



Begründung der Notwendigkeit stationärer Behandlung

nach den **Gemeinsamen Empfehlungen
zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG
(G-AEP)**

Angaben zum Patienten/Fall (ggf. Klebeetikett)

Name, Vorname	
-	
geboren	stationär von - bis

A, B Schwere und Intensität der Behandlung

Grau hinterlegte Gründe sind als alleinige Begründung ausreichend. Für alle anderen Gründe ist nur die Kombination Schwere + Intensität beweisend: es muss mindest ein Grund aus beiden Rubriken vorliegen. Bitte wählen Sie eine Rubrik (☒) und spezifizieren Sie den exakten Grund im Textfeld!

A Rubrik Schwere	B Rubrik Intensität
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Plötzliche Bewusstseinsstörung od. akuter Verwirrtheitszustand (A1) <input type="checkbox"/> Pulsfrequenz: <50 / min oder > 140 / min (A2) <input type="checkbox"/> Blutdruck: systolisch < 90 oder > 200 mmHg, diastolisch <60 oder >120 mmHg (A3) <input type="checkbox"/> Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes (A4) <input type="checkbox"/> Akuter Verlust der Hörfähigkeit (A5) <input type="checkbox"/> Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik (A6) <input type="checkbox"/> Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (> 38,0° C Kerntemperatur) (A7) <input type="checkbox"/> Akute/subakute Blutung und/oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall (A8) <input type="checkbox"/> Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung oder aktuelle Entgleisung harnpflichtiger Substanzen (A9) <input type="checkbox"/> Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden (A10) <input type="checkbox"/> Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen Ischämie (A11) <input type="checkbox"/> Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert (A12) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Kontinuierliche bzw. intermittierende i.v.-Medikation u./o. Infusion (schließt Sondenernährung nicht ein) (B1) <input type="checkbox"/> Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert (B2) <input type="checkbox"/> Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mindestens alle 4 Stunden (B3) <input type="checkbox"/> Behandlung auf einer Intensivstation (B4) <input type="checkbox"/> Intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche, assistierte oder kontrollierte Beatmung (B5)
<p>Kommentar zu Schwere und Intensität (Detail-Angaben)</p>	<p>← in Kombination mit</p> <p>in Kombination mit →</p>

C Operation / Invasive Maßnahme (außer Notfallmaßnahmen)

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Operation / Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann (C1) <input type="checkbox"/> Operation / Prozedur aus dem Katalog ambulantes Operieren (§115b Abs. 1 SGB-V), die zwar dort mit Sternchen [*] gekennzeichnet ist (i.d.R. ambulant zu erbringen), für die jedoch eine Begründung nach Anlage 2 des Vertrages zum ambulanten Operieren vorliegt (separates Formular verfügbar) (C2) 	
<p>Kommentar zu OP/invasive Maßnahme (Detail-Angaben)</p>	



D Komorbiditäten in Verbindung mit OPs od. krankenhausspezif. Maßnahmen

- Signifikant pathologische Lungenparameter (D1)
- Anamnestisch bekanntes mittelschweres oder schweres Schlafapnoe-Syndrom (D2)
- Interventionsrelevante Gerinnungsstörung oder therapiepflichtige Blutkrankheit (D3)
- Manifeste Herzerkrankungen: Angina pectoris Grad III oder IV (NYHA) od. manifeste Herzinsuffizienz Grad III oder IV (NYHA) (D4)
- Maligne Hyperthermie in der Eigen- oder Familienanamnese (D5)
- Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist, z.B.: endokrine Erkrankungen (z.B. Diabetes), Obstruktive Lungenerkrankungen, Schlaganfall und/ oder Herzinfarkt, behandlungsrelevante Nieren-/ Leberfunktionsstörung, schwere Immundefekte, Bluthochdruck mit Gefahr der Entgleisung (D6)

Kommentar zu
Komorbiditäten

(Detail-
Angaben)

E Notwendigkeit intensiver Betreuung in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen

- Voraussichtliche Überwachungspflicht über 12 Stunden nach Narkose- oder Interventionsende (E1)
- Amputationen und Replantationen (E2)
- Gefäßchirurgische Operationen (arteriell und/oder zentral) (E3)
- Einsatz und Entfernung von stabilisierenden Implantaten, ausgenommen z.B. nach unkomplizierten Hand, Handgelenks- sowie Fuß-, und Sprunggelenksoperationen (E4)
- Einsatz von Drainageschläuchen mit kontinuierlicher Funktionskontrolle (E5)
- Kathetergestützte Schmerztherapie (E6)

Kommentar zu
Betreuung

(Detail-
Angaben)

F Dokumentierte soziale Faktoren, aufgrund derer eine medizinische Versorgung des Patienten nicht möglich wäre, in Verbindung mit Operationen oder anderen krankenhausspezifischen Maßnahmen

- Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z.B. da der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann (F1)
- Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten (F2)
- Mangelnde Einsichtsfähigkeit des Patienten (F3)
- Fehlende Versorgungsmöglichkeiten (F4)

Kommentar zu
soziale Faktoren

(Detail-
Angaben)

Override-Option Notwendigkeit stationärer Behandlung aus anderen als o.g. Gründen erforderlich

- Wegen der **Individualität** des medizinischen Sachverhaltes und aufgrund der **Gesamtbewertung** des Krankheitsbildes ist die **Notwendigkeit** der Krankenhausaufnahme bzw. eines Behandlungstages **gegeben, obwohl keines der o.g. Kriterien** des Kataloges **erfüllt** ist (siehe nachfolgender Kommentar).

Kommentar zu
Override-Option

(Detail-
Angaben)

Ort, den

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 20 Fachabteilung Stempel/Unterschrift Arzt