



Dokumentation im ambulanten Bereich

Änderungs- oder Ergänzungsvorschlag für den Leistungskatalog im ambulanten Bereich

Persönliche Daten

Name	
Vorname	
Titel	
Anrede	
Institution/Organisation	
Telefon (mit Vorwahl)	
E-Mail	

Beschreibung der Leistung (1/3)

Kurzbezeichnung (max. 100 Zeichen)

Art der Leistung

Therapeutisch

Diagnostisch

Prophylaktisch

Organisatorisch

Beschreibung bzw. Definition der Leistung

(Beschreiben Sie die vorgeschlagene Prozedur in kurzen Worten, nennen Sie die wesentlichen Schritte und die benötigten Instrumentarien.)

Beschreibung der Leistung (2/3)

Begründung für die Aufnahme in den Leistungskatalog

Beschreibung der Leistung (3/3)

Vorgeschlagene Leistungseinheit

je Behandlungstag

je Applikation

je Sitzung

je Seite

Andere

Wenn Andere:

Wie kann die vorgeschlagene Leistung erbracht werden?

Tagesklinisch

Ambulant

Vollstationär

Details zur Erbringung der Leistung (lt. aktuellem Leistungskatalog)

Vorgeschlagenes Organssystem

Vorgeschlagene anatomische Region

Vorgeschlagene Zugansart

Abgrenzungen zu vorhandenen Leistungen (1/2)

Beinhaltet die neue Leistung vorhandene Leistungen?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, welche (max. 10)?

Wird diese Leistung in einer fixen Kombination mit vorhandenen Leistungen erbracht?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, welche (max. 10)?

Ersetzt diese Leistung vorhandene Leistungen?

Ja Nein Keine Angabe

Wenn ja, welche (max. 10)?

Abgrenzungen zu vorhandenen Leistungen (2/2)

Überschneidet sich diese Leistung mit vorhandenen Leistungen?

Ja *Nein* *Keine Angabe*

Wenn ja, welche (max. 10)?

Indikation und Datenqualitätskriterien

Bei welchen gesicherten Indikationen soll die vorgeschlagene Leistung erbracht werden?

Gibt es weitere mögliche Indikationsgebiete?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

Plausible ICD-10-Codes angeben (Drei- oder Viersteller, max. 10)

Mind. 1 Diagnose muss für die Plausibilität der Leistung angegeben werden

Qualitätssicherung

Gibt es Standards und/oder Leitlinien zu dieser Leistung?

Ja Nein

Wenn ja, bitte Beschreibung oder Literaturangaben angeben

Letztere, wenn möglich, bitte im Volltext elektronisch übermitteln

Strukturelle Voraussetzungen für die Erbringung dieser Leistung

(Geräte, Räume, KA-Leistungsspektrum)

Personelle Voraussetzungen für die Erbringung dieser Leistung

(Teamzusammensetzung und Qualifikation)

Wissenschaftliche Evaluierung (1/2)

Geben Sie an, wodurch ist die Evidenz der vorgeschlagenen Leistung belegt ist.

Metaanalyse / Systematic Review

Ja Nein

Wenn ja, bitte Literatur angeben

Wenn möglich, bitte im Volltext elektronisch übermitteln

Health Technology Assessment

Ja Nein

Wenn ja, bitte Literatur angeben

Wenn möglich, bitte im Volltext elektronisch übermitteln

Randomisierte, kontrollierte Studie(n)

Ja Nein

Wenn ja, bitte Literatur angeben

Wenn möglich, bitte im Volltext elektronisch übermitteln

Wissenschaftliche Evaluierung (2/2)

Wenn keine Metaanalysen/Systematic Reviews, keine Health Technology Assessments und keine randomisierten kontrollierten Studien angegeben werden können, nennen Sie bitte andere Publikationen:

Wenn möglich, bitte im Volltext elektronisch übermitteln

Wissenschaftliche Evaluierung (2/2)

Wenn keine Publikationen vorliegen, begründen Sie bitte, warum die Leistung ohne Vorliegen kontrollierter randomisierter Studien aufgenommen werden soll

Ökonomische Evaluierung

Wie oft wurde die Leistung in Ihrer Institution im letzten Jahr erbracht?

mal

Schätzung der künftig zu erwartenden Frequenz dieser Leistung je Kalenderjahr,
bezogen auf die vorne angegebene Leistungseinheit:

in ihrer Institution	mal
in Österreich	mal