

Notwendigkeit stationärer Behandlung nach den
Gemeinsamen Empfehlungen
zum Prüfverfahren nach § 17 c KHG (G-AEP)

OP/Eingriff:	
Name:	Vorname
geboren	stationär von - bis
Schwere und Intensität der Behandlung	
Grau Grau hinterlegte Gründe sind als alleinige Begründung ausreichend. Für alle anderen Gründe ist nur die Kombination Schwere + Intensität beweisend: es muss mindestens, ein Grund aus beiden Rubriken vorliegen. Bitte wählen Sie eine Rubrik (☒) und spezifizieren Sie den exakten Grund im Textfeld!	
A	B
Rubrik Schwere	Rubrik Intensität
☐ Plötzliche Bewusstseinsstörung od. akuter Verwirrheitszustand (A1) ☐ Pulsfrequenz: <50 / min oder > 140 / min (A2) ☐ Blutdruck: systolisch < 90 oder > 200 mmHg, diastolisch <60 oder >120 mmHg (A3) ☐ Akuter Verlust der Sehfähigkeit oder des Gleichgewichtssinnes (A4) ☐ Akuter Verlust der Hörfähigkeit (A5) ☐ Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik (A6) ☐ Lebensbedrohliche Infektion oder anhaltendes oder intermittierendes Fieber (> 38,0° C Kerntemperatur) (A7) ☐ Akute/subakute Blutung und/oder interventionsbedürftiger Hämoglobinabfall (A8) ☐ Schwere Elektrolytstörung oder Blutgasentgleisung oder aktuelle Entgleisung harnpflichtiger Substanzen (A9) ☐ Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle, zirkulatorische oder respiratorische oder dermatologische Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden (A10) ☐ Dringender Verdacht oder Nachweis einer myokardialen Ischämie (A11) ☐ Krankheit, die eine Behandlung mit onkologischen Chemotherapeutika oder anderen potenziell lebensbedrohlichen Substanzen erfordert (A12)	☐ Kontinuierliche bzw. intermittierende i.v.-Medikation u./o. Infusion (schließt Sondenernährung nicht ein) (B1) ☐ Operation, Intervention oder spezielle diagnostische Maßnahme innerhalb der nächsten 24 Stunden, die die besonderen Mittel und Einrichtungen eines Krankenhauses erfordert (B2) ☐ Mehrfache Kontrolle der Vitalzeichen, auch mittels Monitor, mindestens alle 4 Stunden (B3) ☐ Behandlung auf einer Intensivstation (B4) ☐ Intermittierende, mehrmals tägliche oder kontinuierliche, assistierte oder kontrollierte Beatmung (B5)
in Kombination mit ↑ in Kombination mit ↓	
Kommentar zu Schwere und Intensität (Detail Angaben)	

C	Operation / Invasive Maßnahme (außer Notfallmaßnahmen)
☐ Operation / Prozedur, die unstrittig nicht ambulant erbracht werden kann (C1) ☐ 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)	
Kommentar zu OP/invasive Maßnahme (Detail Angaben)	

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 unkomplizierter 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	
Kommentar zu Override-Option (Detail Angaben)	
Datum: Arzt: München, den	