

Muster 62A, B und C: außerklinische Intensivpflege

Ab 1. Januar 2023 können Ärztinnen und Ärzte die Verordnungen von außerklinischer Intensivpflege (AKI) auf dem Muster 62B und dem Behandlungsplan (Muster 62C) ausstellen. Befristet bis zum 31. Dezember 2024 gilt, dass vor jeder Verordnung eine Potenzialerhebung zur Beatmungsentwöhnung bzw. Dekanülierung durchgeführt werden soll (Muster 62A). Formulare erhalten Mitglieder über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH).

Übergangsregelung: Mit dem [Beschluss vom 20. Oktober 2022](#) und dem Inkrafttreten am 24. Dezember 2022 hat der G-BA entschieden, dass bis zum 30. Oktober 2023 Ärztinnen und Ärzte weiterhin das Muster 12 für die häusliche Krankenpflege verwenden können. Die Regelung endet am 31. Oktober 2023; diese Verordnungen werden danach von den Krankenkassen nicht mehr akzeptiert.

Mit dem Ende der Übergangsregelung sollen alle Verordnungen für AKI ab 31. Oktober 2023 ausschließlich auf den neu eingeführten Mustern 62A (Potenzialerhebung), 62B (Verordnung AKI), 62C (Behandlungsplan) erfolgen. Mitglieder bestellen mit Angabe ihrer Betriebsstättennummer (BSNR) über [Formulare\(at\)kvhessen\(.\)de](mailto:formulare(at)kvhessen(.)de)

Weiterführende Informationen bietet die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) auf ihrer [Themenseite](#) an. Dort können Interessierte sich die [Broschüre „PraxisWissen: Außerklinische Intensivpflege“](#) herunterladen.

Muster 62A: Ergebnis der Potenzialerhebung

Damit für beatmete oder trachealkanülierte Patientinnen und Patienten eine außerklinische Intensivpflege verordnet werden kann, muss vorab ihr Potenzial zur Beatmungsentwöhnung und Dekanülierung geprüft werden. Abweichend gilt befristet bis zum 31. Dezember 2024, dass eine Potenzialerhebung vor jeder Verordnung durchgeführt werden soll. Das heißt, falls nicht gewährleistet werden kann, dass eine qualifizierte Person rechtzeitig vor der Verordnung zur Verfügung steht, kann von der Potenzialerhebung abgesehen werden. Dies ist ärztlich auf dem Verordnungsvordruck (Muster 62B) unter „Sonstige Hinweise“ zu dokumentieren.

Das Ergebnis der Überprüfung ist auf dem Formular 62A „Ergebnis der Erhebung des Beatmungsentwöhnungs- beziehungsweise Dekanülierungspotenzials gemäß AKI-Richtlinie des G-BA“ einzutragen.

Seit dem 1. Dezember 2022 können Ärztinnen und Ärzte neue Leistungen für die Potenzialerhebung nach den neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) 37700, 37701, 37704 und 37705 abrechnen, sofern eine entsprechende Genehmigung vorliegt. Das Muster 62A kann daher ab sofort über die KVH per E-Mail an [formulare\(at\)kvhessen\(.\)de](mailto:formulare(at)kvhessen(.)de) bezogen werden.

Zur Erklärung

Hierbei wird insbesondere Folgendes erhoben und dokumentiert:

- das Potenzial zur Reduzierung der Beatmungszeit bis hin zur vollständigen Beatmungsentwöhnung (Weaning),
- das Potenzial für eine Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung,
- das Potenzial zur Entfernung der Trachealkanüle (Dekanülierung),
- beziehungsweise die Möglichkeiten der Therapieoptimierung sowie die jeweils zur Umsetzung notwendigen Maßnahmen.

Eine Potenzialerhebung muss mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden und darf zum Zeitpunkt der Verordnung nicht älter als drei Monate sein.

Genehmigung Potenzialerhebung

Wenn Ärztinnen und Ärzte eine Potenzialerhebung durchführen und abrechnen möchten, muss die **KVH dies zunächst genehmigen**. Mitglieder der KVH stellen dazu einen Antrag und weisen die geforderten Voraussetzungen nach.

Muster 62B: Verordnung außerklinischer Intensivpflege

Auf dem Muster 62B erfolgt die „Verordnung außerklinischer Intensivpflege“. Anzugeben sind die verordnungsrelevante Diagnose, wichtige Informationen zum klinischen Status sowie der erforderliche Leistungsumfang. Die Leistungen (GOP 37710, 37711 und 37720) können Ärztinnen und Ärzte ab dem 1. Januar 2023 für die Verordnung und für patientenorientierte Fallkonferenzen in der AKI **abrechnen**.

Die Rückseite der Verordnung wird durch den Versicherten und den Pflegedienst ausgefüllt, da sie den Antrag der Versicherten oder des Versicherten bei der Krankenkasse und Felder zur Angaben des Pflegedienst beinhaltet. Dem Formular 62B „Verordnung außerklinischer Intensivpflege“ muss das ausgefüllte Formular 62C „Behandlungsplan“ beigelegt werden.

Verordnungen

Alle Inhalte auf-/zuklappen

Erstverordnung

Folgeverordnung

Muster 62C: Behandlungsplan

Bestandteil der Verordnung der außerklinischen Intensivpflege ist der von den verordneten Ärztinnen und den verordneten Ärzten ggf. unter der Mitwirkung der potenzialerhebenden Ärztin oder dem potenzialerhebenden Arzt erstellte Behandlungsplan (Muster 62C). Darin werden spezifische Maßnahmen der außerklinischen Intensivpflege dokumentiert, die durch den Pflegedienst zu erbringen ist. Der Behandlungsplan soll die Informationsweitergabe und die Versorgungssituation transparent darstellen und die beteiligten Akteure vernetzen.

Der Behandlungsplan ist bei Änderungen von der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu aktualisieren, beispielweise bei Änderungen des Bedarfs, des klinischen

Zur Erklärung

Status oder relevanten Kontextfaktoren. Ergeben sich daraus Änderungen an Inhalt und Umfang der Leistungen ist der Behandlungsplan erneut bei der Krankenkasse einzureichen.

Genehmigung Verordnung

Folgende Fachärzte/-innen dürfen außerklinische Intensivpflege verordnen:

- Vertragsärzte/-innen mit einer Qualifikation nach § 8 AKI-RL bzw. einer bereits bestehenden Genehmigung zur Potenzialerhebung
- Fachärzte/-innen mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin
- Fachärzte/-innen für Innere Medizin und Pneumologie
- Fachärzte/-innen für Anästhesiologie
- Fachärzte/-innen für Neurologie
- Fachärzte/-innen für Kinder- und Jugendmedizin

Ärztinnen und Ärzte anderer Facharztgruppen, wenn sie über Kompetenzen im Umgang mit beatmeten oder trachealkanülierten Versicherten verfügen. Diese bedürfen aber einer **Genehmigung der KV Hessen** und stellen einen Antrag.

Zur Erklärung

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)

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
MMJJ

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

TTMMJJ

Erneute Erhebung
geplant am

TTMMJJ

--

Vertragsarztstempel / ärztliche Unterschrift

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 62Aa (1.2023)

Zur Erklärung

Krankenkasse bzw. Kostenträger			Verordnung außerklinischer Intensivpflege Verordnungsrelevante Diagnose(n) (ICD-10-Code)		62B																														
Name, Vorname des Versicherten geb. am			vom TTMMJJ bis TTMMJJ																																
Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status			Voraussichtliches Entlassdatum (nur durch Krankenhaus anzugeben) TTMMJJ																																
Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum																																			
☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Vorabinformation aus dem Krankenhaus vor Entlassung gemäß § 10 Abs. 4 Satz 1 AKI-Richtlinie (fakultativ I bis III)			☐ Unfall																																
I. Klinischer Status																																			
☐ Beatmung, seit TTMMJJ																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 60%; padding: 5px;">Beatmungsform</td><td style="width: 20%; padding: 5px;">Beatmungsdauer</td><td style="width: 20%; padding: 5px;">Spontanatmungszeit</td></tr><tr><td style="padding: 5px;">☐ invasiv</td><td style="padding: 5px;"> Stunden pro Tag</td><td style="padding: 5px;"> Stunden pro Tag</td></tr><tr><td style="padding: 5px;">☐ nicht invasiv, Maskentyp </td><td style="padding: 5px;"> Stunden pro Nacht</td><td style="padding: 5px;"> Stunden pro Nacht</td></tr></table>						Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit	☐ invasiv	Stunden pro Tag	Stunden pro Tag	☐ nicht invasiv, Maskentyp	Stunden pro Nacht	Stunden pro Nacht																					
Beatmungsform	Beatmungsdauer	Spontanatmungszeit																																	
☐ invasiv	Stunden pro Tag	Stunden pro Tag																																	
☐ nicht invasiv, Maskentyp	Stunden pro Nacht	Stunden pro Nacht																																	
☐ Tracheostoma, seit TTMMJJ																																			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 60%; padding: 5px;">Trachealkanüle</td><td style="width: 40%; padding: 5px;">Entblockungszeiten</td></tr><tr><td style="padding: 5px;">☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil</td><td style="padding: 5px;"> </td></tr></table>						Trachealkanüle	Entblockungszeiten	☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil																											
Trachealkanüle	Entblockungszeiten																																		
☐ geblockt ☐ ungeblockt ☐ Sprechventil																																			
☐ 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><td style="width: 15%; padding: 5px;">Mitwirkung bei AKI</td><td style="width: 15%; padding: 5px;">Kommunikation Verständigung</td><td style="width: 15%; padding: 5px;">Orientierung vorhanden, zu</td><td style="width: 25%; padding: 5px;">Mobilität vorhanden</td><td style="width: 30%; padding: 5px;">Orale Ernährung</td></tr><tr><td style="padding: 5px;">☐ uneingeschränkt</td><td style="padding: 5px;">☐ uneingeschränkt</td><td style="padding: 5px;">☐ Ort</td><td style="padding: 5px;">☐ uneingeschränkt</td><td style="padding: 5px;">☐ Nackengriff</td></tr><tr><td style="padding: 5px;">☐ eingeschränkt</td><td style="padding: 5px;">☐ eingeschränkt</td><td style="padding: 5px;">☐ Zeit</td><td style="padding: 5px;">☐ bis an die Bettkante in den Rollstuhl</td><td style="padding: 5px;">☐ Schürzengriff</td></tr><tr><td style="padding: 5px;">☐ nicht möglich</td><td style="padding: 5px;">☐ nicht möglich</td><td style="padding: 5px;">☐ Person</td><td style="padding: 5px;">☐ stehfähig, gehfähig</td><td style="padding: 5px;">☐ Faustschluss</td></tr><tr><td></td><td></td><td style="padding: 5px;">☐ Situation nicht vorhanden</td><td style="padding: 5px;">☐ immobil</td><td style="padding: 5px;">☐ Pinzettengriff</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td style="padding: 5px;">☐ nein ☐ ja ☐ teilweise</td></tr></table>						Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung	☐ uneingeschränkt	☐ uneingeschränkt	☐ Ort	☐ uneingeschränkt	☐ Nackengriff	☐ eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ Zeit	☐ bis an die Bettkante in den Rollstuhl	☐ Schürzengriff	☐ nicht möglich	☐ nicht möglich	☐ Person	☐ stehfähig, gehfähig	☐ Faustschluss			☐ Situation nicht vorhanden	☐ immobil	☐ Pinzettengriff					☐ nein ☐ ja ☐ teilweise
Mitwirkung bei AKI	Kommunikation Verständigung	Orientierung vorhanden, zu	Mobilität vorhanden	Orale Ernährung																															
☐ uneingeschränkt	☐ uneingeschränkt	☐ Ort	☐ uneingeschränkt	☐ Nackengriff																															
☐ eingeschränkt	☐ eingeschränkt	☐ Zeit	☐ bis an die Bettkante in den Rollstuhl	☐ Schürzengriff																															
☐ nicht möglich	☐ nicht möglich	☐ Person	☐ stehfähig, gehfähig	☐ Faustschluss																															
		☐ Situation nicht vorhanden	☐ immobil	☐ Pinzettengriff																															
				☐ nein ☐ ja ☐ teilweise																															
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)																																			
Vertragsarztstempel/Unterschrift des verordnenden Arztes																																			

Zur Erklärung

Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	62C Behandlungsplan 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																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30%; padding: 2px;">Tracheotomie</td><td style="width: 30%; padding: 2px;">Trachealkanüle</td><td style="width: 40%; padding: 2px;">Befeuchtung</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">☐ dilatativ ☐ chirurgisch</td><td style="padding: 2px;">Hersteller Innendurchmesser in mm </td><td style="padding: 2px;">☐ passiv ☐ aktiv</td></tr></table>		Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung	☐ dilatativ ☐ chirurgisch	Hersteller Innendurchmesser in mm	☐ passiv ☐ aktiv																			
Tracheotomie	Trachealkanüle	Befeuchtung																								
☐ dilatativ ☐ chirurgisch	Hersteller Innendurchmesser in mm	☐ passiv ☐ aktiv																								
☐ Sekretmanagement																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 30%; padding: 2px;">Absauggerät</td><td style="width: 70%; padding: 2px;">Inhalationsgerät</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag </td><td style="padding: 2px;">☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag Medikament/Substanz </td></tr></table>		Absauggerät	Inhalationsgerät	☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag	☐ ja ☐ nein Häufigkeit pro Tag Medikament/Substanz																					
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																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 33%; padding: 2px;">mit Beatmung</td><td style="width: 33%; padding: 2px;">unter Spontanatmung</td><td style="width: 34%; padding: 2px;">Mobilität</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">Flow l/min Dauer h/tgl. </td><td style="padding: 2px;">Flow l/min Dauer h/tgl. </td><td style="padding: 2px;">Flow l/min Dauer h/tgl. </td></tr></table>		mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität	Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.																			
mit Beatmung	unter Spontanatmung	Mobilität																								
Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.	Flow l/min Dauer h/tgl.																								
☐ Spezielle Hygienemaßnahmen																										
Sonstige eingeleitete Maßnahmen (einschließlich weiterer Maßnahmen der AKI)																										
Medizinische Behandlungspflege (ggf. Beiblatt nutzen)																										
Leistung	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><th colspan="3">Häufigkeit</th><th colspan="2">Dauer</th></tr><tr><th>tgl.</th><th>wtl.</th><th>mtl.</th><th>vom</th><th>bis</th></tr><tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td></tr></table>	Häufigkeit			Dauer		tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis															
Häufigkeit			Dauer																							
tgl.	wtl.	mtl.	vom	bis																						
Name des Arztes / der Ärztin																										
	ärztliche Unterschrift																									
Ausfertigung für die Krankenkasse																										