

**PNEU - Ambulant erworbene Pneumonie  
Änderungen 2015 zu 2016**

Stand: November 2015

V06

Auslösekriterien		Ab 2016 zusätzlich Ausschluß von Früh-Reha-Patienten aus der Dokumentationspflicht (bei entsprechender OPS-Kodierung)	
QS-Datensatz 2015	QS-Datensatz 2016		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2015	Änderung/Ergänzung	
<b>BASIS</b>			
<b>Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden</b>			
<b>Basisdokumentation</b>			
1 (Institutionskennzeichen)	=	1 (Institutionskennzeichen)	
2 (Entlassender Standort)	=	2 (entlassender Standort)	
3 Betriebsstätten-Nummer	=	3 Betriebsstätten-Nummer	
4 (Fachabteilung)	=	4 (Fachabteilung)	
5 (Pat.-ID)	=	5 (Pat.-ID)	
6 (Geburtsdatum)	=	6 (Geburtsdatum)	
7 (Geschlecht)	=	7 (Geschlecht)	
8 (Aufnahmedatum Krankenhaus)	=	8 (Aufnahmedatum Krankenhaus)	
<b>Aufnahme</b>			
9 (Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung)	=	9 (Aufnahme aus stationärer Pflegeeinrichtung)	
10 (Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung)	=	10 (Aufnahme aus anderem Krankenhaus oder aus stationärer Rehabilitationseinrichtung)	
11 (Chronische Bettlägerigkeit)	=	11 (chronische Bettlägerigkeit)	
12 (Bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung)	=	12 (bei Aufnahme invasive maschinelle Beatmung)	
wenn Feld 12 = 0	=	wenn Feld 12 = 0	
13 (Desorientierung (bei Aufnahme))	=	13 (Desorientierung (bei Aufnahme))	
wenn Feld 12 = 0	=	wenn Feld 12 = 0	
14 (spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme))	=	14 (spontane Atemfrequenz (bei Aufnahme))	
wenn Feld 12 = 0	=	wenn Feld 12 = 0	
15 (spontane Atemfrequenz nicht bestimmt (bei Aufnahme))	=	15 (spontane Atemfrequenz nicht bestimmt (bei Aufnahme))	
wenn Feld 12 = 0	=	wenn Feld 12 = 0	
16 (Blutdruck systolisch (erste Messung bei Aufnahme))	=	16 (Blutdruck systolisch (erste Messung bei Aufnahme))	
wenn Feld 12 = 0	=	wenn Feld 12 = 0	
17 (Blutdruck diastolisch (erste Messung bei Aufnahme))	=	17 (Blutdruck diastolisch (erste Messung bei Aufnahme))	
18 Akute Symptomatik (Fieber, Husten, Auswurf, ...)	=	18 (akute Symptomatik (Fieber, Husten, Auswurf, ...))	<b>Ergänzt</b> Die Frage nach der akuten Symptomatik bezieht sich auf die akute Pneumonie-Symptomatik, also Fieber, Husten, Auswurf, Rasselgeräusche, Pleuraschmerzen, etc. Fieber ist definiert als Temperaturerhöhung $\geq 38,3$ °C (rektal) oder $\geq 37,8$ °C (axillär/oral/aurikulär).
19 (Frisches Infiltrat im Röntgen-Thorax)	=	19 (frisches Infiltrat im Röntgen-Thorax)	Zum Auswählen von „ja“ bei diesem Feld, müssen nicht zwingend Erkenntnisse vorliegen, die während des aktuellen stationären Aufenthalts aufgetreten sind. Ein schriftlicher Befund einer – z.B. in der vorbehandelnden Klinik – durchgeführten Röntgen-Thorax-Untersuchung reicht dabei aus. Allerdings sollten diese Erkenntnisse plausibel der aktuellen Erkrankungsperiode zugeordnet werden können.
20 (Ausschluss schwerer Immunsuppression (HIV, TB, Neutropenie, ...))	redaktionelle Umformulierung	20 (Ist eine Immunsuppression bekannt? (HIV, TB, Neutropenie, ...))	<b>Geändert</b> Zur Auswahl von „nein“ bei diesem Feld, ist keine spezifische Ausschlussdiagnostik notwendig. Liegen Hinweise auf eine schwere Immunsuppression vor, bzw. besteht eine Neutropenie (Leukozyten $< 1000/\mu\text{l}$ ), ist „ja“ auszuwählen. Eine entsprechende Dokumentation in der Krankenakte ist vorausgesetzt. Als Immunsuppression zu werten ist auch - Zytostatikatherapie in den letzten 28 Tagen, bzw. Neutropenie mit Leukozyten $< 1000/\mu\text{l}$ ; oder - Steroidtherapie von mehr als 14 Tagen Dauer und einer Wirkstoffmenge von mind. 20 mg (Prednisolonäquivalent), die sich vollständig oder zum Teil über die letzten zwei Wochen vor Aufnahme erstreckt hat.

21 (letzter KH-Aufenthalt liegt mehr als 28 Tage zurück)	redaktionelle Umformulierung	21 (Wurde der Patient in den letzten 28 Tagen in einem Krankenhaus stationär behandelt?)	<b>Geändert</b> Wurde der Patient innerhalb der letzten 4 Wochen (28 Tage) aus einer stationären Behandlung entlassen, so ist hier „ja“ anzugeben. Für die Feststellung des Krankenhausaufenthalts innerhalb der letzten 28 Tage ist die anamnestiche Dokumentation ausreichend.
22 (Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie)	=	22 (Zeitpunkt der ersten Blutgasanalyse oder Pulsoxymetrie)	
23 (initiale antimikrobielle Therapie)	<b>Schlüsseländerung: neu</b> "4 = Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie"	23 (initiale antimikrobielle Therapie)	<b>Ergänzt</b> (...) Fortsetzung oder Modifikation einer ambulant begonnenen antimikrobiellen Therapie setzt voraus, dass der Patient schon unmittelbar vor dem Krankenhausaufenthalt mit Antibiotika behandelt wurde.
<b>Verlauf</b>			
24 (Beginn der Mobilisation (mindestens 20 Minuten außerhalb des Bettes))	=	24 (Beginn der Mobilisation (mindestens (kumulativ) 20 Minuten außerhalb des Bettes))	
25 (Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage (=120 h) des Aufenthalts)	=	25 (Verlaufskontrolle des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage (=120 h) des Aufenthalts)	
wenn Feld 25 = 1	=	wenn Feld 25 = 1	
26 (Abfall des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts)	=	26 (Abfall des C-reaktiven Proteins oder Procalcitoninwertes innerhalb der ersten 5 Tage des Aufenthalts)	
wenn Feld 26 = 0	=	wenn Feld 26 = 0	
27 (Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens)	=	27 (Überprüfung des diagnostischen oder therapeutischen Vorgehens)	
28 (Maschinelle Beatmung)	=	28 (maschinelle Beatmung)	
29 (Dauer)	entfällt		
30 (Beatmung mit positivem endexpiratorischem Druck von mind. 5 cm Wassersäule)	entfällt		
31 (Wurde dokumentiert, dass aufgrund der Schwere der Grunderkrankung die Pneumonie-Episode als terminale Manifestation einer chronischen Krankheit eingeschätzt und damit als Therapieziel primär oder im Verlauf die Symptomkontrolle definiert wurde?)	redaktionelle Umformulierung	29 (Wurde in der Patientenakte dokumentiert, dass während des Krankenhausaufenthalts eine palliative Therapiezielsetzung festgelegt wurde?)	<b>Geändert</b> Dieses Datenfeld darf nur mit „ja“ beantwortet werden, wenn in der Patientenakte ausdrücklich ein Hinweis auf eine palliative Zielsetzung, wie zum Beispiel „nur palliative Zielsetzung“ oder „therapia minima“ dokumentiert ist. Hinweise wie „keine Reanimation“ oder „keine Beatmung“ sind nicht ausreichend. Eine palliative Therapiezielsetzung ist in der Patientenakte mit Datum und Namen des behandelnden Arztes zu dokumentieren. Das Patientenrechtgesetz in § 630 f BGB „Dokumentation der Behandlung“ enthält dazu folgende Abätze: „Der Behandelnde ist verpflichtet, zum Zweck der Dokumentation in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung eine Patientenakte in Papierform oder elektronisch zu führen. 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.“
	neu	30 (Datum des Eintrags in der Patientenakte)	
<b>Entlassung</b>			
32 (Entlassungsdatum Krankenhaus)	=	31 (Entlassungsdatum Krankenhaus)	
33 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	=	32 (Entlassungsdiagnose(n) ICD-10-GM)	
34 (Entlassungsgrund)	<b>Schlüsseländerung:</b> 2-stellige Schlüsselzahlen (statt "1 =..." jetzt "01 =...")	33 (Entlassungsgrund)	

<b>Untersuchung von klinischen Stabilitätskriterien vor Entlassung</b>			
wenn Feld 34 <> 7 (Tod)		wenn Feld 33 <> 7 (Tod)	
35 (Desorientierung (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	=	34 (Desorientierung (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	<b>Ergänzt</b> (...) Dieses Datenfeld muss ausgefüllt werden, wenn einer der folgenden Entlassungsgründe angegeben wird: 1 = Behandlung regulär beendet 2 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen 3 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet <b>neu</b> 9 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung 10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung 13 = Externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung 14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen (...)
36 (stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	=	35 (stabile orale und/oder enterale Nahrungsaufnahme (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	
37 (spontane Atemfrequenz (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	=	36 (spontane Atemfrequenz (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	
38 (Herzfrequenz (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	=	37 (Herzfrequenz (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	
39 (Temperatur (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	=	38 (Temperatur (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	
40 (Sauerstoffsättigung (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	=	39 (Sauerstoffsättigung (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	
41 (Blutdruck systolisch (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	=	40 (Blutdruck systolisch (mindestens einmal im Verlauf bis zur Entlassung))	