

Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Weaningzentrum, WEZ)

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) (Weaningzentrum, WEZ)

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.

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"/>	am	<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"/>	am	<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"/>	am	<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"/>	am	<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"/>	am	<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"/>	am	<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"/>	am	<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"/>	am	<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"/>	am	<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"/>	am	<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.

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) (Weaningzentrum, WEZ)

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) (Weaningzentrum, WEZ)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



17. Wurde die Patientin/der Patient aus der
außerklinischen Beatmung aufgenommen?

☐ ja

☐ nein

18. Wurde die Patientin/der Patient invasiv beatmet?

☐ ja

☐ nein

19. Wie viele erfolglose Spontanatmungsversuche
wurden bei der Patientin/dem Patienten
vorgenommen?

☐ 0 bis 3

☐ mehr als 3

20. Wie viele Tage sind seit dem ersten Spontan-
atmungsversuch 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. Spontanatmungsversuch wird hierbei mitgezählt.

Respirorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Weaningzentrum, WEZ)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



21. 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:

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

☐ ja ☐ nein

Entwöhnungsdatum

Format: TT.MM.JJJJ

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

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

☐ ja ☐ nein

Umstellungsdatum auf eine nicht-invasive Beatmung

Format: TT.MM.JJJJ

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

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

Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Weaningzentrum, WEZ)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



24. 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:

25. Wurde die Patienten/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

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

Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Weaningzentrum, WEZ)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



26. Beatmungsstunden

Format: HHHH

--	--	--	--

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

27. Wohin wurde die Patientin/der Patient entlassen?

☐ in die außerklinische Beatmung (ambulanter Sektor)

☐ Anderes:

28. 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) (Weaningzentrum, WEZ)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



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

☐ ja

☐ nein (Dokumentation beendet!)

Wiederaufnahmedatum

Format: TT.MM.JJJJ

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

30. 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:

--

31. 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) (Weaningzentrum, WEZ)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



32. 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.

33. 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

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

34. 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.

Respiratorentwöhnung von langzeitbeatmeten Patientinnen und Patienten (RE) (Weaningzentrum, WEZ)

Fallbezogene (F) Leistungserbringerdokumentation (LE)



35. Entlassungsdatum Krankenhaus

nach Wiederaufnahme

Format: TT.MM.JJJJ

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

36. Entlassungsgrund nach Wiederaufnahme

nach § 301-Vereinbarung

--

37. Entlassungsdiagnosen nach Wiederaufnahme

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 Wiederaufnahme gültigen Version des ICD-10-GM vorzunehmen.