

# Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



## 1. Messung

☐ Interventionsmessung ☐ Vergleichsmessung ☐ Nullwertmessung

## 2. Qualitätsvertrag-Kennzeichnung

Format: QV-XX-00000-0000

QV -   -      -

Hinweis: Es ist die Qualitätsvertrag-Kennzeichnung anzugeben, die das IQTIG vergeben hat.

## 3. Institutionskennzeichen (Leistungserbringer)

nach ARGE-IK

## 4. Pseudonym

Hinweis: Die Pseudonyme werden mithilfe der entsprechenden Fallliste zugeordnet. Hierbei wird der eGK-Nummer die nächste freie fortlaufende Nummer als Patientenpseudonym zugewiesen.

## 5. Geburtsdatum

Format: TT.MM.JJJJ

 .  . 

## 6. Geschlecht

☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers ☐ unbestimmt

## 7. Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte

nach ARGE-IK

## 8. Postleitzahl (PLZ) des entlassenden Standorts

# Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



## 9. Standortkennzeichen des entlassenden Standorts

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

*Hinweis: Ab der Einführung (01.01.2020) der Standortkennzeichen nach § 293 Absatz 6 SGB V*

## 10. Behandelnde Fachabteilung

nach § 301-Vereinbarung

--

## 11. Aufnahmedatum Krankenhaus

Format: TT.MM.JJJJ

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

## 12. Aufnahmediagnose

nach ICD-10-GM

			.		
--	--	--	---	--	--

*Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des ICD-10-GM vorzunehmen.*

# Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



## 13. Prozeduren

alle Prozeduren, die in inhaltlichem Zusammenhang mit diesem Leistungsbereich stehen

Da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Felder begrenzt ist, sollten die aufwändigeren Prozeduren zuerst angegeben werden.

(obligatorische Angabe der Seitigkeit bei paarigen Organen oder Körperteilen)

R (Rechts)

L (Links)

B (Beidseitig)

	OPS	Seitigkeit	Datum (Format: TT.MM.JJJJ)
1.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
2.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
3.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
4.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
5.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
6.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
7.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
8.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
9.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
10.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des OPS vorzunehmen.

# Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



## 13. Prozeduren (Fortsetzung)

alle Prozeduren, die in inhaltlichem Zusammenhang mit diesem Leistungsbereich stehen

Da die Anzahl der zur Verfügung stehenden Felder begrenzt ist, sollten die aufwändigeren Prozeduren zuerst angegeben werden.

(obligatorische Angabe der Seitigkeit bei paarigen Organen oder Körperteilen)

R (Rechts)

L (Links)

B (Beidseitig)

	OPS	Seitigkeit	Datum (Format: TT.MM.JJJJ)
11.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
12.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
13.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
14.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
15.	<input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	: <input type="text"/>	am <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des OPS vorzunehmen.

# Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



## 14. Entlassungsdatum Krankenhaus

Format: TT.MM.JJJJ

		.			.				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

## 15. Entlassungsgrund

nach § 301-Vereinbarung

--

## 16. Entlassungsdiagnosen

nach ICD-10-GM

### Hauptdiagnose

			.		
--	--	--	---	--	--

### Nebendiagnosen (Reihenfolge analog zur Datenübermittlung an die Krankenkasse)

1.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.			6.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.		
			.												
			.												
2.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.			7.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.		
			.												
			.												
3.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.			8.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.		
			.												
			.												
4.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.			9.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.		
			.												
			.												
5.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.			10.	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td>.</td><td></td><td></td></tr></table>				.		
			.												
			.												

*Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Aufnahme gültigen Version des ICD-10-GM vorzunehmen.*

## Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



17. Wurde die Patientin/der Patient invasiv beatmet?

☐ ja

☐ nein

18. Wie viele erfolglose Spontanattemptsversuche wurden bei der Patientin/dem Patienten vorgenommen?

☐ 0 bis 3

☐ mehr als 3

19. Wie viele Tage sind seit dem ersten Spontanattemptsversuch bis zu einer erfolgreichen Entwöhnung bzw. bei erfolgloser Entwöhnung bis zur Entlassung/zum Tod der Patientin/des Patienten vergangen?

☐ bis zu 7 Tage

☐ mehr als 7 Tage

*Hinweis: Der Tag des 1. Spontanattemptsversuch wird hierbei mitgezählt.*

20. Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?

☐ ja

☐ nein

Bitte benennen Sie diese Faktoren.  
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ Delir

☐ Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts

☐ Respiratorische Insuffizienz

☐ Critical-Illness-Polyneuropathie

☐ Zwerchfelllähmung

☐ Endokrine Störungen

☐ Erbliche Malnutrition

☐ Andere:

## Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)

### 21. War die Patientin/der Patient bei der Entlassung komplett entwöhnt?

Entwöhnungsdatum

Format: TT.MM.JJJJ

☐ ja

☐ nein

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

### 22. War die Patientin/der Patient bei der Entlassung nicht-invasiv beatmet?

Umstellungsdatum auf eine nicht-invasive Beatmung

Format: TT.MM.JJJJ

☐ ja

☐ nein

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

*Hinweis: Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.*

### 23. Liegen bzw. lagen Kontraindikationen für eine Entwöhnung vor?

Welche Kontraindikationen für eine Entwöhnung liegen bzw. lagen vor?

(Mehrfachnennungen möglich)

☐ ja

☐ nein

- ☐ zentrale Atemregulationsstörung
- ☐ neuromuskuläre Erkrankungen (u.a. Amyotrophe Lateralsklerose, Apallisches Syndrom, Muskeldystrophie Duchenne, Myasthenien)
- ☐ Querschnittssyndrome
- ☐ ein-/beidseitige Zwerchfellparesen
- ☐ chronische Lungenerkrankungen mit chronischer, respiratorischer Insuffizienz
- ☐ end-stage COPD
- ☐ restriktive Lungenerkrankung
- ☐ Andere:

## Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



24. Wurde die Patientin/der Patient innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung erneut invasiv beatmet?

☐ ja

☐ nein / unbekannt

Falls bekannt: Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient erneut invasiv beatmet wurde.

Format: TT.MM.JJJJ

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

25. Beatmungsstunden

Format: HHHH

--	--	--	--

*Hinweis: Dauer der Beatmung während des oben dokumentierten stationären Aufenthalts. Die Berechnung der Beatmungsstunden erfolgt nach den Ausführungen der für den Tag der Aufnahme gültigen Deutschen Kodierrichtlinien.*

26. Wohin wurde die Patientin/der Patient entlassen?

☐ in ein Weaningzentrum **(Dokumentation beendet!)**

☐ in die außerklinische Beatmung (ambulanter Sektor)

☐ Anderes:

--



## Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



27. Wurde die Patientin/der Patient vor der Entlassung in die außerklinische Beatmung in einem (angebundenen) Weaningzentrum vorgestellt?

☐ ja

☐ nein

Bitte nennen Sie die Gründe, warum die Patientin/der Patient vor der Entlassung in die außerklinische Beatmung nicht in einem (angebundenen) Weaningzentrum vorgestellt wurde?  
(Mehrfachnennungen möglich)

☐ fehlende Kapazitäten im Weaningzentrum

☐ Kontraindikationen für eine Entwöhnung

☐ kein Weaningzentrum angebunden

☐ Andere:

28. Findet bei der Initiierung der außerklinischen Beatmung eine enge Abstimmung mit einer spezialisierten Einrichtung statt?

☐ ja

☐ nein

*Hinweis: Mit spezialisierten Einrichtungen sind Einrichtungen gemeint, die ausreichend Expertise in der komplexen Behandlung außerklinisch beatmeter Patientinnen/Patienten haben, die eine langfristige Durchführung von Therapiekontrollen übernehmen können und die grundsätzlich eine Reevaluierung des Weaningpotentials der Patientin/des Patienten innerhalb von sechs Monaten nach Entlassung unterstützen.*

29. Hat in der außerklinischen Beatmung innerhalb von 6 Monaten eine Reevaluierung des Weaningpotentials stattgefunden?

☐ ja

☐ nein (Dokumentation beendet!)

Datum der Reevaluierung

Format: TT.MM.JJJJ

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

## Respirorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)

30. Wurde die Patientin/der Patient aus der außerklinischen Beatmung erneut zur Entwöhnung (stationär) aufgenommen?

☐ ja

☐ nein (Dokumentation beendet!)

Wiederaufnahmedatum

Format: TT.MM.JJJJ

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

31. Gab es Faktoren, die die Entwöhnung erschweren?

☐ ja

☐ nein

Bitte benennen Sie diese Faktoren.

(Mehrfachnennungen möglich)

☐ Delir

☐ Störungen des Wasser- und Elektrolythaushalts

☐ Respiratorische Insuffizienz

☐ Critical-Illness-Polyneuropathie

☐ Zwerchfelllähmung

☐ Endokrine Störungen

☐ Erbliche Malnutrition

☐ Andere:

--

32. Wurde die Patientin/der Patient (nach Wiederaufnahme) komplett entwöhnt entlassen?

☐ ja

☐ nein

Entwöhnungsdatum nach Wiederaufnahme

Format: TT.MM.JJJJ

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

## Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Intensivstation, INT)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



**33. Wurde die Patientin/der Patient (nach Wiederaufnahme) nicht-invasiv beatmet entlassen?**

☐ ja

☐ nein

**Umstellungsdatum auf eine nicht-invasive Beatmung nach Wiederaufnahme**

Format: TT.MM.JJJJ

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

*Hinweis: Datum, an dem die Patientin/der Patient stabil auf eine nicht invasive Beatmung umgestellt wurde.*

**34. Wurde die Patienten/der Patient innerhalb von 14 Tagen nach der Entlassung (nach Wiederaufnahme) erneut invasiv beatmet?**

☐ ja

☐ nein / unbekannt

**Falls bekannt: Bitte geben Sie das Datum an, an welchem die Patientin/der Patient erneut invasiv beatmet wurde.**

Format: TT.MM.JJJJ

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

**35. Beatmungsstunden nach Wiederaufnahme**

Format: HHHH

--	--	--	--	--

*Hinweis: Dauer der Beatmung während des gesamten stationären Aufenthalts nach der Wiederaufnahme. Die Berechnung der Beatmungsstunden erfolgt nach den Ausführungen der für den Tag der Aufnahme gültigen Deutschen Kodier Richtlinien.*

Format: TT.MM.JJJJ

nach § 301-Vereinbarung

--

nach ICD-10-GM

**Nebendiagnosen** (Reihenfolge analog zur Datenübermittlung an die Krankenkasse)

--	--	--

 $\cdot$ 

--	--

- 1.

--	--	--

 $\cdot$ 

--	--

- 6.

- 2.

--	--	--

×

--	--

- 7.

- 3.

--	--	--

 $\cdot$ 

--	--

- 8.

- 4.

			.		
--	--	--	---	--	--

- 9.

			.		
--	--	--	---	--	--

- 5.

			.		
--	--	--	---	--	--

- 10.

0. 

--	--	--

 . 

--	--

*Hinweis: Die Dokumentation ist nach der für den Tag der Wiederaufnahme gültigen Version des ICD-10-GM vorzunehmen.*