

Kriterien- und Indikationenkatalog

Angaben zum Patient / Patientenaufkleber:

Name, Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Straße: _____
PLZ; Wohnort: _____
Telefon: _____
E-Mail-Adresse: _____
Krankenkasse / Versichertennummer: _____

Angaben zum ARZT:

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ; Ort: _____
Telefon: _____
E-Mail-Adresse: _____

Aufnahmegrund - Ambulante Vorbehandlung und Therapie ausgeschöpft (> 3 Monate):

Elektiv

Notfall

Behandlung beim HAUSarzt:

Physikalische Therapie / Krankengymnastik

Anzahl:

Medikamente

invasive Maßnahmen/ Spritzen/Infusionen

Sonstiges (z.B. Hilfsmittel)

Behandlung beim FACHarzt:

Physikalische Therapie / Krankengymnastik

Medikamente

invasive Maßnahmen/ Spritzen/Infusionen

Sonstiges (z.B. Hilfsmittel)

Behandlungen im letzten Jahr:

- Reha
 Kur
 Stationäre Krankenhausbehandlung/en
 Operation/en

Wo fanden die Behandlungen statt?

(Bitte hier Ort, Klinik eintragen):

Einweisungsdiagnose:

Relevante Nebendiagnosen:

Behandlungsziel:

_____, den _____
(Ort / Datum)

(Unterschrift der Arztes / der Ärztin)

Hinweis für Kostenträger: Wir werden Ihnen folgende Leistungsziffer in Rechnung stellen:

01621 Krankheitsbericht, nur auf besonderes Verlangen der Krankenkasse oder Ausstellung der vereinbarten Vordrucke nach den Mustern 11, 53 oder 56 - off. Abrechnungsausschluss 125 Punkte

Indikationen zur stationären Behandlung (§ 39 SGB V)

- Hochakute Erkrankung, drohende Gefährdung der Gesundheit.**
§ 4 Abs. 3 Krankenhausbehandlungsrichtlinien / § 17 c Abs. 4, Satz 9 KHG [G-AEP] **A 6**
- Fortgeschrittenes Stadium einer malignen oder benignen Erkrankung.**
- Akute Schmerzdekompensation** ambulant nicht beherrschbar § 17 c Abs. 4, Satz 9 KHG [G-AEP] **A 10**
- Progrediente Schmerzentwicklung** oder sensorische, motorische, funktionelle Störungen (Zunahme der körperlichen Beeinträchtigung, Mobilität). § 17 c Abs. 4, Satz 9 KHG [G-AEP] **A 10**
- Räumliche Ausbreitung / Hinzutreten / Wechsel des Schmerzcharakters eines Schmerzbildes.
- Zunahme der Schmerzdauer und der Anzahl der Attacken.
- Notwendigkeit einer kontinuierlichen bzw. intermittierenden i.v. Medikation und / oder Infusionen. § 17 c Abs. 4, Satz 9 KHG [G-AEP] **B 1**
- Kathetergestützte Schmerztherapie** § 17 c Abs. 4, Satz 9 KHG [G-AEP] **E 6**
- OP Vermeidung durch frühzeitige, effektive stationäre orthopädische Schmerztherapie.**
- Elektiver OP Eingriff.**
- Absolute oder relative Op-Indikation.**
- Notwendige stat. Diagnostik/Therapie bei drohender Verschlechterung/erschwertes Krankheitsbild.**
- Drohende Chronifizierung oder bereits erfolgte Chronifizierung.**
- Grund liegt in der spezifischen Situation des Patienten selbst:**
Patient bezogene Risiken z. B. Allergien, Multimorbidität, schwere Handicaps, persönliche, soziale oder örtliche Bedingungen, § 4 Abs. 2 Krankenhausbehandlungsrichtlinien 03. / § 17 c Abs. 4, Satz 9 KHG [G-AEP]
- Manifeste oder drohende Beeinträchtigung von Lebensqualität und / oder Arbeitsfähigkeit**
- Fehlschlag von vorheriger unimodaler Schmerztherapie, schmerzbedingter OP oder Entzug**
- Bestehender Medikamentenabusus oder - abhängigkeit**
- Gravierende psychische Begleiterkrankung**
- Gravierende somatische Begleiterkrankung**

D 6 F 1 F 2 F 3 F 4 Bettlägerigkeit, Immobilisation, Pflegebedürftigkeit.

G-AEP Kriterien- Prüfkriterien zu § 17c KHG

Erarbeitet von den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (12/03)

- A 6** Akute oder progrediente Lähmung oder andere akute neurologische Symptomatik.
- A 10** Akute oder progrediente sensorische, motorische, funktionelle Störungen sowie Schmerzzustände, die den Patienten nachdrücklich behindern oder gefährden.
- B 1** Kontinuierliche bzw. intermittierende intravenöse Medikation und / oder Infusion.
- D 6** Patienten, bei denen eine besonders überwachungspflichtige Behandlung der folgenden Erkrankungen dokumentiert ist z.B.:

endokrine Erkrankung (z. B. Diabetes)	Apoplex und / oder Herzinfarkt	schwere Immundefekte
obstruktive Lungenerkrankungen	behandlungsrelevante Nieren/Leberfunktionsstörung	Hypertonie mit Gefahr der Entgleisung
- E 6** Kathetergestützte Schmerztherapie.
- F 1** Fehlende Kommunikationsmöglichkeit, z. B. da der Patient allein lebt und kein Telefon erreichen kann.
- F 2** Keine Transportmöglichkeit oder schlechte Erreichbarkeit durch Stellen, die Notfallhilfe leisten könnten.
- F 3** Mangelnde Einsichtsfähigkeiten des Patienten.
- F 4** Fehlende Versorgungsmöglichkeiten.

Einverständniserklärung zur Klärung der Kostenübernahme durch den Kostenträger

Sehr geehrte/r Patientin / Patient,

wir erhalten vermehrt Anfragen zum Aufenthalt und zur Klärung der Kostenübernahme seitens der Krankenkassen. Wir bitten Sie daher, damit wir eine zügigere Klärung der Kostenübernahme erzielen und den bürokratischen Aufwand erleichtern können, uns zu ermächtigen, die auf den Seiten 1 und 2 dieses Schreibens ersichtlichen persönlichen Patientendaten Ihrer Krankenkasse mitteilen zu dürfen.

Wir bedanken uns für Ihr Verständnis.

Mit besten Genesungswünschen,

Ihr Team der Konservativen Orthopädie am Krankenhaus Tauberbischofsheim

Ich bin mit der Übermittlung meiner Patientendaten, die auf den Seiten 1 und 2 aufgelistet sind, an meine Krankenkasse einverstanden.

_____, den _____ (Ort / Datum), den _____ (Unterschrift der Patientin / des Patienten)

Nach Bearbeitung bitte senden:

per Mail: chirurgie@khtbb.de / per Fax an 09341 800-1423 / Rückfragen: 09341 800-1342