



Ausfuellhinweise Geburtshilfe (16/1)

Stand: 30. April 2021 (QS-Spezifikation 2021 V07)
Copyright © 2021 IQTIIG

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
Teildatensatz Mutter (M)			
Art der Versicherung			
1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	<p>Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntgG oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden.</p> <p>Achtung: Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.</p>
2	besonderer Personenkreis	-	-
Patientenidentifizierende Daten			
3.1	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	-	<p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Nachnamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Nachnamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden. Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw).</p> <p>Bei Nicht-GKV-Versicherten ist sowohl das Befüllen der beiden Felder "Vorname der Mutter liegt nicht vor" und "Nachname der Mutter liegt nicht vor" als auch das Befüllen der Namensfelder zulässig.</p> <p>Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.</p>
3.2	Nachname der Mutter liegt nicht 1 = ja vor	-	<p>Bei Nicht-GKV-Versicherten ist sowohl das Befüllen der beiden Felder "Vorname der Mutter liegt nicht vor" und "Nachname der Mutter liegt nicht vor" als auch das Befüllen der Namensfelder zulässig.</p>
4	Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	-	<p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vorsatzworte der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vorsatzworte sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Vorsatzworte sind z.B. von, zu, van, von der, unter usw.</p> <p>Dieses Datenfeld ist nicht zu befüllen, falls die Patienten nicht GKV-versichert ist.</p>
5.1	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	-	<p>Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.</p> <p>Einzutragen sind alle dem Arzt bekannten Vornamen der Mutter, welche diese zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes trug. Mehrere Vornamen sind durch ein Leerzeichen voneinander zu trennen. Bitte tragen Sie möglichst den vollständigen Namen ein, Abkürzungen oder Rufnamen sollten vermieden werden.</p>

werden.

Nicht erfasst werden Titel (z.B. Dr., Prof. usw) und Namenszusätze (z.B. Freifrau, Baronin usw).

Bei Nicht-GKV-Versicherten ist sowohl das Befüllen der beiden Felder "Vorname der Mutter liegt nicht vor" und "Nachname der Mutter liegt nicht vor" als auch das Befüllen der Namensfelder zulässig.

Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.

5.2 Vorname der Mutter liegt nicht vor 1 = ja

Bei Nicht-GKV-Versicherten ist sowohl das Befüllen der beiden Felder "Vorname der Mutter liegt nicht vor" und "Nachname der Mutter liegt nicht vor" als auch das Befüllen der Namensfelder zulässig.

Basisdokumentation

6	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.
7	entlassender Standort	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
8.1	entbindender Standort	-	Der „entbindende Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Leistung gemäß auslösendem OPS-Kode (z.B. 9-260 = Überwachung und Leitung einer normalen Geburt) erbringt. Bei den auslösenden OPS-Kodes handelt es sich um die in der Geburtsdokumentation bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Prozeduren, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussprozeduren des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Der „entbindende Standort“ ist der Standort, an dem die Entbindung stattfindet, z.B. im Entbindungsraum, im Kreißaal oder im OP. Idealerweise erfolgt der Arbeitsschritt der Diagnosen- und Leistungsverschlüsselung direkt vor Ort, z.B. im OP.
8.2	diagnostizierender Standort (ICD)	-	Der „diagnostizierende Standort“ entspricht dem Standort, der die dokumentationspflichtige Diagnose gemäß auslösendem ICD-Kode (z.B. Z37.0 = Lebendgeborener Einling) stellt. Hierbei ist nicht der kodierende, sondern der diagnostizierende Standort gemeint. Bei den auslösenden ICD-Kodes handelt es sich um die im Kodierungssystem bzw. im Krankenhausinformationssystem kodierten und freigegebenen Diagnosen, die in der QS-Filterbeschreibung als Einschlussdiagnosen des jeweiligen QS-Verfahrens definiert sind. Der „diagnostizierende Standort“ ist der Standort, an dem die betreffende Diagnose gestellt wird.
9	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 Betriebsstätten-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.
10	Fachabteilung	-	-
11	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.
12	Geburtsnummer	-	Die 4-stellige Geburtsnummer identifiziert für Sie eine Geburt innerhalb Ihrer Klinik (identisch mit der Nummer aus dem Geburtenbuch). Sie sollte jedes Jahr neu bei "0001" beginnen und innerhalb eines Jahres fortlaufend sein, um Ihnen und uns eine Vollständigkeitskontrolle zu ermöglichen. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass keine Geburtsnummer vergeben wird (z. B. können auch Spätaborte vom QS-Filter ausgelöst werden). In diesen Fällen konnte bisher eine "9999" dokumentiert werden. Für diese Fälle soll jetzt ein Minimaldatensatz dokumentiert werden.
13	Anzahl Mehrlinge	Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	Liegt keine Mehrlingsgeburt vor, so tragen Sie bei Anzahl der Mehrlinge und laufende Nummer des Mehrlings jeweils eine "1" ein. Folgender Sonderfall ist bekannt: Bei der Dokumentation ist Absatz 3 des § 31 Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung - PStV) (vom 24.10.2018 mit Wirkung zum 01.11.2018; Internet: https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/_31.html) zu beachten: (1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. (2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des Gesetzes, wenn <ol style="list-style-type: none"> 1. das Gewicht des Kindes mindestens 500 Gramm beträgt oder 2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde [...] (3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz 2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21 Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend. Dokumentationsbeispiel: Bei einer Zwillingsschwangerschaft mit einem intrauterinen Fruchttod eines Kindes mit einem Gewicht unter 500 Gramm und unter 24+0 Schwangerschaftswochen (gemäß PStV Absatz 2 als Fehlgeburt definiert), ist im Datenfeld „Anzahl Mehrlinge“ „= 2“ einzutragen. Der verstorbene Mehrling ist als Totgeburt „= 1“ mit korrekter Angabe des Geburtsgewichts und des Gestationsalters zu dokumentieren. Hierdurch wird das Geburtsrisiko korrekt wiedergegeben.

14	Versorgungsstufe	1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = Geburtsklinik 5 = sonstiges	Hier ist die „Versorgungsstufe“ der Geburtsklinik gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) anzugeben.
			Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS- Software vorbelegt werden.

Basisdokumentation - Mutter

15	Geburtsdatum der Schwangeren	Format: TT.MM.JJJJ	-
16	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. <u>Beispiel</u> 1. Krankenhausaufenthalt vom 05.01.2021 bis zum 10.01.2021 2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021 Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021, das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021. Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Aufnahme der Schwangeren an. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages. Die Kodierung der Aufnahmediagnosen geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen ICD-GM-Katalog.
17	Aufnahmeuhrzeit	Format: hh:mm	-
18	Aufnahmediagnose Mutter	-	-
19	Aufnahmediagnose Mutter kombiniert mit	-	-
20	5-stellige PLZ des Wohnortes	-	-
21	Anzahl vorausgegangener Schwangerschaften	Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	-
wenn Feld 21 > 0			
22	Anzahl Lebendgeburten	Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	Das Datenfeld bezieht sich auf Geburten, nicht auf Kinder. Bei einer Mehrlingsschwangerschaft mit mindestens einer Lebendgeburt, ist ausschließlich die Lebendgeburt zu dokumentieren.
23	Anzahl Totgeburten	Gültige Angabe: 0 - 39 Angabe ohne Warnung: <= 9	Das Datenfeld bezieht sich auf Geburten, nicht auf Kinder. Bei einer Mehrlingsschwangerschaft mit mindestens einer Lebendgeburt, ist ausschließlich die Lebendgeburt zu dokumentieren.

Jetzige Schwangerschaft

24	Befunde im Mutterpass vorhanden	0 = nein 1 = ja 2 = Schwangere erscheint ohne Mutterpass	Wurden keine Befunde im Mutterpass angegeben, tragen Sie "nein" ein, andernfalls dokumentieren Sie mit "ja".
wenn Feld 24 IN (1;2)			
25	Befunde im Mutterpass	siehe Schlüssel 1	In diesen Datenfeldern werden Schwangerschaftsbefunde gemäß Katalog A und B aus dem Mutterpass übertragen. Die Angabe des Schwangerschaftsbefunds "35 = Mehrlingsschwangerschaft" kann jedoch aufgrund einer Plausibilitätsregel zu einem Konflikt mit dem Datenfeld "Anzahl Mehrlinge" führen und einen Hinweis (weichen Fehler) auslösen. Die Mehrlingsschwangerschaft wird zu einem frühen Zeitpunkt der Schwangerschaft festgestellt. Dagegen wird die Mehrlingsgeburt ("Anzahl Mehrlinge" 2 oder mehr) zum Zeitpunkt der Geburt festgestellt. In der Zwischenzeit kann sich jedoch die Anzahl der zu dokumentierenden "Mehrlinge" verringern. Zur Berechnung des Risikos "Vielgebärender" ist folgendermaßen vorzugehen: <ul style="list-style-type: none"> Mehrlingsschwangerschaften werden als eine Geburt gezählt

			<ul style="list-style-type: none"> • Aborte werden nicht gezählt • die aktuelle Schwangerschaft wird nicht mitgezählt
			Beachten Sie auch, dass bei manchen Schwangerschaftsbefunden gegebenenfalls eine Übertragung als Geburtsrisiko erforderlich wird, z. B. beim Diabetes mellitus Schwangerschaftsbefund "09" und Geburtsrisiko "68".
26	Gesamtanzahl Vorsorge-Untersuchung	Gültige Angabe: >= 0 Angabe ohne Warnung: >= 3	Hier ist die Anzahl der im Mutterpass eingetragenen Vorsorgeuntersuchungen vor Geburtsbeginn gefragt (also nicht die Aufnahmeuntersuchung bei Aufnahme in die Klinik).
27	Diagnostet zum Gestationsdiabetes durchgeführt	0 = nein 1 = ja 2 = aus Mutterpass nicht ermittelbar	Frauenärzte können das Screening auf Gestationsdiabetes über spezifische Datenfelder im Mutterpass dokumentieren. Damit entfallen Freitexteinträge. Die Dokumentation des Screenings auf Gestationsdiabetes erfolgt auf den Seiten 6 (erste Schwangerschaft) und 22 (zweite Schwangerschaft) unter „B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf“ Zeile „50 Gestationsdiabetes“. Bitte dokumentieren Sie dieses Feld analog der Angabe im Mutterpass.
wenn Feld 27 = 1			
28	Diagnostet auffällig	0 = nein 1 = ja	Frauenärzte können das Screening auf Gestationsdiabetes über spezifische Datenfelder im Mutterpass dokumentieren. Damit entfallen Freitexteinträge. Die Dokumentation des Screenings auf Gestationsdiabetes erfolgt auf den Seiten 6 (erste Schwangerschaft) und 22 (zweite Schwangerschaft) unter „B. Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf“ Zeile „50 Gestationsdiabetes“. Bitte dokumentieren Sie dieses Feld analog der Angabe im Mutterpass.
29	Körpergewicht bei Erstuntersuchung	Angabe in: kg Gültige Angabe: 10 - 350 kg Angabe ohne Warnung: 30 - 170 kg	Geben Sie bitte das Körpergewicht bei der Erstuntersuchung in der Schwangerschaft in vollen Kilogramm ohne Nachkommastellen an. Dezimalzahlen auf- bzw. abrunden. Bedenken Sie gegebenenfalls die Angabe "10 = Adipositas" bei den Schwangerenrisiken. Die Angaben sind aus dem Mutterpass zu erheben oder anamnestisch während des stationären Aufenthaltes zu erfragen.
30	Körpergröße	Angabe in: cm Gültige Angabe: 50 - 270 cm Angabe ohne Warnung: 100 - 210 cm	-
31	berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	Format: TT.MM.JJJJ	Berechneter gegebenenfalls durch Ultraschallbefund korrigierter Geburtstermin. Datum des berechneten Entbindungstermins = Datum des ersten Tages der letzten Menstruation + 280 Tage. Die Dauer einer unkomplizierten Schwangerschaft wird auf 280 Tage = 40 Wochen post menstruationem festgesetzt. Dies dient als Orientierung für die Abgrenzung weiterer Intervalle beispielsweise für Frühgeborene und Übertragene. Aus den Ergebnissen einer Studie (Mittendorf R, Williams MA, Berkey CS, Cotter PF. The length of uncomplicated human gestation. Obstet Gynecol 1990 Jun;75(6):929-32) wird gefolgert, dass die durchschnittliche Dauer der unkomplizierten Schwangerschaft einer Primipara 288 Tage und einer Multipara 283 Tage beträgt. In einem möglichst frühen Schwangerschaftsalter von 8 bis unter 12 Wochen (Mutterschaftsrichtlinien: 9. bis 12. Woche) soll anhand der Längenmaße des Kindes mittels Ultraschalluntersuchung das Schwangerschaftsalter in Wochen und Tagen ermittelt werden. Das Ergebnis dieser Bestimmung soll vorrangig dokumentiert werden. Das Ergebnis aus der Berechnung des Geburtstermins mit Hilfe des ersten Tages der letzten Menstruationsperiode wird bestätigt, wenn es keine Abweichung gibt. Es soll durch das Ultraschallergebnis ersetzt und somit korrigiert werden, wenn es eine Abweichung gibt. Bei abweichenden Werten hat der mit dem Ultraschall

bestimmte Wert Vorrang (bestätigter oder korrigierter Geburtstermin).

wenn Feld 25 EINSIN (38) oder wenn Feld 31 = LEER

32	Klinisches Gestationsalter	Angabe in: Wochen Gültige Angabe: 0 - 49 Wochen Angabe ohne Warnung: 19 - 44 Wochen	Klinisches Gestationsalter. Nur für den seltenen Fall, dass sowohl kein errechneter Geburtstermin als auch kein sonographischer Befund vorliegt, kann hier das klinisch geschätzte Gestationsalter angegeben werden. Fehlen beide Informationen aus der Frühschwangerschaft, kann das Gestationsalter postpartal in Wochen geschätzt werden. Dabei werden die physischen und neurologischen Reifemerkmale unabhängig von den Körperwerten untersucht. Die Angabe auf den Tag genau ist bei einer groben Schätzung eine Pseudogenauigkeit. Die Befundung der Körperwerte in der Spätschwangerschaft ist nicht brauchbar, da ein Kind mit einem Schwangerschaftsalter von 38 Wochen geboren werden kann und aufgrund einer intrauterinen Wachstumsverzögerung das Gewicht und die Länge von Kindern haben kann, die im Mittel nach einer Schwangerschaftsalter von 34 Wochen geboren werden.
----	----------------------------	--	--

Angaben zur Entbindung

33	Aufnahmeart	1 = Entbindung in der Klinik bei geplanter Klinikgeburt 2 = Entbindung in der Klinik bei weitergeleiteter Haus-/Praxis-/Geburtshausgeburt, die außerklinisch subpartal begonnen wurde 3 = Entbindung des Kindes vor Klinikaufnahme	-
34	Muttermundsweite bei Aufnahme	Angabe in: cm Gültige Angabe: 0 - 15 cm Angabe ohne Warnung: <= 10 cm	Hier geben Sie die Muttermundsweite in Zentimeter bei der Aufnahmeuntersuchung im Kreißaal an. Nur auszufüllen, wenn die Geburt nach der Aufnahme war.
35	Antenatale Kortikosteroidtherapie	0 = nein 1 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte in eigener Klinik 2 = ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern	Bitte geben Sie an, ob eine antenatale Kortikosteroidtherapie durchgeführt wurde. Die Frage ist auch zu bejahen, wenn erst eine Gabe vorgenommen werden konnte, weil das Kind vor Ablauf von 24 Stunden seit dem Beginn der Therapie geboren wurde. Wurde die antenatale Kortikosteroidtherapie bereits ambulant oder in einer anderen Klinik begonnen, ist dies über "ja, Beginn der antenatalen Kortikosteroidtherapie erfolgte extern" zu kodieren. Eine antenatale Kortikosteroidtherapie umfasst in Deutschland bei gegebener Indikation einen Zyklus, d.h. 2 Gaben mit jeweils 12 mg Betamethason i.m. an die Schwangere in einem Abstand von 24 Stunden. Diese Therapie bewirkt bei den Kindern die Induktion von oberflächenaktiven Substanzen in der Lunge. Eine geringere Morbidität und Mortalität bei diesen Kindern nach der Geburt ist bewiesen. In Leitlinien wird der Einsatz bei drohender Frühgeburt in einem Schwangerschaftsalter von bis zu 34 vollendeten Wochen empfohlen. Mittels i.v.-Tokolyse kann die Geburt um 48 Stunden ab Behandlungsbeginn verzögert werden, um ausreichend Zeit für die Wirkung des Medikaments gewinnen zu können. Auch vor Ablauf von 48 Stunden können noch erwünschte Effekte nachgewiesen werden.

wenn Feld 35 = 1

36	Datum der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie	Format: TT.MM.JJJJ	-
37	Uhrzeit der begonnenen antenatalen Kortikosteroidtherapie	Format: hh:mm	-
38	Aufnahme-CTG	0 = nein 1 = ja	-
39	Geburtsrisiken	0 = nein 1 = ja	-

wenn Feld 39 = 1

40	Geburtsrisiko	siehe Schlüssel 2	Bei Bejahung tragen Sie die Kennzahlen laut Schlüssel „Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken“ ein. Beachten Sie, dass sich gegebenenfalls aus den Schwangerschaftsbefunden weitere Geburtsrisiken ergeben können. Die Terminübertragung ist ab 14 Tagen Übertragung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen post menstruationem zu dokumentieren.
41	Geburtseinleitung	0 = nein 1 = ja	-
42	Wehenmittel s. p.	0 = nein 1 = ja	Wurden der Schwangeren sub partu Mittel zu Steigerung der Wehen (Wehenmittel) verabreicht?
43	Episiotomie	0 = nein 1 = median 2 = mediolateral 3 = sonstige	-

Komplikationen bei der Mutter

44	Dammriss	0 = nein 1 = Grad I 2 = Grad II 3 = Grad III 4 = Grad IV	Geben Sie bitte an, ob ein Dammriss vorliegt. Wenn ein Dammriss vorliegt, dann geben Sie den Grad nach der vierstufigen Einteilung nach Williams an. Dammriss Schweregrad-Einteilung nach Williams Grad Zerreißung der hinteren Vaginalhaut. Einrisse I an der Dammhaut Grad Weiterreichende Einrisse des perinealen II Gewebes ohne Beteiligung des Sphincter ani Grad Alle Sphincterverletzungen ohne Beteiligung III der Rectumschleimhaut Grad Verletzung von Sphincter und IV Rectumschleimhaut Quelle: Roche Lexikon Medizin, 5. Aufl., München: Urban und Fischer; 2003.
45	Blutung > 1000 ml	0 = nein 1 = ja	-
46	Hysterektomie/Laparotomie	0 = nein 1 = ja	-
47	Sepsis	0 = nein 1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de Primäre Sepsis B 1 Durch Labor bestätigte primäre Sepsis muss einem der folgenden Kriterien entsprechen: ► Nachweis von pathogenen Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren in einer oder mehreren Blutproben, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n und nachgewiesene pathogene Erreger sind nicht mit einer Infektion an anderer Stelle assoziiert. ► Der gleiche gewöhnliche Hautkeim wurde in mindestens zwei separaten Blutabnahmen in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren nachgewiesen, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurden, und im Blut nachgewiesener Hautkeim ist nicht zu einer Infektion an anderer Stelle assoziiert und mind. eines der folgenden Zeichen oder Symptome: - Fieber (> 38 °C)

48	Fieber im Wochenbett > 38°C > 2 Tg.	0 = nein 1 = ja	- Schüttelfrost - Hypotonie -
49	Anämie Hb < 10 g/dl	0 = nein 1 = ja	Als Anämie wird hier eine Massenkonzentration des Hämoglobins im peripheren Blut von weniger als 10 g/dl oder eine Substanzkonzentration des Hämoglobin-Monomers (Hb/4) im peripheren Blut von weniger als 6,20 mmol/L festgelegt. Konversionsfaktor: g/100 ml * 0,6206 = mmol/L.
50	allgemeine behandlungsbedürftige postpartale Komplikationen	0 = nein 1 = ja	Hier sollen nur behandlungsbedürftige Komplikationen dokumentiert werden. So ist z B. ein nicht behandelter Descensus uteri, der nur im Arztbrief erwähnt wird, nicht zu kodieren.

wenn Feld 50 = 1

51.1	Pneumonie	1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de
------	-----------	--------	--

Infektionen der Unteren Atemwege

C 1 a - C 1 c Pneumonie

C 1 a Klinisch definierte Pneumonie

Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):

- ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat
- ▶ Verdichtung
- ▶ Kavernenbildung
- ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Fieber > 38 °C
- ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$)
- ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre

und mindestens zwei der folgenden:

- ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen
- ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe
- ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch
- ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)

Für Patienten > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr existieren für die klinisch definierte Pneumonie zusätzliche Definitionen (siehe zusätzliche Definitionen C 1 d für Kinder > 12 Monate bis zum 12. Lebensjahr unter www.rki.de).

C 1 b Gewöhnliche bakterielle Pneumonie/Pilzpneumonie

Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger

Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):

- ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat
- ▶ Verdichtung
- ▶ Kavernenbildung
- ▶ Pneumatozele bei Kindern unter einem Jahr

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Fieber > 38 °C
- ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$)
- ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen
- ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe
- ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch
- ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Erregernachweis im Blut
- ▶ Nachweis eines Erregers aus Pleuraflüssigkeit
- ▶ Kultureller Nachweis eines ätiologisch in Frage kommenden Erregers aus Trachealsekret, bronchoalveoläre Lavage (BAL) oder geschützte Bürste
- ▶ Intrazellulärer Bakteriennachweis in $\geq 5\%$ der bei BAL gewonnenen Zellen
- ▶ Positive quantitativer Kultur aus Lungenparenchym
- ▶ Histopathologische Untersuchung zeigt Nachweis invasiver Pilzhyphen oder Pseudohyphen im Lungengewebe oder Abszesse oder Verdichtungen mit Ansammlung zahlreicher polymorphkerniger Neutrophilen in Bronchiolen und Alveolen

C 1 c Atypische Pneumonie

Mindestens eines der folgenden Zeichen lässt sich wiederholt bei Röntgenuntersuchungen des Thorax nachweisen (bei Patienten ohne pulmonale oder kardiale Grundkrankheit reicht ein aussagekräftiger Röntgen-Thorax Befund mit einem der nachfolgenden Zeichen):

- ▶ Neues oder progressives und persistierendes Infiltrat
- ▶ Verdichtung
- ▶ Kavernenbildung

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Fieber > 38 °C
- ▶ Leukozytose ($\geq 12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($< 4000/\text{mm}^3$)
- ▶ Verwirrtheit ohne andere Ursache bei Pat. ≥ 70 Jahre

und mindestens eines der folgenden:

- ▶ Neues Auftreten von eitrigem Sputum/Trachealsekret oder Veränderung des Sputums/Trachealsekrets (Farbe, Konsistenz, Geruch) oder vermehrte respiratorische Sekretion oder vermehrtes Absaugen
- ▶ Neuer oder zunehmender Husten oder Dyspnoe oder Tachypnoe
- ▶ Rasselgeräusche oder bronchiales Atemgeräusch
- ▶ Verschlechterung des Gasaustausches (z. B. erhöhter Sauerstoffbedarf, neue Beatmungsnotwendigkeit)

			<p>und mindestens eines der folgenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Nachweis von Viren, Chlamydien, Legionellen, Bordetella oder Mycoplasma in Atemwegsekreten oder -parenchym in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Material, welches zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde ▶ 4-facher Titeranstieg (IgG) für einen Erreger (z. B. Influenza-Viren, Chlamydien) ▶ 4-facher Anstieg des L. pneumophila Antikörpertiters auf $\geq 1:128$ in wiederholten Serumproben ▶ Nachweis von L. pneumophila SG 1 Antigen im Urin
51.2	kardiovaskuläre Komplikation (en)	1 = ja	Komplikationen des Herzens oder des Blutkreislaufes, die im Zusammenhang mit dem Eingriff aufgetreten sind und behandlungsbedürftig sind (z. B. medikamentös, interventionell).
51.3	tiefe Bein-/Beckenvenenthrombose	1 = ja	Nachweis durch bildgebendes Verfahren oder klinische Diagnose
51.4	Lungenembolie	1 = ja	Nach Diagnose durch bildgebendes Verfahren oder durch klinische Diagnose
51.5	Harnwegsinfektion	1 = ja	Definitionen nosokomialer Infektionen für die Surveillance im Krankenhaus-Infektions-Surveillance-System (KISS-Definitionen): <ul style="list-style-type: none"> • Nationales Referenzzentrum für Krankenhaushygiene (NRZ), Internet: http://www.nrz-hygiene.de • Robert Koch-Institut, Berlin, Internet: http://www.rki.de

Harnwegsinfektionen

D 1 Symptomatische Harnwegsinfektion

muss dem folgenden Kriterium entsprechen:

- ▶ Mindestens eine Urinkultur ≥ 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen
- und** Patient hat mindestens eines der folgenden Symptome:
- Fieber (> 38 °C)
 - suprapubisches Spannungsgefühl (ohne andere Ursache)
 - Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (ohne andere Ursache)
 - Harndrang (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter)
 - erhöhte Miktionsfrequenz (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnwegkatheter)
 - Dysurie (nur bei Patienten ohne transurethralen Harnweg-katheter)

D 2 Asymptomatische Bakteriurie mit sekundärer Sepsis

muss dem folgenden Kriterium entsprechen:

- ▶ Mindestens eine Urinkultur mit ≥ 105 Kolonien/ml Urin mit nicht mehr als zwei Spezies von Mikroorganismen
- und** Patient hat keine Symptome einer Harnwegsinfektion:
- kein Fieber
 - kein suprapubisches Spannungsgefühl (oder andere Ursache hierfür)
 - keine Schmerzen oder Spannungsgefühl im costovertebralen Winkel (oder andere Ursache hierfür)
 - kein Harndrang
 - keine erhöhte Miktionsfrequenz
 - keine Dysurie
- und** Nachweis mind. eines der in der Urinkultur nachgewiesenen Erregers in einer Blutkultur

D 3 Sonstige Infektionen der ableitenden Harnwege
(Nieren, Ureter, Blase, Urethra oder retroperineal/
perinephritisches Gewebe)
müssen eines der folgenden Kriterien erfüllen:

- ▶ Nachweis von Erregern in kulturellen oder nicht-kulturellen Verfahren aus Sekret (nicht Urin) oder Gewebe der betroffenen Region isoliert, welche zum Zweck der Diagnose oder Behandlung entnommen wurde/n
- ▶ Abszess oder sonstiges Zeichen einer Infektion während einer direkten Untersuchung, einer Operation oder durch histopathologische Untersuchung festgestellt
- ▶ Mindestens eines der folgenden Anzeichen:
 - Fieber (> 38 °C)
 - lokalisierter Schmerz oder Berührungsempfindlichkeit der betreffenden Stelle
- und** mindestens eines der folgenden Anzeichen:
 - Eitrige Sekretion von der betroffenen Stelle
 - Kultureller Nachweis von ätiologisch in Frage kommenden Erregern im Blut und radiologischer Hinweis auf Infektion (z. B. Ultraschall, CT, MRT, Szintigraphie)

51.6 Wundinfektion/Abszessbildung 1 = ja

51.7 Wundhämatom/Nachblutung 1 = ja

51.8 sonstige Komplikation 1 = ja

Entlassung / Verlegung

52 Entlassungs-/Verlegungsdiagnose -
Mutter

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 2022 gestellte Entlassungsdiagnosen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2021 gültigen ICD-10-GM-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2021 aufgenommen worden ist.

53 weitere kombinierte
Entlassungs-/Verlegungsdiagnose -
Mutter

Bitte hier nur weitere kombinierte Entlassungs-/Verlegungsdiagnose der Mutter angeben. Die auslösende Diagnose bitte in Item "Entlassungs-/Verlegungsdiagnose Mutter" dokumentieren.

54 Entlassungsgrund Mutter siehe Schlüssel 3

§ 301-Vereinbarung:
<http://www.dkgev.de>

55 Entlassungsdatum Mutter

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 05.01.2021 bis zum 10.01.2021

2. Krankenhausaufenthalt (Wiederaufnahme) vom 15.01.2021 bis zum 20.01.2021

Das "Aufnahmedatum Krankenhaus" des zusammengeführten Falles ist der 05.01.2021 das "Entlassungsdatum Krankenhaus" ist der 20.01.2021

56 Tod der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt 0 = nein
1 = ja

Hier ist "1 = ja" anzugeben, wenn in der Todesbescheinigung in der Kausalkette eine der dokumentierten Leistungen aufgeführt ist.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
Teildatensatz Kind (K)			
Basisdokumentation			
57	lfd. Nr. des Mehrlings	Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, tragen Sie hier bitte eine laufende Nummer des Mehrlings ein, die sich an der Geburtsreihenfolge der Mehrlinge orientiert. Das zuerst geborene Kind erhält somit beispielsweise die Nummer 1, das danach geborene die Nummer 2. Bei Einlingen eine 1 eintragen.
58	CTG-Kontrolle	0 = nein 1 = ja	Geben Sie bitte an, ob in der geburtshilflichen Abteilung eine weitere Kardiotokographie nach dem Aufnahme-CTG durchgeführt wurde. Hier wird unterschieden zwischen externem CTG und internem CTG; ferner zwischen intermittierend, kontinuierlich bis Geburt und bei Sectio caesarea kontinuierlich bis zur Desinfektion. Geben Sie bitte jeweils für externes und internes CTG nur einen in Frage kommenden Parameter an.
wenn Feld 58 = 1			
59.1	externes CTG	0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	Mit externer Kardiotokographie (CTG) ist die Messung über eine Ultraschallsonde gemeint, die auf die Bauchhaut der Schwangeren aufgelegt wird. Diese konservative Methode wird bei intakter Fruchtblase vorgenommen.
59.2	internes CTG	0 = nein 1 = intermittierend 2 = kontinuierlich bis Geburt 3 = kontinuierlich bis Desinfektion	Mit interner Kardiotokographie (CTG) ist die Messung über eine Kopfschwartenelektrode (KSE) gemeint, die in die Kopfhaut des Kindes gedreht wird. Diese invasive Methode kann bei bereits gesprungener Fruchtblase vorgenommen werden, wenn die externe CTG keine zuverlässigen Ergebnisse liefert.
60	Blutgasanalyse Fetalblut	0 = nein 1 = ja	Wenn vor der Entbindung des Kindes während der Geburt eine Blutprobe vom Kind entnommen wurde (Fetalblutanalyse, Mikroblutuntersuchung), dann tragen Sie bitte "1 = ja" ein.
wenn Feld 60 = 1			
61	Base Excess der Fetalblutanalyse	Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40 - 10 mmol/l Angabe ohne Warnung: -20 - 0 mmol/l	Wenn eine Fetalblutanalyse/ Mikroblutuntersuchung beim Kind während der Geburt durchgeführt wurde, dann tragen Sie bitte den Wert für Base Excess in der Einheit mmol/L ein. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert kann negativ sein. Bitte tragen Sie das Vorzeichen (-) für negativ ein. Der Wert für Base Excess wird mit einer Nachkommastelle angegeben. Beispiel: "-8,3"; Beispiel: "-13,7". Ein positives Vorzeichen (+) kann bei positiven Werten vorangestellt werden. Allerdings ist das positive Vorzeichen nicht erforderlich.
62	pH-Wert der Fetalblutanalyse	Gültige Angabe: 6,5 - 8 Angabe ohne Warnung: 7 - 7,4	Wenn eine Fetalblutanalyse/Mikroblutuntersuchung beim Kind während der Geburt durchgeführt wurde, dann tragen Sie bitte den pH-Wert mit allen vom Messgerät ausgewiesenen Nachkommastellen ein. Eine Rundung des pH-Wertes ist nicht zulässig. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an.
63	Lage	1 = regelrechte Schädellage 2 = regelwidrige Schädellage 3 = Beckenendlage 4 = Querlage 9 = nicht bestimmt	Geben Sie bitte an, um welche Kindslage es sich handelt. Bei vorderer Hinterhauptslage ist die regelrechte Schädellage zu kodieren. Beachten Sie bitte die entsprechenden Geburtsrisiken laut Schlüssel "Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken".
64	Geburtsdauer ab Beginn der aktiven Eröffnungsperiode	Angabe in: Stunden Gültige Angabe: >= 0 Stunden Angabe ohne Warnung: <= 29 Stunden	Als Beginn der Geburtsdauer ist der Beginn der aktiven Eröffnungsperiode (entsprechend (inter-)national geltender Leitlinien ca. 4 cm Muttermundseröffnung) zu verstehen. Bei Mehrlingen ist die Geburtsdauer für jedes Kind separat zu berechnen. In der Regel gibt es nur einen Beginn der aktiven Eröffnungsperiode. Im seltenen Fall einer zweizeitigen Geburt ist es hingegen nicht zulässig, für den zweiten Zwilling den Geburtsbeginn des ersten Zwillings anzugeben. In diesem Fall ist der Zeitpunkt der aktiven Eröffnungsperiode erneut zu bestimmen.

65	Entbindungsmodus	-	Bei einer angefangenen Stunde bis 29 Minuten ist jeweils abzurunden, bei einer angefangenen Stunde ab 30 Minuten ist auf die nächste volle Stunde aufzurunden. Hinweis: Bei einer Geburtsdauer unter 30 Minuten ist "0" anzugeben. siehe Anmerkung 1
66	Indikation zur operativen Entbindung	siehe Schlüssel 2	In diesem Feld ist die Indikation zur operativen Entbindung nach dem Schlüssel „Indikationen zur Geburtseinleitung und operativen Entbindung, Geburtsrisiken“ zu dokumentieren. Ausnahmen bilden hierbei die unspezifischen Entbindungsmodi "9-260", "9-261" und "9-268". In seltenen Fällen kann es sich hier ggf. um eine operative Entbindung handeln. In diesen Fällen ist zu entscheiden, ob es sich um eine operative oder um eine spontane Entbindung handelt. Bei einer operativen Entbindung ist die Indikation zur operativen Entbindung einzutragen. Bei den Entbindungsmodi "5-727.0" und "8-515" liegt keine operative Entbindung vor. Es ist daher keine Indikation zur operativen Entbindung zu dokumentieren. Die Terminübertragung ist ab 14 Tagen Übertragung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen post menstruationem zu dokumentieren.
wenn Feld 65 IN OPS_Sectio			
67	Kaiserschnitt-Entbindung unter Antibiotika (Mutter)	0 = nein 1 = ja, prophylaktische Gabe 2 = ja, laufende antibiotische Therapie	Bitte geben Sie „ja“ an, wenn eine perioperative Antibiotikaphylaxe unmittelbar vor OP (ab Anästhesie-Einleitung) oder nach Abklemmen der Nabelschnur während der Kaiserschnitt-Entbindung durchgeführt worden ist.
wenn Feld 65 IN OPS_Sectio			
68	Notsektio	0 = nein 1 = ja	Mit einer Notsektio ist eine aufgrund der klinischen Symptomatik unverzügliche Entbindung gemeint.
wenn Feld 68 = 1			
69	Hauptindikation bei Notsektio	siehe Schlüssel 2	Die Terminübertragung ist ab 14 Tagen Übertragung bzw. einer Schwangerschaftsdauer von 294 Tagen post menstruationem zu dokumentieren.
70	E-E-Zeit bei Notsektio	Angabe in: Minuten Gültige Angabe: 0 - 599 Minuten Angabe ohne Warnung: 1 - 19 Minuten	Hier ist die Entschluss-Entwicklungszeit (E-E-Zeit), also die Zeitspanne zwischen dem Entschluss zur Notsectio und der Entwicklung (Geburt) des Kindes aus dem Mutterleib, einzutragen.
71	Pädiater bei Kindsgeburt anwesend	0 = nein 1 = ja	-
72	Pädiater nach Kindsgeburt eingetroffen	0 = nein 1 = ja	-
wenn Feld 72 = 1			
73	Datum	Format: TT.MM.JJJJ	-
74	Uhrzeit	Format: hh:mm	-
Basisdokumentation - Kind			
75	Geburtsdatum des Kindes	Format: TT.MM.JJJJ	-
76	Uhrzeit der Geburt	Format: hh:mm	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Geburt des Kindes an. Bitte runden Sie die Uhrzeit nicht, sondern tragen Sie möglichst die minutengenaue Uhrzeit ein. Beachten Sie bitte, dass es die Uhrzeit 24:00 nicht gibt und tragen sie in diesem Fall 00:00 Uhr ein und das Datum des neuen Tages.
77	Geschlecht des Kindes	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
78	APGAR	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8	Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 1 Minute nach der Entbindung beim Kind erhoben wurde. Das Apgar-Schema zur Beurteilung von Neugeborenen finden Sie im Anhang .

79	APGAR	9 = 9 10 = 10 0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 5 Minuten nach der Entbindung beim Kind erhoben wurde. Das Apgar-Schema zur Beurteilung von Neugeborenen finden Sie im Anhang .
80	APGAR	0 = 0 1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = 4 5 = 5 6 = 6 7 = 7 8 = 8 9 = 9 10 = 10	Tragen Sie bitte den Apgar-Wert ein, der 10 Minuten nach der Entbindung beim Kind erhoben wurde. Das Apgar-Schema zur Beurteilung von Neugeborenen finden Sie im Anhang .
81	Gewicht des Kindes	Angabe in: g Gültige Angabe: 1 - 6999 g Angabe ohne Warnung: 500 - 4499 g	Bitte runden Sie das Gewicht nicht, sondern tragen Sie möglichst das genaue Gewicht ein.
82	Kopfumfang des Kindes	Angabe in: cm Gültige Angabe: 0 - 99 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 49 cm	-
wenn Feld 65 IN OPS_Sectio			
83	Allgemeinanästhesie	0 = nein 1 = ja	Die Allgemeinanästhesie entspricht hier einer Intubationsnarkose. Es ist der Schlüsselwert „nein“ anzugeben, wenn keine Allgemeinanästhesie, sondern eine andere Anästhesie (wie z. B. eine Regionalanästhesie) durchgeführt wurde. Die Regionalanästhesie entspricht im Sinne einer Leitungsanästhesie der Peridural- sowie Spinalanästhesie.
84	Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	0 = nein 1 = ja	Diese Blutgasanalyse wird in einer Blutprobe aus der Nabelschnurarterie bestimmt.
wenn Feld 84 = 1			
85	Base Excess Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: -40 - 20 mmol/l Angabe ohne Warnung: -20 - -0,1 mmol/l	Tragen Sie bitte den Base-Excess-Wert in mmol/l mit einer Nachkommastelle ein. Der hier zu dokumentierende, relevante Wert ist der wahre, nicht korrigierte oder abgeleitete Base-Excess-Wert. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert kann negativ sein. Bitte tragen Sie das Vorzeichen (-) für negativ ein. Beispiel: "-8,3"; Beispiel: "-13,7". Ein positives Vorzeichen (+) kann bei positiven Werten vorangestellt werden. Allerdings ist das positive Vorzeichen nicht erforderlich.
86	pH-Wert Blutgasanalyse Nabelschnurarterie	Gültige Angabe: 6,5 - 8 Angabe ohne Warnung: 7 - 7,4	Tragen Sie bitte den pH-Wert der Blutgasanalyse aus der Nabelschnurarterie eines Lebendgeborenen mit zwei Nachkommastellen ein. Bei mehreren Messungen geben Sie bitte jeweils den niedrigsten Wert an. Der Wert für pH wird mit zwei Nachkommastellen angegeben. Bei Geräten, die drei Nachkommastellen ausgeben, ist die dritte Stelle kaufmännisch zu runden. Beispiel: "7,25"; Beispiel: "7,05".
87	Volumensubstitution	0 = nein 1 = ja	-
88	Pufferung	0 = nein 1 = ja	Geben Sie an, ob eine Pufferung des Säuren-Basen-Haushalts beim Kind vorgenommen wurde.
89	Maskenbeatmung	0 = nein 1 = ja	-
90	O2-Anreicherung	0 = nein 1 = ja	Wurde dem Kind Sauerstoff über die Raumluft verabreicht, so kreuzen Sie bitte "ja" an. Die Sauerstoff-Anreicherung ist keine Reanimationsmaßnahme wie die Maskenbeatmung und die Intubation und ist daher von diesen beiden Maßnahmen zu unterscheiden.
91	Fehlbildungen	0 = keine 1 = leichte	-

3 = schwere
4 = letale

wenn Feld 91 IN (3;4)

92 Art der Fehlbildung - -

Bei Totgeburt

93 Totgeburt 0 = nein
1 = ja

Maßgeblich ist das Personenstandsgesetz.
Bei der Dokumentation ist Absatz 2 des § 31
Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt der Verordnung
zur Ausführung des Personenstandsgesetzes
(Personenstandsverordnung - PStV) (vom 24.10.2018
mit Wirkung zum 01.11.2018; Internet:
https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/_31.html)
zu beachten:

(1) Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind
nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz
geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die
natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.
(2) Hat sich keines der in Absatz 1 genannten
Merkmale des Lebens gezeigt, gilt die Leibesfrucht als
ein tot geborenes Kind im Sinne des § 21 Absatz 2 des
Gesetzes, wenn

1. das Gewicht des Kindes mindestens 500
Gramm beträgt oder
2. das Gewicht des Kindes unter 500 Gramm
beträgt, aber die 24. Schwangerschaftswoche
erreicht wurde [...]

(3) Eine Fehlgeburt ist abweichend von Absatz 2 Satz
2 als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie
Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein
Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist; § 21
Absatz 2 des Gesetzes gilt entsprechend.
Wenn es sich um einen induzierten
Schwangerschaftsabbruch mit dem Resultat eines
toten Feten (unabhängig vom Fetalgewicht) handelt,
ist ein Minimaldatensatz zu dokumentieren.

wenn Feld 93 = 1

94 Tod vor Klinikaufnahme bei 0 = nein
Totgeburt 1 = ja -

95 Todeszeitpunkt bei Totgeburt 1 = Tod ante partum
2 = Tod sub partu -
3 = Todeszeitpunkt unbekannt

Entlassung / Verlegung

wenn Feld 93 = 0

96 Ernährung des Kindes bei 1 = ausschließlich mit Frauenmilch
Entlassung nach Hause / bei ernährt
Verlegung 2 = mindestens teilweise mit
Frauenmilch ernährt
3 = ausschließlich mit Formula
ernährt

1: Das Kind wird bei Entlassung nach Hause / bei
Verlegung ausschließlich mit Frauenmilch ernährt
(Fortifier, Medikamente, Vitamine dürfen zusätzlich
aufgenommen werden).
2: Das Kind wird bei Entlassung nach Hause / bei
Verlegung neben Frauenmilch auch mit Formula
ernährt.

97 Kind in Kinderklinik verlegt 0 = nein
1 = ja -

98 Entlassungs-/Verlegungsdatum 0 = nein
aus der Geburtsklinik Kind **Format:** TT.MM.JJJJ

Wenn das Kind aus der Geburtsklinik entlassen oder
verlegt wird, geben Sie bitte hier das Entlassungs-
bzw. Verlegungs-Datum an. Bei Verlegungen geben Sie
hier bitte das Datum der Verlegung und nicht das
Entlassungsdatum an. Dieses Feld ist auch
auszufüllen, wenn das Kind in der Geburtsklinik
gestorben ist und als Entlassungsgrund
(Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind) die
Kennzahl "07" (Tod) des Schlüssels zum
Entlassungsgrund eingetragen ist.

99 Entlassungs-/Verlegungsuhrzeit **Format:** hh:mm
aus der Geburtsklinik Kind -

100 Entlassungs-/Verlegungsdiagnose -
aus der Geburtsklinik Kind -

101 Entlassungsgrund aus der siehe Schlüssel 4 -
Geburtsklinik Kind

*§ 301-Vereinbarung:
<http://www.dkgev.de>*

wenn Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik = Verlegung in ein anderes Krankenhaus

102 Verlegung in ein ausländisches 1 = ja
Krankenhaus -

wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1

103	Institutionskennzeichen des aufnehmenden Krankenhauses	-	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "06 =Verlegung in ein anderes Krankenhaus" oder „08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)“ beantwortet worden ist.
-----	--	---	---

wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1

104	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	-	Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.
105	Tod des lebendgeborenen Kindes innerhalb der ersten 7 Tage	0 = nein 1 = ja	Bitte stellen Sie sicher, dass bei allen in den ersten 7 Lebenstagen verstorbenen Kindern in diesem Datenfeld "ja" angegeben wird. Insbesondere ist diese Angabe auch für in die Kinderklinik verlegte Kinder erforderlich. Bitte prüfen Sie bei Angabe „interne Verlegung“ vor Abschluss des Bogens, ob das intern verlegte Kind in ihrem Krankenhaus innerhalb von 7 Tagen verstorben ist. Die Zeitspanne der ersten 7 Lebenstage ist hierbei definiert als Zeitraum von 7 Kalendertagen, unabhängig von der Uhrzeit der Geburt. Dabei wird eine Unschärfe von bis zu unter 24 Stunden in Kauf genommen. Ist das Kind in dieser Zeitspanne nicht verstorben, so kreuzen Sie "nein" an.
106	Todesursache des lebendgeborenen Kindes	-	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
107	Datum des Todes - lebendgeborenes Kind	Format: TT.MM.JJJJ	Kalenderdatum, an dem ein lebendgeborenes Kind verstorben ist. Angaben zum Todeszeitpunkt von toten Kindern können im Datenfeld "Todeszeitpunkt bei Totgeburt" gemacht werden.

Anmerkungen

Anmerkung 1
"Entbindungsmodus (ENTBINDMODUS)"
Hier ist eine Prozedur (OPS-Kode), die sich auf den durchgeführten Entbindungsmodus bezieht, zu dokumentieren.

Falls kein Kode aus der folgenden Liste dokumentiert ist, wählen Sie bitte einen OPS-Kode aus der Liste aus, der dem durchgeführten Entbindungsmodus am ehesten entspricht.

width="88%">

OPS-Kode Titel

5-720.0	Zangenentbindung: Aus Beckenausgang
5-720.1	Zangenentbindung: Aus Beckenmitte
5-720.x	Zangenentbindung: Sonstige
5-720.y	Zangenentbindung: N.n.bez.
5-724	Drehung des kindlichen Kopfes mit Zange
5-725.0	Extraktion bei Beckenendlage: Manuell
5-725.1	Extraktion bei Beckenendlage: Instrumentell
5-725.2	Extraktion bei Beckenendlage: Kombiniert manuell/instrumentell
5-725.x	Extraktion bei Beckenendlage: Sonstige
5-725.y	Extraktion bei Beckenendlage: N.n.bez.
5-727.0	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Spontane Entbindung ohne Komplikationen
5-727.1	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Spezialhandgriffen
5-727.2	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Assistierte Entbindung mit Instrumentenhilfe
5-727.3	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Kombinierte Entbindung mit Spezialhandgriffen und Instrumentenhilfe
5-727.x	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: Sonstige
5-727.y	Spontane und vaginale operative Entbindung bei Beckenendlage: N.n.bez.
5-728.0	Vakuumentbindung: Aus Beckenausgang
5-728.1	Vakuumentbindung: Aus Beckenmitte
5-728.x	Vakuumentbindung: Sonstige
5-728.y	Vakuumentbindung: N.n.bez.
5-729	Andere instrumentelle Entbindung
5-732.2	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion, ohne weitere Komplikationen

5-732.3	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion durch Zange am (nachfolgenden) Becken
5-732.4	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Mit Extraktion bei sonstiger Komplikation
5-732.5	Innere und kombinierte Wendung ohne und mit Extraktion: Am zweiten Zwilling
5-740.0	Klassische Sectio caesarea: Primär
5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär
5-740.y	Klassische Sectio caesarea: N.n.bez.
5-741.0	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, suprazervikal
5-741.1	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, suprazervikal
5-741.2	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, T-Inzision
5-741.3	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, T-Inzision
5-741.4	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Primär, korporal, Längsinzision
5-741.5	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sekundär, korporal, Längsinzision
5-741.x	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: Sonstige
5-741.y	Sectio caesarea, suprazervikal und korporal: N.n.bez.
5-742.0	Sectio caesarea extraperitonealis: Primär
5-742.1	Sectio caesarea extraperitonealis: Sekundär
5-742.y	Sectio caesarea extraperitonealis: N.n.bez.
5-749.0	Anderer Sectio caesarea: Resectio
5-749.10	Anderer Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Primär
5-749.11	Anderer Sectio caesarea: Misgav-Ladach-Sectio: Sekundär
5-749.x	Anderer Sectio caesarea: Sonstige
5-749.y	Anderer Sectio caesarea: N.n.bez.
8-515	Partus mit Manualhilfe
9-260	Überwachung und Leitung einer normalen Geburt
9-261	Überwachung und Leitung einer Risikogeburt
9-268	Überwachung und Leitung einer Geburt, n.n.bez.

Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (Krankenhaus) gültigen OPS-Katalog: Im Jahr 2021 durchgeführte Operationen sind z.B. noch nach dem im Jahre 2020 gültigen OPS-Katalog zu dokumentieren, wenn der Patient am 31.12.2020 aufgenommen worden ist.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	1 = Familiäre Belastung (Diabetes, Hypertonie, Missbildungen, genetische Krankheiten, psychische Krankheiten)
"Anamnese und allgemeine Befunde (01-26, 54-56) sowie besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf (27-53) (identisch mit Mutterpass)"	2 = frühere eigene schwere Erkrankungen (z.B. Herz, Lunge, Leber, Nieren, ZNS, Psyche)
	3 = Blutungs-/Thromboseneigung
	4 = Allergie
	5 = frühere Bluttransfusionen
	6 = besondere psychische Belastung (z.B. familiäre oder berufliche)
	7 = besondere soziale Belastung (Integrationsprobleme, wirtschaftliche Probleme)
	8 = Rhesus-Inkompatibilität (bei vorangeg. Schwangersch.)
	9 = Diabetes mellitus
	10 = Adipositas
	11 = Kleinwuchs
	12 = Skelettanomalien
	13 = Schwangere unter 18 Jahre
	14 = Schwangere über 35 Jahre
	15 = Vielgebärende (mehr als 4 Kinder)
	16 = Z. n. Sterilitätsbehandlung
	17 = Z. n. Frühgeburt (Schwangerschaftsalter: Unter 37 vollendete Wochen)
	18 = Z. n. Geburt eines hypotrophen Kindes (Gewicht unter 2500 g)
	19 = Z. n. 2 oder mehr Aborten/Abbrüchen
	20 = Totes/geschädigtes Kind in der Anamnese
	21 = Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen
	22 = Komplikationen post partum
	23 = Z. n. Sectio caesarea
	24 = Z. n. anderen Uterusoperationen
	25 = rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)
	26 = sonstige anamnestische oder allgemeine Befunde
	27 = behandlungsbedürftige Allgemeinerkrankungen
	28 = Dauermedikation
	29 = Abusus
	30 = besondere psychische Belastung
	31 = besondere soziale Belastung
	32 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: unter 28 vollendete Wochen
	33 = Blutungen, Schwangerschaftsalter: 28 vollendete Wochen und mehr

- 34 = Placenta praevia
 35 = Mehrlingsschwangerschaft
 36 = Hydramnion
 37 = Oligohydramnie
 38 = Terminunklarheit
 39 = Placentainsuffizienz
 40 = Isthmozervikale Insuffizienz
 41 = vorzeitige Wehentätigkeit
 42 = Anämie
 43 = Harnwegsinfektion
 44 = indirekter Coombstest positiv
 45 = Risiko aus anderen serologischen Befunden
 46 = Hypertonie (Blutdruck über 140/90)
 47 = Ausscheidung von 1000 mg Eiweiß pro Liter Urin und mehr
 48 = Mittelgradige - schwere Ödeme
 49 = Hypotonie
 50 = Gestationsdiabetes
 51 = Lageanomalie
 52 = sonstige besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf
 53 = Hyperemesis
 54 = Z. n. HELLP-Syndrom
 55 = Z. n. Eklampsie
 56 = Z. n. Hypertonie
- Schlüssel 2**
 "Indikationen zur
 Geburtseinleitung und
 operativen Entbindung,
 Geburtsrisiken"
- 60 = vorzeitiger Blasensprung
 61 = Übertragung des Termins
 62 = Fehlbildung
 63 = Frühgeburt
 64 = Mehrlingsschwangerschaft
 65 = Plazentainsuffizienz
 66 = hypertensive Schwangerschaftserkrankung
 67 = Rh-Inkompatibilität
 68 = Diabetes mellitus
 69 = Z. n. Sectio caesarea oder anderen Uterusoperationen
 70 = Placenta praevia
 71 = vorzeitige Plazentalösung
 72 = sonstige uterine Blutungen
 73 = Amnioninfektionssyndrom
 74 = Fieber unter der Geburt
 75 = mütterliche Erkrankung
 76 = mangelnde Kooperation der Mutter
 77 = pathologisches CTG oder auskultatorisch schlechte kindliche Herztöne
 78 = grünes Fruchtwasser
 79 = Azidose während der Geburt (festgestellt durch Fetalblutanalyse)
 80 = Nabelschnurvorfal
 81 = sonstige Nabelschnurkomplikationen
 82 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Eröffnungsperiode
 83 = protrahierte Geburt/Geburtsstillstand in der Austreibungsperiode
 84 = absolutes oder relatives Missverhältnis zwischen kindlichem Kopf und mütterlichem Becken
 85 = Uterusruptur
 86 = Querlage/Schräglage
 87 = Beckenendlage
 88 = hintere Hinterhauptslage
 89 = Vorderhauptslage
 90 = Gesichtslage/Stirnlage
 91 = tiefer Querstand
 92 = hoher Geradstand
 93 = sonstige regelwidrige Schädellagen
 94 = sonstige
 95 = HELLP-Syndrom
 96 = intrauteriner Fruchttod
 97 = pathologischer Dopplerbefund
 98 = Schulterdystokie
- Schlüssel 3**
 "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)
 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt

Schlüssel 4

"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
 12 = interne Verlegung
 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
 28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
 29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt