

1. Qualitätsindikator

Weaningprozess auf der Intensivstation

Dimension: Ärztliche Behandlung

- 1.1 Sedierungs- und Delirmonitoring mittels geeigneter Scores erfolgt
- 1.2 Bereitschaft zur Entwöhnung mittels Checkliste täglich in Patientenakte erfasst
- 1.3 Protokollbasierte SBTs durchgeführt und in Patientenakte dokumentiert
- 1.4 Patienten mit prolongiertem Weaning (Kategorie 3) und drohendem Weaningversagen werden auf einer Station mit nachgewiesener Qualifikation in prolongiertem Weaning behandelt oder auf eine solche verlegt. Die strukturelle Überleitung zur außerklinischen Beatmung erfolgt, sofern die Expertise zur außerklinischen Beatmung vorhanden ist, aus der eigenen Klinik oder in Kooperation mit spezialisierten Zentren für außerklinische Beatmung.

Begründung und Definition:

- Vor Verlegung in die Außerklinik muss nachgewiesen sein, dass bei Patienten mit primär akuter oder akut auf chronischer respiratorischer Insuffizienz der Weaningprozess strukturiert durchgeführt und dokumentiert wurde.
- Grundlage DIVI-Indikator IV: Weaningprotokoll/Weaningkonzept in Kombination mit Sedierungszielvorgaben. Bei jedem kontrolliert beatmeten Patienten soll täglich erhoben werden, ob Weaning möglich ist bzw. erfolgt oder nicht. Dies soll im Kontext zum DIVI-Indikator QI II (Monitoring von Sedierung, Analgesie und Delir) gesehen werden, der die tägliche Zielvorgabe der Sedierung und die Dokumentation der erhobenen Werte vorgibt. SBTs (spontaneous breathing trials) müssen dokumentiert sein.
- Die Weaningkategorie muss in der (elektronischen) Akte und im Entlassungsbrief dokumentiert sein.
- Patienten werden in die Außerklinik verlegt, ohne dass z.T. die Voraussetzungen dafür erfüllt sind.
- Es muss sichergestellt sein, dass die Patienten aktuell nicht weanbar sind, frei von Delir und nicht unnötig sediert sind (Monitoring!).
- Die medizinischen Voraussetzungen müssen erfüllt sein.
- Der indikationsstellende Facharzt muss Expertise in der Behandlung langzeitbeatmeter Patienten haben.



Bericht im Rahmen einer MDK-Prüfung für jeden einzelnen Patienten → war die Behandlung adäquat? QIs eingehalten? (ansonsten Regressforderungen)



Bericht wird den Gesprächsteilnehmern des Aufklärungsgesprächs (Bea@Home QI 4) zur Verfügung gestellt

- Im Verlauf: Indikationsüberprüfung durch behandelndes Weaningzentrum (WZ) erforderlich, um unnötige Beatmungszeiten zu vermeiden.

Kennzahlen:

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
<ul style="list-style-type: none">• Sedierungs- und Delirmonitoring mittels geeigneter Scores erfolgt? (DIVI-QI II)	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein• Ergebnis Zahl	Bei entsprechend positivem Ergebnis keine Verlegung möglich
<ul style="list-style-type: none">• Weaningversuch(e) innerklinisch gemäß SOP erfolgt	<ul style="list-style-type: none">• SBT durchgeführt und dokumentiert• Weaningprotokoll durchgeführt	SOP der jeweiligen Klinik/ Algorithmus SBT
<ul style="list-style-type: none">• Kategorie ‚Prolongiertes Weaning‘ vorliegend? (incl. Einhaltung DIVI-QI IV)	<ul style="list-style-type: none">• 3 SBT durchgeführt und dokumentiert, bzw. > 7 Tage vergangen seit erstem SBT	SOP der jeweiligen Klinik
<ul style="list-style-type: none">• Dokumentation der Weaningkategorie in Akte/Arztbrief erfolgt?	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	
<ul style="list-style-type: none">• Behandlung auf einer Station mit Expertise in der Überleitung zur außerklinischen Beatmung	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Schriftliche Dokumentation!

DIVI-Indikatoren sind auf der Homepage der DIVI dargestellt. Eine aktuelle Publikation dazu ist in Press. <http://divi.de/qualitaetssicherung/peer-review/qualit%C3%A4tsindikatoren.html> (letzter Zugriff: 18.07.2017)

2. Qualitätsindikator

Indikationsstellung im Weaningzentrum

Dimension: Ärztliche Behandlung

- 2.1 Weaningkategorie „Prolongiertes Weaning“ Gruppe 3 C (Weaningversagen) liegt vor und ist in Patientenakte dokumentiert.
- 2.2 Umstellung auf NIV evaluiert und Ergebnis in Patientenakte dokumentiert
- 2.3 Fachärztliche Indikation gestellt, schriftlich begründet und namentlich unterzeichnet
- 2.4 Ambulante Durchführbarkeit der Beatmung und der aktuellen Therapie in Patientenakte ärztlich bescheinigt
- 2.5 Patient bei Entlassung delirfrei (DIVI-Indikator QI II)
- 2.6 7. Tage vor der Entlassung keine parenterale Gabe von Sedativa (letzte Gabe dokumentiert)
- 2.7 Betreuendes Weaningzentrum/Zentrum für außerklinische Beatmung im Entlassungsbrief benannt
- 2.8 Empfehlungen zu Kontrolluntersuchungen/AVKs in Patientenakte dokumentiert
- 2.9 Termin zur nächsten Kontrolluntersuchung/AVK in Patientenakte dokumentiert
- 2.10 Kontrolluntersuchung regelmäßig erfolgt und Patientenakte dokumentiert
- 2.11 Ärztlicher Bericht der Kontrolluntersuchung liegt einsehbar vor

Begründung und Definition:

- Außerklinisch beatmete Patienten sind eine vulnerable Gruppe mit komplexen Erfordernissen in der Weiterbehandlung.
- Um eine qualitativ hochwertige, kontinuierliche Behandlung der Patienten zu gewährleisten, müssen der betreuende Hausarzt, das weiterbetreuende, qualitativ ausgewiesene Zentrum für Weaning sowie ggfs. der Homecarearzt vor der erstmaligen Entlassung in die außerklinische Beatmung bekannt sein; Namen und Kontaktdaten sind im Entlassungsbrief vermerkt und für alle an der Versorgung Beteiligten jederzeit einsehbar (ePA); Kontinuität in der Betreuung ohne Informationsverlust wird u.a. durch Hinterlegung erforderlicher Kontaktdaten sichergestellt.
- Im Rahmen von Arztkontakten findet eine Überprüfung des Delir-/Sedierungs-/Analgesiamonitorings (DIVI-Indikator -QI II) und ggf. Anpassung der Medikation, sowie der Beatmungssituation mit aktuellem Stand der Fortschritte bei z.B. Ausdehnung der Spontanatmungszeit statt.

Kennzahlen:

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
<ul style="list-style-type: none">• Weaningkategorie (3C) liegt vor und ist Patientenakte dokumentiert	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	
<ul style="list-style-type: none">• Umstellung auf NIV evaluiert und Doku in Patientenakte	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	
<ul style="list-style-type: none">• Fachärztliche Indikation zur Heimbeatmung	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation mit Begründung und Namen des Arztes
<ul style="list-style-type: none">• Ambulante Durchführbarkeit von Beatmung und akt. Therapie	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in der Patientenakte mit Namen des Arztes
<ul style="list-style-type: none">• Delirfrei bei Entlassung	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in der PA
<ul style="list-style-type: none">• 7 Tage vor E keine parenterale Gabe von Sedativa	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in der PA
<ul style="list-style-type: none">• Betreuendes Weaningzentrum/CABS in E-Brief genannt	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in Entlassungsbrief
<ul style="list-style-type: none">• Empfehlungen für Kontrollunters. Bzw. AVK dokumentiert	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in PA
<ul style="list-style-type: none">• Termin zur Kontrollunters. Bzw. AVK dokumentiert	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in PA
<ul style="list-style-type: none">• Kontrolluntersuchung regelmäßig erfolgt	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in PA
<ul style="list-style-type: none">• Ärztlicher Bericht zur Kontrolluntersuchung liegt vor	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in PA

3. Qualitätsindikator

Ambulante ärztliche Versorgung

Dimension: Ärztliche Behandlung

Begründung und Definition:

- 3.1 Name und Kontaktdaten des Hausarztes in Entlassungsbrief und Akte dokumentiert
- 3.2 Patient ärztlich übergeben
- 3.3 Inhalte der Übergabe in der (e)PA dokumentiert
- 3.4 Ambulante Arztkontakte

Begründung und Definition:

- Analog zum DIVI-Indikator - QI VIII (strukturierte Dokumentation von Angehörigengesprächen) ist die Kommunikation zwischen behandelnden Ärzten und Patienten-Angehörigen von großer Bedeutung. Dazu ist es erforderlich, dass die Kontaktdaten allen weiteren Behandlern bekannt sind.

Kennzahlen:

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
• Name und Kontaktdaten des HA des Patienten in E-brief und Akte dokumentiert	• Ja/Nein	Entlassungsbrief mit den geforderten Angaben liegt vor
• Ärztliche Übergabe bei Verlegung des Patienten	• Ja/Nein	Dokumentation einer Entlassung-AVK oder eines Telefonates.
• Inhalte der Übergabe dokumentiert	• Ja/Nein	Dokumentation in der (e)PA
• Ambulante Arztkontakte in der PA dokumentiert	• Ja/Nein	Dokumentation in der e(PA)

4. Qualitätsindikator

Patientenwille und Therapieziele

Dimension: Ethik

- 4.1 Patientenwille in der Patientenakte dokumentiert
- 4.2 Therapieziele in Berichten und Patientenakte dokumentiert
- 4.3 Dokumentierte strukturierte Gespräche erfolgt
- 4.4 Patientenwille und Therapieziele regelmäßig, d.h. mind. 1x jährlich überprüft

Begründung und Definition:

- Patienten, die in die Außerklinik entlassen werden, müssen wissen, was dies für Ihr Leben bedeutet – Chancen, Risiken, Einschränkungen; für Menschen, die vorher keinen Kontakt zu Patienten in ähnlicher Situation hatten, ist es schwer zu ermessen, was es bedeutet, pflegebedürftig zu sein, fremde Menschen u.U. zu Hause zu haben, mit ständiger Lebensbedrohung bei Versagen der Beatmung/Sekretverlegung o.ä. zu leben.
- Dies muss in einem oder mehreren Gesprächen näher gebracht werden; dabei müssen Möglichkeiten und Alternativen aufgezeigt werden mit dem Ziel, einen informierten Patienten/Angehörigen zu haben, der Entscheidungen auf Basis des angebotenen Wissens treffen kann.
- Das Aufklärungsgespräch findet im qualitativ ausgewiesenen Zentrum für Weaning vor der erstmaligen Entlassung in die invasive außerklinische Beatmung statt. Zeitpunkt, Gesprächsteilnehmer und Aufklärungsinhalte, sowie Rückfragen des betroffenen Patienten sind schriftlich zu dokumentieren, die informierte Einwilligung des Patienten ist schriftlich zu erteilen, vom behandelnden Arzt zu unterzeichnen, und für alle an der Versorgung Beteiligten einsehbar (Anlehnung an DIVI-QI VIII).
- Sowohl Behandler als auch Patient müssen wissen und festgelegt haben, was das Ziel der aktuellen Behandlung und Versorgung ist (Palliativ? Rückkehr zum Zustand, welcher VOR dem Krankenhausaufenthalt vorlag?), in Abhängigkeit von der jeweils zugrundeliegenden und dem Stadium der Erkrankung.
- Dabei sind diese Festlegungen als dynamischer Prozess zu sehen und als solcher in regelmäßigen Abständen zu überprüfen und zu dokumentieren.
- Mögliche Inhalte der Gespräche:
 - Aktueller Status
 - Gegenwärtiges Behandlungsziel und -wünsche des Patienten
 - Aktualisierungen von Patientenverfügungen
 - Angabe von Zielen/Prognosen durch die Behandler
- Hilfreich können dafür z.B. auch aktualisierte Patientenverfügungen sein.

Kennzahlen:

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
<ul style="list-style-type: none">• Patientenwille ist in der Akte dokumentiert	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in der PA
<ul style="list-style-type: none">• Therapieziele in Berichten und/oder Patientenakte dokumentiert	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in Arztbrief oder PA
<ul style="list-style-type: none">• Dokumentierte strukturierte Gespräche geführt	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Gespräche mit Patienten ggf. seiner Angehörigen/Betreuer, wenn Pat. nicht selber entscheiden kann
<ul style="list-style-type: none">• Patientenwille und Therapieziele mind. 1xjährlich überprüft	<ul style="list-style-type: none">• Ja/Nein	Dokumentation in der PA, erste Überprüfung nach 1 Jahr

5. Qualitätsindikator

Aufklärung und Einwilligung

Dimension: Ethik

- 5.1 Zeitpunkt und Gesprächsteilnehmer in Patientenakte dokumentiert
- 5.2 Aufklärungsinhalte und ggf. Rückfragen in Patientenakte dokumentiert
- 5.3 Informierte Einwilligung des Patienten schriftlich erteilt, vom behandelnden Arzt unterzeichnet

Begründung und Definition:

- Behandlungswünsche sind schriftlich oder audio-visuell dokumentiert und für alle an der Versorgung Beteiligten jederzeit einsehbar (ePA: z.B. in Form einer Patientenverfügung, im Arztbrief, Audio-Videobotschaften etc.)

Kennzahlen:

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
• Zeitpunkt und Gesprächsteilnehmer in PA	• Ja/Nein	Dokumentation in der PA
• Aufklärungsinhalte und ggf. Rückfragen in Patientenakte dokumentiert	• Ja/Nein	Dokumentation in Arztbrief oder PA
• Informierte Einwilligung des Patienten schriftlich erteilt, vom behandelnden Arzt unterzeichnet	• Ja/Nein	Dokumentation in der PA

6. Qualitätsindikator

Überleitkonferenz

Dimension: Entlassungsmanagement

- 6.1 Zeitpunkt, Teilnehmer und Gesprächsinhalte der Überleitkonferenz dokumentiert
- 6.2 Protokoll vom Überleitmanager namentlich unterzeichnet und einsehbar
- 6.3 Intersektorale Patientenakte für alle Beteiligten angelegt

Begründung und Definition:

- Das Überleitmanagement stellt in Anbetracht der besonderen Anforderungen eine besondere Herausforderung dar.
- Vor der erstmaligen Entlassung in die außerklinische Beatmung findet eine Überleitkonferenz aller beteiligten Professionen und Institutionen statt (Patient bzw. gesetzlicher Betreuer; Bezugspersonen bzw. Angehörige; Überleitmanager + behandelnder Arzt + Pflege + Sozialdienst des entlassenden Zentrums für prolongiertes Weaning und außerklinische Beatmung; außerklinische Pflege, Provider; niedergelassener Arzt; Kostenträger und/oder Medizinischer Dienst); es wird eine intersektoral gültige elektronische Patientenakte angelegt und geführt.

Kennzahlen:

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
• Zeitpunkt und Gesprächsteilnehmer der ÜLK in PA	• Ja/Nein	Dokumentation in der PA
• Protokoll vom Überleitmanager unterzeichnet	• Ja/Nein	Dokumentation in Arztbrief oder PA
• Intersektorale PA für alle einsehbar angelegt.	• Ja/Nein	Dokumentation in PA

7. Qualitätsindikator

Individueller Hilfsmittelbedarf

Dimension: Entlassungsmanagement

- 7.1 Individueller Hilfsmittelbedarf anhand Checkliste ermittelt
- 7.2 Checkliste bzgl. Aktualität überprüft und angepasst
- 7.3 Technische Voraussetzungen für Entlassung erfüllt und dokumentiert

Begründung und Definition:

- Außerklinisch beatmete Patienten benötigen eine Vielzahl an Hilfsmitteln, welche rechtzeitig und individuell angepasst zur Verfügung stehen müssen.
- Mit Hilfe von Checklisten, welche regelmäßig an veränderte Bedürfnisse angepasst werden müssen, lässt sich eine möglichst lückenlose Bedarfsplanung erstellen.
- Die Hilfsmittel sollen auch der Förderung der Patientenautonomie dienen.
- Der individuelle Hilfsmittelbedarf ist ermittelt zur Verbesserung der Patientenautonomie.

Kennzahlen

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
• Individueller Hilfsmittelbedarf anhand Checkliste ermittelt	• Ja/Nein	Checkliste angelegt/vorhanden in der PA
• Checkliste bzgl. Aktualität überprüft und angepasst	• Ja/Nein	Dokumentation PA
• Technische Voraussetzungen für Entlassung erfüllt und dokumentiert	• Ja/Nein	Dokumentation in PA

8. Qualitätsindikator

Multimodales Therapiekonzept

Dimension: Therapiekonzept

- 8.1 Individuelles multimodales Therapiekonzept erstellt und dokumentiert
- 8.2 Durchführung der Behandlung in Patientenakte dokumentiert
- 8.3 Evaluation der Durchführung und Behandlungseffektivität dokumentiert
- 8.4 Anpassung des Konzepts bei Nichterreichen der Therapieziele

Begründung und Definition:

- Dauerhaft beatmete Patienten bedürfen intensiver Therapien, ggf. – in Abhängigkeit von Art und Stadium ihrer Erkrankung – auch einer Anbindung an eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) oder eine allgemeine ambulante Palliativversorgung (AAPV).
- Es müssen Therapieziele definiert sein, bei Nichterreichen (Kontrolle wie oft?) muss eine Anpassung der individuellen Therapien oder der Ziele erfolgen.

Kennzahlen:

- Behandlungen sowie regelmäßige Therapiezielkontrollen sind in der ePA dokumentiert.
- Ein multimodales Therapiekonzept ist erstellt (insbesondere Physiotherapie, Logopädie, und Ergotherapie, sowie ggfs. AAPV/SAPV).

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
• Individuelles multimodales Therapiekonzept erstellt und dokumentiert	• Ja/Nein	Therapiekonzept in der ePA ersichtlich
• Durchführung der Behandlung in Patientenakte dokumentiert	• Ja/Nein	Dokumentation in der PA
• Evaluation der Durchführung und Behandlungseffektivität dokumentiert	• Ja/Nein	Nachweis in der ePA

9. Qualitätsindikator

Individuelle Pflege(-planung)

Dimension: Pflege

- 9.1 Pflegekräfte qualifiziert (analog Leitlinien-Empfehlung)
- 9.2 individuelle Pflegeplanung durchgeführt und dokumentiert
- 9.3 Evaluation der Durchführung und Effektivität dokumentiert
- 9.4 Anpassung der Planung bei Nichterreichen der Pflegeziele
- 9.5 Möglichkeit zur Kontaktaufnahme mit dem Weaningzentrum gegeben (AVK) und Dokumentation der Inanspruchnahme erfolgt

Begründung und Definition:

- Besonders im außerklinischen Bereich ist das pflegerische Handeln von größter Bedeutung, da die ärztliche Behandlung nicht so engmaschig sein kann, wie im klinischen Bereich.
- Die Patientenbeobachtung und -behandlung durch die Pflegekräfte erlangt somit zusätzliches Gewicht, gerade auch im Hinblick auf die Beatmungssituation (Weaningpotential bei in Frage kommenden Patienten) und den aktuellen Zustand des Patienten im Hinblick auf Analgesie, Delir, Sedierung (DIVI-Indikator -QI II).
- Im Rahmen der Patientenbeobachtung durch die Pflegekräfte kann Weaningpotential gefördert werden – Parameter müssen definiert werden, anhand derer beim einzelnen Patienten der Entwöhnungsprozess ohne Gefährdung vorangetrieben werden kann; im Rahmen von AVKs und regelmäßigen Terminen mit dem Weaningzentrum erfolgt die Kontrolle des Prozesses; bei Bedarf kann zusätzlich Kontakt aufgenommen werden (gerade auch bei Verschlechterung des Patienten!).
- Eine hohe Qualifikation der Pflegekräfte ist dabei Voraussetzung, um Potentiale und Probleme zu erkennen.
- Es wird eine auf die individuellen Bedürfnisse und Ressourcen, sowie auf die ermittelten Behandlungswünsche und Therapieziele angepasste Pflege durchgeführt.

Kennzahlen:

- Eine begründete, individuelle Pflegeplanung ist durchgeführt und in der ePA dokumentiert.
- Ein individuell angepasstes multimodales Sekretmanagementkonzept ist in der ePA dokumentiert und wird angewendet.
- Analgesie, Sedierung und Delir werden durch die PFK erfasst und dokumentiert, bei Abweichung von der Zielvorgabe erfolgt eine Rückmeldung an den behandelnden Arzt bzw. Anpassung von Medikation im Rahmen vorgegebener Anordnungen.
- Die betreuenden Pflegekräfte sind ausreichend für die Übernahme eines beatmeten Patienten qualifiziert (s. Durchführungsempfehlungen).

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
<ul style="list-style-type: none"> • Pflegekräfte ausreichend qualifiziert 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/Nein 	% Anteil der Pflegekräfte mit speziellen Kenntnissen.
<ul style="list-style-type: none"> • Individuelle Pflegeplanung durchgeführt und dokumentiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/Nein 	Dokumentation in der PA
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluation der Durchführung und der Effektivität dokumentiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/Nein 	Dokumentation in der PA, Pflegestatusbericht.
<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung der Planung bei Nichterreichung der Pflegeziele 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/Nein 	Wenn Ziele nicht erreicht, wurde die Planung daraufhin angepasst?
<ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit zur Kontaktaufnahme dem Weaningzentrum gegeben (AVK) und Dokumentation der Inanspruchnahme erfolgt 	<ul style="list-style-type: none"> • Ja/Nein • Dokumentation der Häufigkeit und des Ergebnisses 	

10. Qualitätsindikator

Patientensicherheit, Lebensqualität und PRO

Dimension: Patient-reported outcomes

- 10.1 CIRS sektor- und professionenübergreifend implementiert und in QRM eingebettet
- 10.2 CIRS Meldungen regelmäßig gesichtet und abgearbeitet
- 10.3 Ärztliche Verordnungen in Patientenakte auf aktuellem Stand
- 10.4 Messung und Dokumentation der Lebensqualität
 - 10.4.1 Bei Entlassung
 - 10.4.2 1 Monat nach Entlassung
 - 10.4.3 alle 6 Monate nach Entlassung
 - 10.4.4 Bei Verschlechterung der Lebensqualität wird Teamberatung einberufen
- 10.5 Anzahl der Patienten, die eine SAPV oder eine AAPV erhalten (pro Gesamtzahl betreuter Patienten im Kalenderjahr)
- 10.6 Ungeplante Klinikaufenthalte (Anzahl und Einweisungsdiagnosen) dokumentiert
 - 10.6.1 Anzahl pro Patient
 - 10.6.2 Einweisungsdiagnose
- 10.7 Anzahl der verstorbenen Patienten
 - 10.7.1 Erwartet und begleitet im ambulanten Bereich verstorben
 - 10.7.2 Unvorhergesehen im ambulanten Bereich verstorben
 - 10.7.3 nach Überleitung in den außerklinischen Bereich im Krankenhaus verstorben
- 10.8 Anzahl im Verlauf erfolgreich entwöhnter Patienten (mit oder ohne NIV) und Entlassung in die Häuslichkeit
- 10.9 Anzahl der entlassenen Patienten in/nach
 - 10.9.1 Häuslichkeit
 - 10.9.2 Betreutes Wohnen
 - 10.9.3 Wohngemeinschaft
 - 10.9.4 Pflegeheim
 - 10.9.5 Rehabilitationsklinik

Begründung und Definition:

- Vor allem Patienten mit 100%iger Abhängigkeit vom Respirator sind eine vulnerable Gruppe mit hohen Sicherheitsanforderungen an deren Versorgung.
- Ein (außerklinisches) Meldesystem steht vor der Hürde der Intersektoralität und einer bislang noch fehlenden Implementierung.
- Ein CIRS kann für Risiko- und Qualitätsmanagement unterstützend wirken, um zukünftige Fehler zu vermeiden.
- Die Lebensqualität heimbeatmeter Menschen war bereits Gegenstand wissenschaftlicher Untersuchungen, sie ist als eingeschränkt beschrieben in Abhängigkeit von der Grunderkrankung (siehe [34]); mit der Zunahme an Patienten mit außerklinischer Beatmung und komplexeren Erkrankungen bleibt dies ein wichtiger zu überprüfender Gesichtspunkt, um daraus Schlussfolgerungen für die weitere Versorgung zu ziehen.
- Zur Messung der Lebensqualität kommen krankheitsübergreifende oder -spezifische Fragebögen in Frage.
 - Die Patientensicherheit, die individuelle Lebensqualität und die Unterstützung der Autonomie müssen für alle an der Versorgung Beteiligten im Fokus stehen.

Kennzahlen:

- CIRS (Critical Incident Reporting System) ist sektor- und professionenübergreifend implementiert.
- Verordnungen (insbesondere Medikamente, Anwendung von Hilfsmitteln inkl. Beatmungszubehör, Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Palliative Care) sind in der Akte bzw. ePA dokumentiert und für alle an der Versorgung Beteiligten einsehbar.
- Individuelle Lebensqualität wird vor Therapiebeginn und anschließend regelmäßig (z.B. mittels SF-36, SRI)- d.h. mindestens 1 x jährlich - evaluiert und in der ePA dokumentiert (standardisierte Erhebung).
- Bei Verschlechterung der Lebensqualität wird eine Fallkonferenz/Ethikkonsil/ Teambesprechung einberufen.
- Multimodales Therapiekonzept, Pflegeplanung und Hilfsmittelausstattung berücksichtigen die Autonomieressourcen; entsprechende Hinweise sind in der Dokumentation (ePA) vorhanden.

Kennzahl	Freiheitsgrad	Kommentar
<ul style="list-style-type: none"> CIRS ist implementiert und in ein Qualitäts- und Risikomanagement eingebettet 	<ul style="list-style-type: none"> Ja/Nein 	Meldekreis? Was wird reportiert? Wer schaltet frei? Wer reviewt? Wer hat Zugriff? Welches System? Wieviele Einträge? Wo laufen die Fäden zusammen? Wer handelt?
<ul style="list-style-type: none"> Die Meldungen wurden regelmäßig (monatlich?) gesichtet und abgearbeitet 	<ul style="list-style-type: none"> Ja/Nein 	
<ul style="list-style-type: none"> Ärztliche Verordnungen in Patientenakte auf dem aktuellen Stand 	<ul style="list-style-type: none"> Ja/Nein 	Dokumentation in der ePA
<ul style="list-style-type: none"> Messung und Dokumentation der Lebensqualität (SF 36 (krankheitsübergreifend) SRI (Heimbeatmung)): <ul style="list-style-type: none"> Bei Entlassung 1 Monat nach Entlassung alle 6 Monate nach Entlassung Bei Verschlechterung der Lebensqualität wird eine Teambesprechung einberufen. 	<ul style="list-style-type: none"> Ergebnis Teamberatung erfolgt, Konsequenzen gezogen 	Dokumentation der Befragungen in der ePA
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der Patienten, die eine SAPV oder eine AAPV erhalten (pro Gesamtzahl betreuter Patienten im Kalenderjahr) 	<ul style="list-style-type: none"> Pat. mit SAPV/AAPV/Gesamtzahl behandelter Patienten 	
<ul style="list-style-type: none"> Ungeplante Klinikaufenthalte 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl pro Patient Einweisungsdiagnosen 	Dokumentation in der ePA
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der verstorbenen Patienten. 	<ul style="list-style-type: none"> Erwartet und begleitet im ambulanten Bereich verstorben Unvorhergesehen im ambulanten Bereich verstorben Nach Überleitung in die Außerambulanz im Krankenhaus verstorben 	Dokumentation in der ePA
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl im Verlauf erfolgreich entwöhnter Patienten (mit und ohne NIV) und Entlassung in die Häuslichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Anzahl erfolgreich entwöhnter Pat. 	Dokumentation in der ePA
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der entlassenen Patienten von in/nach 	<ul style="list-style-type: none"> Häuslichkeit Betreutes Wohnen Wohngemeinschaft Pflegeheim Rehabilitationsklinik 	Dokumentation in der ePA