muster 62B/E: Verordnung außerklinische Intensivpflege (Stand: 01.2023)

2.62B.1 Für die Verordnung der außerklinischen Intensivpflege sind die Muster 62Ba.1/E bis 62Bc/E gemäß der in Kapitel 2.62B.8 bis 2.62B.11 abgebildeten Form zu verwenden.

2.62B.2 Das Muster 62B/E besteht aus vier Formularen:

Muster 62Ba.1/E und Muster 62Ba.2/E:
Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Bb/E: Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132l

Muster 62Bc/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt.

2.62B.3 Die Formulare 62Ba.1/E bis 62Bc/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.

2.62B.4 Für die Muster 62Ba.1 und 62Ba.2 darf die Duplexbedruckung genutzt werden.

2.62B.5 Das Muster 62Ba.1/E wird mit einem Barcode versehen. Die Spezifikationen des Barcodes sind dem „Technischen Handbuch Blankoformularbedruckung“ in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

2.62B.6 unbesetzt

2.62B.7 unbesetzt

2.62B.8 Muster 62Ba.1/E

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Krankenversicherungs-Nr. | Versicherten-Status | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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

_____ _____ _____ _____

vom _____ bis _____

Voraussichtliches Entlassdatum ***(nur durch Krankenhaus anzugeben)*** _____

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung ☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie ***(fakultativ I bis III)*** ☐ Unfall

I. Klinischer Status

☐ **Beatmung, seit** _____

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

☐ **Tracheostoma, seit** _____

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil	_____

☐ **Endotracheale Absaugpflicht** durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ **Sonstige vitale Funktionseinschränkungen**, Art und Häufigkeit _____

☐ **Bewusstseinsstörung**, Art _____

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

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI ____ Stunden je Tag

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

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

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

Ausfertigung für die Krankenkasse (rückseitig der Antrag des Versicherten)

Vertragsärztliche Verordnung nur mit bedruckten Arztes

Muster 62Ba.1/E (01.2023)

Original: DIN A 4 hoch

2.62B.9 Muster 62Ba.2/E

Name, Vorname des Versicherten	Krankenkassenkennung	Versicherten-Nr.

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

Ich beantrage außerklinische Intensivpflege für die Zeit vom _____ bis _____

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

Leistungsort

Name des Leistungsortes	
Straße, Haus-Nr	
PLZ	Ort

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

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

_____

_____

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

An der Versorgung beteiligte An- und Zugehörige

Name	
Straße, Haus-Nr	
PLZ	Ort

Datum

_____

Bevollmächtige/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.

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

_____

Stempel / Unterschrift des Leistungserbringers

Muster 62Ba.2/E – 2023

Original DIN A 4 hoch

2.62B.10 Muster 62Bb/E

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr.: Arzt-Nr.: Datum

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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

vom _____ bis _____

Voraussichtliches Entlassdatum ***(nur durch Krankenhaus anzugeben)*** _____

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung ☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie ***(fakultativ I bis III)*** ☐ Unfall

I. Klinischer Status

☐ **Beatmung, seit** _____

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

☐ **Tracheostoma, seit** _____

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil	_____

☐ **Endotracheale Absaugpflicht** durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ **Sonstige vitale Funktionseinschränkungen**, Art und Häufigkeit _____

☐ **Bewusstseinsstörung**, Art _____

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

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI ____ Stunden je Tag

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

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

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

Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132l

Original DIN A 4 hoch

2.62B.11 Muster 62Bc/E

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr.: Arzt-Nr.: Datum

Verordnung außerklinischer Intensivpflege

62B

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

vom _____ bis _____

Voraussichtliches Entlassdatum ***(nur durch Krankenhaus anzugeben)*** _____

☐ Erst-verordnung ☐ Folge-verordnung ☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie ***(fakultativ I bis III)*** ☐ Unfall

I. Klinischer Status

☐ **Beatmung, seit** _____

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

☐ **Tracheostoma, seit** _____

Trachealkanüle	Entblockungszeiten
☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil	_____

☐ **Endotracheale Absaugpflicht** durchschnittliche tgl. Absaugfrequenz _____ ☐ zu regelmäßigen Zeiten ☐ zu unregelmäßigen Zeiten

☐ **Sonstige vitale Funktionseinschränkungen**, Art und Häufigkeit _____

☐ **Bewusstseinsstörung**, Art _____

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

II. Erforderlicher Leistungsumfang der AKI ____ Stunden je Tag

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

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

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

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

Original DIN A 4 hoch“

6. Die Nummern 2.62C bis 2.62A.9 werden neu eingefügt:

„2.62C Muster 62C/E: Behandlungsplan
(Stand: 01.2023)

2.62C.1 Für den Behandlungsplan sind die Muster 62Ca/E bis 62Cc/E gemäß der in Kapitel 2.62C.6 bis 2.62C.8 abgebildeten Form zu verwenden.

2.62C.2 Das Muster 62C/E besteht aus drei Formularen:

Muster 62Ca/E: Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Cb/E: Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132l

Muster 62Cc/E: Ausfertigung für den verordnenden Arzt.

2.62C.3 Die Formulare 62Ca/E bis 62Cc/E sind auf Sicherheitspapier im Format DIN A 4 hoch zu erstellen.

2.62C.4 unbesetzt

2.62C.5 unbesetzt

2.62A.6 Muster 62Ca/E

Behandlungsplan **62C**

Bedarfsmedikamente für AKI

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim

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

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

☐ **Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter**

☐ **Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement**

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
☐ dilatativ ☐ chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm ____,__	☐ passiv ☐ aktiv

☐ **Sekretmanagement**

Absauggerät	Inhalationsgerät
☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag ____	☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag ____ Medikament/ Substanz _____

☐ **Dysphagiemanagement**

☐ **Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes**
Beatmungsgeräteinstellungen

☐ **Sauerstoffinsufflation** ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung

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

☐ **Spezielle Hygienemaßnahmen**

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege *(ggf. Beiblatt nutzen)*

Leistung	Häufigkeit tgl.	wtl.	mtl.	Dauer vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

Ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

IFHNI
Muster 62Ca/E (... 2027)

Original: DIN A 4 hoch

2.62A.7 Muster 62Cb/E

Krankenkasse oder Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Krankenversicherungsnummer | Versichertenstatus | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Behandlungsplan **62C**

Bedarfsmedikamente für AKI

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim

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

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

☐ **Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter**

☐ **Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement**

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
☐ dilatativ ☐ chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm ____,__	☐ passiv ☐ aktiv

☐ **Sekretmanagement**

Absauggerät	Inhalationsgerät
☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag ____	☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag ____ Medikament/ Substanz _____

☐ **Dysphagiemanagement**

☐ **Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes**
Beatmungsgeräteinstellungen

☐ **Sauerstoffinsufflation** ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung

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

☐ **Spezielle Hygienemaßnahmen**

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege *(ggf. Beiblatt nutzen)*

Leistung	Häufigkeit tgl.	wtl.	mtl.	Dauer vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

Ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den Leistungserbringer nach § 132l

BFB NR
Muster 62 [illegible]

Original DIN A 4 hoch

2.62A.8 Muster 62Cc/E

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

Behandlungsplan **62C**

Bedarfsmedikamente für AKI

Notfallmanagement

Therapieziele

MRE-Besiedelung ☐ nein ☐ ja, folgender Keim

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

Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege

☐ **Benennung der zu erfassenden und zu bewertenden Vitalparameter**

☐ **Tracheostoma/Trachealkanülenmanagement**

Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung
☐ dilatativ ☐ chirurgisch	Hersteller _____ Innendurchmesser in mm ____,__	☐ passiv ☐ aktiv

☐ **Sekretmanagement**

Absauggerät	Inhalationsgerät
☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag ____	☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag ____ Medikament/ Substanz _____

☐ **Dysphagiemanagement**

☐ **Bedienung und Überwachung des Beatmungsgerätes**
Beatmungsgeräteinstellungen

☐ **Sauerstoffinsufflation** ☐ ja ☐ nein ☐ Notfallversorgung

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

☐ **Spezielle Hygienemaßnahmen**

Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)

Medizinische Behandlungspflege *(ggf. Beiblatt nutzen)*	Häufigkeit			Dauer	
Leistung	tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis

Name des Arztes / der Ärztin

Ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für den verordnenden Arzt

F-IF-NR:
Muster 62C/E (... 2027)

Original DIN A 4 hoch“

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung 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