Ausfüllhinweise
Ambulant erworbene Pneumonie (PNEU)

Stand: 26. Februar 2025 (Spezifikation 2025 V06)
Copyright © 2025 IQTIG

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
3	aufnehmender Standort	-	Der „aufnehmende Standort“ entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
4	Betriebsstätten-Nummer	-	Diese Betriebsstätten-Nummer dient zur Unterscheidung organisatorisch getrennter Bereiche bei gleichem Institutionskennzeichen und gleicher Fachabteilungsnummer. Die Betriebsstätten-Nummer ist standardmäßig "1". Ihre Verwendung oder Nicht-Verwendung kann durch das Krankenhaus bzw. den Träger frei festgesetzt werden, wenn es keine landeseinheitliche Empfehlung bzw. Festlegung für die bestimmte Verwendungsform gibt. Die Betriebstätten-Nummern eines Krankenhauses sollen jahrgangsübergreifend in der gleichen Weise vergeben werden, falls keine organisatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer ist optional. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
5	Fachabteilung	§ 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
6	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geburtsdatum	**Format:** TT.MM.JJJJ	Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores – zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82. **Übersetzung der Kriterien** Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom **Initial** **Beschreibung** **C** Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person **R** Atemfrequenz >= 30/min **B** Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <= 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg. **65** Alter >= 65 Jahre

			Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen **Risikoklasse** / **Erwartete Sterblichkeit** / **Gesamtpunktzahl CRB-65** 1 / niedrig / 0 2 / mittel / 1-2 3 / hoch / 3-4 und beatmete Patienten
8	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
9	Aufnahmedatum Krankenhaus	**Format:** TT.MM.JJJJ	**Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung** Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das **Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes** und das **Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes** zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall. Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2025 bis zum 10.01.2025 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2025 bis zum 20.01.2025 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2025, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2025.

Aufnahme

10	Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung	0 = nein 1 = ja	Nicht gemeint ist betreutes Wohnen.
11	Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus externer stationärer Rehabilitationseinrichtung	0 = nein 1 = ja	Gemeint sind Patienten, die im vorangegangenen Aufenthalt vollstationär aufgenommen waren.
12	chronische Bettlägerigkeit	0 = nein 1 = ja	Die gewählte Definition entspricht der „Schweren Form der Bettlägerigkeit“ nach Zegelin; vgl. Zegelin, Angelika (2005): Festgenagelt sein – Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Verlag Hans Huber.
13	bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung, d.h. Beatmung mit endotrachealer Intubation oder mit Trachealkanüle	0 = nein 1 = ja	Wenn die Aufnahme unter Reanimationsbedingungen erfolgt und sich eine invasive maschinelle Beatmung anschließt, ist ebenfalls „ja“ zu dokumentieren.
wenn Feld 13 = 0			
14	Desorientierung: Besteht zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Bewusstseinstrübung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?	0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt 9 = nicht beurteilbar	Antwortmöglichkeit „9 = nicht beurteilbar“ ist anzugeben, wenn nicht beurteilt werden kann, ob eine Desorientierung vorliegt oder wenn nicht beurteilt werden kann, ob eine vorliegende Desorientierung pneumoniebedingt ist oder nicht. Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores – zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82. **Übersetzung der Kriterien** Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom **Initial** / **Beschreibung** **C** Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person **R** Atemfrequenz >= 30/min **B** Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <= 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg. **65** Alter >= 65 Jahre Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen **Risikoklasse** / **Erwartete Sterblichkeit** / **Gesamtpunktzahl CRB-65** 1 / niedrig / 0 2 / mittel / 1-2

		3 hoch	3-4 und beatmete Patienten

wenn Feld 13 = 0

15.1	spontane Atemfrequenz	**Angabe in:** Atemzüge/min **Gültige Angabe:** 1 - 90 Atemzüge/min **Angabe ohne Warnung:** <= 60 Atemzüge/min	Bestimmung der Anzahl der spontanen Atemzüge pro Minute bei der Aufnahme. Die Bundesfachgruppe Pneumonie empfiehlt folgendes, standardmäßiges Vorgehen zur Bestimmung der Atemfrequenz: Die Messung der Atemfrequenz erfolgt entweder durch visuelle Beobachtung der Thoraxexkursionen oder (insbesondere bei flacher Atmung geeigneter) durch Auflegen der Hand auf den mittleren Thorax des Patienten und Zählung der Atemzüge über 30 Sekunden; die Multiplikation mit dem Faktor zwei ergibt die Atemfrequenz. Dabei ist darauf zu achten, dass die Messung - wenn möglich - ohne Sauerstoffzufuhr durchgeführt wird. Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82. Übersetzung der Kriterien Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom **Initial Beschreibung** **C** Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person **R** Atemfrequenz >= 30/min **B** Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <= 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg. **65** Alter >= 65 Jahre Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen **Risikoklasse** **Erwartete Sterblichkeit** **Gesamtpunktzahl CRB-65** 1 niedrig 0 2 mittel 1-2 3 hoch 3-4 und beatmete Patienten
15.2	spontane Atemfrequenz nicht bestimmt	1 = ja	Die Messung der spontanen Atemfrequenz bei Aufnahme ist Bestandteil der Risikoadjustierung. Fälle, bei denen die Atemfrequenz nicht gemessen wurde, werden in der niedrigsten Atemrisikogruppe berücksichtigt. Hier ist auch dann „ja“ anzugeben, wenn die Atemfrequenz der Akte nicht genau zu entnehmen ist.

wenn Feld 13 = 0

16	Blutdruck systolisch	**Angabe in:** mmHg **Gültige Angabe:** 0 - 349 mmHg **Angabe ohne Warnung:** 61 - 249 mmHg	Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores – zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82. **Übersetzung der Kriterien** Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom **Initial Beschreibung** **C** Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person **R** Atemfrequenz >= 30/min **B** Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <= 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg. **65** Alter >= 65 Jahre Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen **Risikoklasse** **Erwartete Sterblichkeit** **Gesamtpunktzahl CRB-65** 1 niedrig 0 2 mittel 1-2

			3 hoch 3-4 und beatmete Patienten
17	Blutdruck diastolisch	**Angabe in:** mmHg **Gültige Angabe:** 0 - 159 mmHg **Angabe ohne Warnung:** 41 - 119 mmHg	Diese Angabe dient zur Ermittlung einer Risikoabschätzung des klinischen Schweregrades anhand des validierten CRB-65-Scores – zum Zeitpunkt der Aufnahme! Als Grundlage und Referenz wurde folgende Arbeit herangezogen: Lim WS, van der Eerden MM, Laing R, Boersma WG, Karalus N, Town GI, Lewis SA, Macfarlane JT. Defining community acquired pneumonia severity on presentation to hospital: an international derivation and validation study. Thorax. 2003;58:377-82. **Übersetzung der Kriterien** Ein Punkt für jedes vorhandene Symptom **Initial Beschreibung** **C** Pneumoniebedingte Desorientierung nach Zeit, Ort oder Person **R** Atemfrequenz >= 30/min **B** Niedriger Blutdruck. Diastolischer Blutdruck (DBP) <= 60 mmHg oder systolischer Blutdruck (SBP) < 90 mmHg. **65** Alter >= 65 Jahre Eingruppierung der Patienten in die Risikoklassen **Risikoklasse / Erwartete Sterblichkeit / Gesamtpunktzahl CRB-65** 1 niedrig 0 2 mittel 1-2 3 hoch 3-4 und beatmete Patienten
18	Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie	0 = weder Blutgasanalyse noch Pulsoxymetrie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später	**Eine Sauerstoffmangelversorgung ist einer der wichtigsten Indikatoren zur Erkennung einer schweren Pneumonie und erhöhter kurzfristiger Sterbewahrscheinlichkeit (Meehan et al. 1997; Alberta Medical Association 2006).** **Mit diesen Untersuchungen können auch Hypoxämien entdeckt werden, die im klinischen Erscheinungsbild des Patienten noch nicht erkennbar sind.** Weder Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes weder eine **arterielle bzw. kapilläre** Blutgasanalyse noch eine Pulsoxymetrie durchgeführt wurde. **Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme** bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zur Untersuchung 4 Stunden noch nicht vollendet sind. Es wird davon ausgegangen, dass die administrative Aufnahme spätestens zum Zeitpunkt der Untersuchung erfolgt ist. Wenn in einzelnen Fällen die Untersuchung bereits vor der administrativen Aufnahme durchgeführt worden ist, dann ist "1 = Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme" anzugeben. **4 bis unter 8 Stunden** bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus angezählt bis zur Untersuchung mindestens 4 Stunden, jedoch noch nicht 8 Stunden vollendet sind. **8 Stunden und später** bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zur Untersuchung mindestens 8 Stunden vollendet sind.
wenn Feld 18 IN (1;2;3)			
19	erste Sauerstoffsättigung	**Angabe in:** %	Bestimmung per Pulsoxymetrie oder Blutgasanalyse. Nach klinischer Möglichkeit sollten Patienten ohne Sauerstofflangzeittherapie bei der Messung Raumluft atmen und bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie sollte die Messung unter der Sauerstofflaufrate erfolgen, die der Patient aufgrund seiner Grunderkrankung dauerhaft erhält.
20	erste Sauerstoffsättigung unter Sauerstoffgabe erfasst	0 = nein 1 = ja	-
21	erste Sauerstoffsättigung unter nicht-invasiver Beatmung oder CPAP erfasst	0 = nein 1 = ja	-
22	initiale antibiotische Therapie	0 = keine antibiotische Therapie 1 = innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme 2 = 4 bis unter 8 Stunden 3 = 8 Stunden und später 4 = Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antibiotischen Therapie	**Bei der Verabreichung der antibiotischen Therapie im Krankenhaus ist die Uhrzeit der Verabreichung in der Patientenakte mit anzugeben. Aus der Differenz zwischen der Uhrzeit der Aufnahme in das Krankenhaus und der Verabreichung der Medikation kann das Zeitintervall genau bestimmt werden.** **Keine antibiotische Therapie** bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine antibiotische

			Therapie verabreicht wurde. **Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme** bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antibiotischen Therapie 4 Stunden noch nicht vollendet sind**.** Es wird davon ausgegangen, dass die administrative Aufnahme spätestens zum Zeitpunkt des Beginns der antibiotischen Therapie erfolgt ist. Wenn in einzelnen Fällen der Beginn der antibiotischen Therapie bereits vor der administrativen Aufnahme durchgeführt worden ist, dann ist "1 = Innerhalb der ersten 4 Stunden nach Aufnahme" anzugeben. **4 bis unter 8 Stunden** bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antibiotischen Therapie mindestens 4 Stunden, jedoch noch nicht 8 Stunden vollendet sind. **8 Stunden und später** bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt bis zum Beginn der antibiotischen Therapie mindestens 8 Stunden vollendet sind. "**Fortsetzung oder Modifikation einer extern begonnenen antibiotischen Therapie**" setzt voraus, dass der Patient schon unmittelbar vor dem Krankenhausaufenthalt mit Antibiotika behandelt wurde.
Verlauf			
23	Beginn der Mobilisation	0 = keine Mobilisation 1 = innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme 2 = nach 24 Stunden und später	**Keine Mobilisierung** bedeutet, dass während des gesamten Krankenhausaufenthaltes keine Mobilisierung des Patienten vorgenommen wurde bzw. sich der/die Patient/in nicht selbst mobilisiert hat. **Innerhalb der ersten 24 Stunden nach Aufnahme** bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt 24 Stunden noch nicht vollendet sind. **24 Stunden und später** bedeutet, dass vom Zeitpunkt der administrativen Aufnahme im Krankenhaus an gezählt mindestens 24 Stunden vollendet sind. Mobilisation wird definiert als: • Aufrechtes Sitzen außerhalb des Bettes oder • Gehen **jeweils mit einer Dauer von mindestens 20 Minuten. Die Dauer der Mobilisation kann kumulativ berechnet werden.** Referenz: Mundy LM, Leet TL, Darst K, Schnitzler MA, Dunagan WC. Early mobilization of patients hospitalized with community-acquired pneumonia. Chest. 2003;124:883-9.
24	maschinelle Beatmung	0 = nein 1 = ja, ausschließlich nicht-invasiv 2 = ja, ausschließlich invasiv 3 = ja, sowohl nicht-invasiv als auch invasiv	-
25	Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?	0 = nein 1 = ja	Dieses Datenfeld darf nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich dokumentiert wurde, dass während des Krankenhausaufenthalts eine notwendige Antibiotikatherapie oder Organersatztherapie (Katecholamingabe, Beatmung, Dialyse) aufgrund einer palliativen Therapiezielsetzung nicht erfolgte. Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das BGB in § 630f „Dokumentation der Behandlung“ enthält dazu folgende Sätze: (1) Satz 1 „Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen.“ (2) Satz 1 “ Der Behandelnde ist verpflichtet, in der Patientenakte sämtliche aus fachlicher Sicht für die derzeitige und künftige Behandlung wesentlichen Maßnahmen und deren Ergebnisse aufzuzeichnen, insbesondere die Anamnese, Diagnosen, Untersuchungen, Untersuchungsergebnisse, Befunde, Therapien und ihre Wirkungen, Eingriffe und ihre Wirkungen, Einwilligungen und Aufklärungen.“
wenn Feld 25 = 1			
26	Datum des Eintrags in der Patientenakte	**Format:** TT.MM.JJJJ	-
Entlassung			
27	Entlassungsdatum Krankenhaus	**Format:** TT.MM.JJJJ	Besonderheiten bei der DRG-Fallzusammenführung Bei DRG-Fallzusammenführung (z.B. Wiederaufnahme innerhalb der DRG-Grenzverweildauer) ist das **Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthaltes** und das **Entlassungsdatum des letzten Krankenhausaufenthaltes** zu wählen. Die QS-Dokumentation bezieht sich somit auf den zusammengeführten Fall.

			Beispiel 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2025 bis zum 10.01.2025 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2025 bis zum 20.01.2025 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2025 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2025.
28	Entlassungsdiagnose(n)	http://www.bfarm.de	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich der Qualitätssicherung dokumentierten Leistung stehen. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog: Im Jahr 2026 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2025 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2025 aufgenommen worden ist.
29.1	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 1 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	-
29.2	nicht spezifizierter Entlassungsgrund	1 = ja	Dieses Datenfeld ist nur zu befüllen, wenn der Entlassungsgrund gemäß § 301-Vereinbarung SGB V nicht im QS-Dokumentationsbogen dokumentiert werden kann.

Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung

wenn Feld 29.1 IN ('01';'02';'03';'09';'10';'13';'14')

30	Desorientierung: Besteht vor der Entlassung eine Bewusstseinstrübung (z.B. Somnolenz) oder ein Verlust der Orientierung zu Zeit, Ort oder Person?	0 = nein 1 = ja, pneumoniebedingt 2 = ja, nicht pneumoniebedingt	**Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden**. Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumluft atmen und somit nicht maschinell beatmet sein. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen.
31	stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme	0 = nein 1 = ja	Damit ist die Fähigkeit des Patienten gemeint, die oral/enteral aufgenommene Nahrung zu vertragen. Patienten mit Malabsorptionskrankheiten oder Maldigestionskrankheiten, die eine Langzeit-Sondenernährung wegen der Grundkrankheit und unabhängig von der Behandlung der Pneumonie erhalten, werden als stabil eingestuft, wenn sie die Nahrung über die Sonde vertragen können. Eine vom Arzt neu angeordnete enterale Nahrungskarenz gilt als instabil. Als Instabilität bei der Nahrungsaufnahme gilt auch eine kalorisch nicht ausreichende Nahrungszufuhr. **Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.** Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumluft atmen und somit nicht maschinell beatmet sein. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen.
32	spontane Atemfrequenz	1 = maximal 24/min 2 = über 24/min 3 = nicht bestimmt 4 = nicht bestimmbar wegen Dauerbeatmung	Bestimmung der Anzahl der spontanen Atemzüge pro Minute. Der Patient wird also nicht maschinell beatmet. **Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.**
33	Herzfrequenz	1 = maximal 100/min 2 = über 100/min 3 = nicht bestimmt	**Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.** Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumluft atmen und somit nicht maschinell beatmet sein. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen.
34	Temperatur	1 = maximal 37,8°C 2 = über 37,8°C 3 = nicht bestimmt	**Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.**
35	Sauerstoffsättigung	1 = unter 90% 2 = mindestens 90% 3 = nicht bestimmt	Bestimmung per Pulsoxymetrie oder Blutgasanalyse. Patienten ohne Sauerstofflangzeittherapie sollen bei der Untersuchung Raumluft atmen. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen. **Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am**

			Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.
36	Blutdruck systolisch	1 = unter 90 mmHg 2 = mindestens 90 mmHg 3 = nicht bestimmt	**Die Untersuchung soll möglichst zeitnah zum Entlassungstag erfolgen, sie muss jedoch nicht am Entlassungstag vorgenommen sein, jedoch mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung. Die 7 Befunde können an unterschiedlichen Tagen erhoben werden.** Während der Untersuchung soll der Patient spontan Raumluft atmen und somit nicht maschinell beatmet sein. Bei Patienten mit Sauerstofflangzeittherapie soll die Untersuchung unter der festgesetzten Sauerstoffzufuhr erfolgen.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1
"Entlassungsgrund"

01 = Behandlung regulär beendet
02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07 = Tod
08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 = Entlassung in ein Hospiz
13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - § 4 PEPPV)
30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege