



Ausfuellhinweise Neonatologie (NEO)

Stand: 05. Dezember 2023 (QS-Spezifikation 2024 V04)
Copyright © 2023 IQTIG

Bei Kindern, die zwischen 8 und 120 Lebenstagen zuverlegt werden, aber schon einmal zu Hause waren, muss nur der Minimaldatensatz ausgefüllt werden. Im Falle eines zuverlegten Kindes sollen nur Therapien und Diagnosen dokumentiert werden, die im eigenen Hause gestellt wurden, eine Ausnahme machen hierbei die IVH/PVH, die PVL, die ROP, der Pneumothorax, die BPD, die NEK und die FIP/SIP.

Zeile Bezeichnung Allgemeiner Hinweis Ausfuellhinweis

Teildatensatz Basis (B)

Art der Versicherung

1	Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte	-	Das Datenfeld "Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte" wird von den Krankenhäusern und von Arztpraxen an externe Stellen übermittelt (z.B. Datenübermittlung nach § 21 KHEntg oder § 301 Abs. 3 SGB V). Es kann automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. <u>Achtung:</u> Es dürfen nur die ersten zwei Ziffern des 9-stelligen Institutionskennzeichens exportiert werden.
2	besonderer Personenkreis	-	-

Patientenidentifizierende Daten

3.1	Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	-	<u>Achtung!</u> Diese Information soll automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. 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). 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. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
3.2	Nachname 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.
4	Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	-	<u>Achtung!</u> Diese Information soll automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. 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. Dieses Datenfeld ist nicht zu befüllen, falls die Patienten nicht GKV-versichert ist.
5.1	Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes	-	<u>Achtung!</u> Diese Information soll automatisch aus dem Krankenhausinformationssystem (KIS) bzw. Arztinformationssystem (AIS) übernommen werden. 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. 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. <u>Achtung:</u> 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 Leistung 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. <u>Achtung:</u> 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. <u>Achtung:</u> Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.

8	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.
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	-	Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
11	Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses	1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 5 = sonstiges	Hier ist die Versorgungsstufe gemäß Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene (QFR-RL) einzutragen. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
12	Identifikationsnummer des Kindes	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
13	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-

Angaben zur Geburt

14	Mehrlingsgeburt	0 = nein 1 = ja	Intrauterin absorbierte Feten, die nicht geboren wurden, gelten nicht als Mehrlingsgeburt und werden nicht mitgezählt. Bei zweizeitigen Geburten sind die Kinder aller Geburtszeiten zu addieren.
wenn Mehrlingsgeburt			
15	Anzahl Mehrlinge	Gültige Angabe: 2 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, bitte Angabe der Mehrlingsanzahl inkl. Totgeburt(en).
16	laufende Nummer 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.
17	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	Angabe in: Wochen Gültige Angabe: 15 - 49 Wochen Angabe ohne Warnung: 20 - 44 Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen).
18	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)	Gültige Angabe: 0 - 6	Möglich sind Werte von 0 bis 6 Tage.
19	Geburtsdatum des Kindes	Format: TT.MM.JJJJ	-
20	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.
21.1	Geburtsort des Kindes	-	Einzutragen ist der Geburtsort entsprechend der zu erwartenden Angabe in der Geburtsurkunde, d. h. der Name der formal selbständigen Gemeinde. Z.B. ist bei einer Hausgeburt, die im Berliner Stadtteil Pankow stattfand, als Geburtsort Berlin einzutragen.
21.2	Geburtsort liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	1 = ja	-
22.1	Bundesland des Geburtsortes	siehe Schlüssel 1	-
22.2	Das Bundesland der Geburt liegt nicht vor oder Geburt im Ausland	1 = ja	-
23	Gewicht des Kindes bei Geburt	Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 6999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 4999 g	Bitte runden Sie das Gewicht nicht, sondern tragen Sie möglichst das genaue Geburtsgewicht ein.
24	Wo wurde das Kind geboren?	1 = in Geburtsklinik 2 = in außerklinischer Geburtseinrichtung 3 = zu Hause 9 = sonstiges, z. B. während Transport	-
wenn Geburtsort = Geburtsklinik			
25	Transport zur Neonatologie	0 = kein Transport zur Neonatologie 1 = Transport ohne Kraftfahrzeug (Inborn) 2 = Transport mit Kraftfahrzeug (Outborn)	Inborn bedeutet, dass für den Transport des Kindes vom Ort seiner Geburt zur dokumentierenden Station bzw. zur neonatologischen Intensivstation (NICU) kein Kraftfahrzeug erforderlich wurde. Outborn bedeutet, dass das Kind mit einem Kraftfahrzeug zur dokumentierenden Station bzw. zur neonatologischen Intensivstation (NICU) transportiert wurde. Siehe Strukturvorgaben des G-BA für Perinatalzentren Level 1 und 2 (Anlage 1 zur Vereinbarung zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- u. Neugeborenen): „Wand-an-Wand“-Lokalisation von Entbindungsbereich, OP und neonatologischer Intensivstation (NICU), d. h. wenigstens im gleichen Gebäude oder in miteinander verbundenen Gebäuden, so dass kein Kraftfahrzeug für den Transport zur NICU erforderlich ist.
wenn Kind verstorben			
26	primär palliative Therapie (ab Geburt)	0 = nein 1 = ja	Gemeint ist, dass entsprechend der Empfehlung der Fachgesellschaften (DGGG, DGKJ, DGPM, GNPI 2014) "Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit des Kindes" die Entscheidung für eine primär palliative Therapie im Konsens mit den Eltern getroffen wurde. Hier ist die Angabe "ja" nur zu dokumentieren, wenn auf jegliche Therapie (Beatmung, Sauerstoff, antibiotische Therapie) primär verzichtet wurde.

wenn Feld 26 = 1

27	Kind im Kreißsaal verstorben	0 = nein 1 = ja	-
----	------------------------------	--------------------	---

Aufnahme

28	Aufnahmedatum (ins Krankenhaus)	Format: TT.MM.JJJJ	Bitte geben Sie hier das Aufnahmedatum in das aktuelle Krankenhaus an. Gemeint ist hier nicht das Aufnahmedatum in eine bestimmte Abteilung. Es ist das Datum zu dokumentieren, an welchem das Kind einen eigenen Krankenhausfall ausgelöst hat.
29	Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus)	Format: hh:mm	Bitte geben Sie hier die Aufnahmezeit in das aktuelle Krankenhaus an. Gemeint ist hier nicht die Aufnahmezeit in eine bestimmte Abteilung. Es ist die Uhrzeit zu dokumentieren, zu welcher das Kind einen eigenen Krankenhausfall ausgelöst hat.
30	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	Format: TT.MM.JJJJ	Dieses Feld wird bei der ersten internen Verlegung in eine pädiatrische Abteilung innerhalb desselben Krankenhauses (z.B. von der Abteilung Geburtshilfe in die Abteilung Neonatologie) dokumentiert.
31	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	Format: hh:mm	Dieses Feld wird bei der ersten internen Verlegung in eine pädiatrische Abteilung innerhalb desselben Krankenhauses (z.B. von der Abteilung Geburtshilfe in die Abteilung Neonatologie) dokumentiert.
32	Aufnahme ins Krankenhaus von	1 = externer Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = eigener Geburtsklinik am gleichen Standort 7 = eigener Geburtsklinik an anderem Standort 8 = sonstiges	In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass bei einem Inborn eine Neuaufnahme in der pädiatrischen Abteilung desselben Standortes vorliegt. Dies ist über "eigener Geburtsklinik am gleichen Standort" zu dokumentieren. Externe Geburts- oder Kinderklinik bedeutet, dass das zuverlegende Krankenhaus eine andere IK-Nummer als das jetzt aufnehmende Krankenhaus hat. Beachtet werden soll, dass die Antwortmöglichkeit "3 = externe Klinik als Rückverlegung" Vorrang vor den Antwortmöglichkeiten "1 und 2 = externe Geburts- oder Kinderklinik" hat. Die Antwortmöglichkeit „sonstiges“ soll nur genutzt werden, wenn das Kind bspw. während des Transports geboren wurde und anschließend ins Krankenhaus aufgenommen wird. Hinweis: der Begriff 'Rückverlegung' umfasst 1. eine Rückverlegung eines Kindes aus dem Krankenhaus, in das man es nach längerem Aufenthalt im eigenen Haus für wenige Tage zu einer Operation verlegt hatte 2. eine Rückverlegung eines Kindes aus dem Krankenhaus, in das man es unmittelbar nach der Geburt zur anfänglichen intensiven Versorgungsphase verlegt hatte.

wenn Aufnahme aus externer Klinik

33	Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	1 = ja	-
34	Gewicht bei Aufnahme	Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 9999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 4999 g	Es ist das Gewicht gemeint, mit welchem das Kind einen eigenen Krankenhausfall ausgelöst hat.

wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN(0;LEER)

35.1	Kopfumfang bei Aufnahme	Angabe in: cm Gültige Angabe: 10 - 70 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 50 cm	Es ist der Kopfumfang zu dem Zeitpunkt gemeint, zu dem das Kind einen eigenen Krankenhausfall ausgelöst hat.
35.2	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt	1 = ja	-

wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN(0;LEER)

36.1	Körpertemperatur bei Aufnahme	Angabe in: °C Gültige Angabe: 20 - 45 °C Angabe ohne Warnung: 32 - 41 °C	Es ist der erste Wert einzutragen, der innerhalb einer Stunde nach Aufnahme auf der versorgenden Station gemessen wurde.
36.2	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	1 = ja	-

Diagnostik/Therapie

37	angeborene Erkrankungen	0 = keine oder leichte 1 = schwere oder letale	Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen (ICD-Code und ICD-Label): E72.2 Störungen des Harnstoffzyklus P83.2 Hydrops fetalis, nicht durch hämolytische Krankheit bedingt P96.0 Angeborene Niereninsuffizienz Q00.0 Anenzephalie Q01 Enzephalozele Q04.2 Holoprosenzephalie-Syndrom Q05 Spina bifida Q20 Angeborene Fehlbildungen der Herzhöhlen und verbindender Strukturen Q21.3 Fallot-Tetralogie Q22.0 Pulmonalklappenatresie Q22.4 Angeborene Trikuspidalklappenstenose Q22.6 Hypoplastisches Rechtsherzsyndrom Q23.0 Angeborene Aortenklappenstenose Q23.2 Angeborene Mitralklappenstenose Q23.4 Hypoplastisches Linksherzsyndrom (Hämodynamisch relevant) Q24.8 Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Herzens Q25.1 Koarktation der Aorta Q25.2 Atresie der Aorta Q25.3 Stenose der Aorta (angeboren) Q25.5 Atresie der A. pulmonalis Q26.2 Totale Fehleinmündung der Lungenvenen Q30.0 Choanalatresie Q33.6 Hypoplasie und Dysplasie der Lunge (Schweres Oligohydramnion / Anhydramnion über mindestens 2 Wochen und vor 32+0 SSW) Q39 Angeborene Fehlbildungen des Ösophagus Q44.6 Zystische Leberkrankheit [Zystenleber] Q44.7 Sonstige angeborene Fehlbildungen der Leber Q60.1 Nierenagenesie, beidseitig Q60.6 Potter-Syndrom Q64.1 Ekstrophie der Harnblase Q74.3 Arthrogryposis multiplex congenita
----	-------------------------	---	--

			<p>Q77.1 Thanatopore Dysplasie Q78.0 Osteogenesis imperfecta Q79.0 Angeborene Zwerchfelhernie Q79.2 Exomphalus Q79.3 Gastroschisis Q80.4 Ichthyosis congenita gravis [Harlekinfetus] Q81.1 Epidermolysis bullosa atrophicans gravis Q89.4 Siamesische Zwillinge Q91.0 Trisomie 18 Q91.1 Trisomie 18, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Q91.2 Trisomie 18, Translokation Q91.3 Edwards-Syndrom Q91.4 Trisomie 13, meiotische Non-disjunction Q91.5 Trisomie 13, Mosaik (mitotische Non-disjunction) Q91.6 Trisomie 13, Translokation Q91.7 Patau-Syndrom Q92.7 Triploidie und Polyploidie</p> <p>Hinweis: Die aufgeführte Liste mit schweren angeborenen und letalen angeborenen Erkrankungen beruht nicht auf Vollständigkeit.</p>
wenn Feld 37 = 1			
38	Diagnose der angeborenen Erkrankung	-	-
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)			
39	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden	0 = nein 1 = ja	Wurde die Untersuchung bereits in einem externen Krankenhaus durchgeführt, ist hier ebenfalls "ja" anzugeben.
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja			
40	Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie	0 = nein 1 = IVH Grad I 2 = IVH Grad II 3 = IVH Grad III 4 = periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)	<p>Bitte dokumentieren Sie die maximale Ausprägung der Hämorrhagie. Die Einteilung der Blutungen erfolgt entsprechend der internationalen Konvention in vier Schweregrade (Papile 1978):</p> <ul style="list-style-type: none"> IVH Grad I: subependymale Blutung IVH Grad II: intraventrikuläre Blutung ohne ventrikuläre Dilatation IVH Grad III: intraventrikuläre Blutung mit ventrikulärer Dilatation durch das ausgetretene Blut IVH Grad IV: Parenchymlutung (Periventrikuläre Hämorrhagie (PVH)) unabhängig vom Ausmaß einer eventuell vorhandenen intraventrikulären Blutung <p>Seit 2015 ist eine intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie immer zu dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p> <p>Literatur: Papile, L-A; Burstein, J; Burstein, R; Koffler, H (1978): Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: A study of infants with birth weights less than 1,500 gm. Journal of Pediatrics 92(4): 529- 534. DOI: 10.1016/S0022-3476(78)80282-0</p>
wenn Feld 40 IN (1;2;3;4)			
41	Status bei Aufnahme	1 = IVH / PVH ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = IVH / PVH lag bereits bei Aufnahme vor	-
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja			
42	Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL)	0 = nein 1 = ja	<p>Befunde, die nicht im Sonogramm, sondern nur mit anderen Bildgebungstechniken (z.B. MRT, CT) gesehen wurden, sollen hier nicht dokumentiert werden.</p> <p>Zystische periventrikuläre Leukomalazie wird hier definiert als Nachweis von typischerweise bilateralen periventrikulären Zysten zu irgendeinem Zeitpunkt. Eine Echogenitätsvermehrung ohne Zysten oder Zysten im Bereich einer bekannten IVH werden mit "nein" dokumentiert. Unmittelbar postnatal durchgeführte Ultraschalluntersuchungen erlauben nicht, eine PVL auszuschließen.</p> <p>Seit 2015 ist eine zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL) immer zu dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p>
wenn Feld 42 = 1			
43	Status bei Aufnahme	1 = PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = PVL lag bereits bei Aufnahme vor	-
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)			
44	ROP-Screening durchgeführt/vorhanden	0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	<p>Kriterien zur Auswahl Frühgeborener zum ROP (Retinopathy of prematurity)-Screening:</p> <p>Ein ROP-Screening ist indiziert.</p> <ul style="list-style-type: none"> bei allen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter unter 31+0 Wochen (bei nicht sicher bekanntem Gestationsalter unter 1500 g Geburtsgewicht) unabhängig von einer zusätzlichen Sauerstoffgabe <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> bei allen reifen Frühgeborenen (d.h. allen Neugeborenen mit einem Gestationsalter von 31+0 bis unter 37+0 Wochen), bei denen nach Ermessen der/des betreuenden Neonatologin/en ein Risiko für die Entwicklung einer ROP besteht, z. B. aufgrund <ul style="list-style-type: none"> einer postnatalen inhalativen Sauerstoffsupplementation von mehr als 5 Tagen Dauer oder einer ECMO-Therapie oder relevanter Begleiterkrankungen (z. B. schwerer nekrotisierender Enterokolitis, bronchopulmonaler Dysplasie, Sepsis, transfusionsbedürftiger Anämie). <p>Referenz: Maier, RF; Hummler, H; Kellner, U; Krohne, TU; Lawrenz, B; Lorenz, B; et al. (2020): AWMF-Registernummer 024-010. S2k-Leitlinie: Augenärztliche Screening-Untersuchung bei Frühgeborenen [Langfassung]. Versions-Nummer: 3.0. [Stand: 24.03.2020], Erstveröffentlichung: 06/1998, Überarbeitung von: 03/2020. [Berlin]: GNPI [Gesellschaft für Neonatologie und</p>

		pädiatrische Intensivmedizin]. URL: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-010L_S2k_Augenaerztliche_Screening-Untersuchung_Fr%C3%BChgeborene_2020-07.pdf (abgerufen am: 06.04.2022).
wenn Feld 44 = 1		
45	Datum des ersten ROP-Screenings	Format: TT.MM.JJJJ Hier ist das Datum der ersten in der eigenen Einrichtung durchgeführten Augenhintergrunduntersuchung im Rahmen des ROP-Screenings einzutragen.
wenn Feld 44 IN (1;2)		
46	Frühgeborenen-Retinopathie (ROP)	0 = nein 1 = Stadium 1 (Demarkationslinie) 2 = Stadium 2 (Prominente Leiste) 3 = Stadium 3 (Prominente Leiste und extraretinale fibrovaskuläre Proliferationen) 4 = Stadium 4 (Partielle Amotio retinae) 5 = Stadium 5 (Totale Amotio retinae) Diese Diagnose ist immer anzugeben, wenn sie während des aktuellen stationären Aufenthaltes aufgetreten ist (auch wenn die Diagnose bereits bei Aufnahme vorlag). Bitte geben Sie das maximale Stadium während des stationären Aufenthalts an.
wenn Feld 46 > 0		
47	ROP-Status bei Aufnahme	1 = ROP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = ROP lag bereits bei Aufnahme vor
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)		
48	Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten)	0 = nein 1 = ja Jegliche Sauerstoffzufuhr von mehr als 30 Minuten über 21 % soll dokumentiert werden vom Tage des Beginns bis zum Tage der endgültigen Beendigung. Eine Sauerstoffzufuhr, die nur perioperativ oder kurzzeitig (bis zu 30 Minuten) z.B. während der Erstversorgung notwendig ist, wird hier nicht dokumentiert.
wenn Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme = ja		
49	Beginn	Format: TT.MM.JJJJ Es ist das Datum der ersten Sauerstoffzufuhr als Beginn einzutragen.
50	endgültige Beendigung	Format: TT.MM.JJJJ Wenn das Kind mit Sauerstoffbedarf entlassen wird, tragen Sie bitte hier das Entlassungsdatum ein.
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)		
51	Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt	0 = keine Atemhilfe 1 = nur nasale / pharyngeale Beatmung 2 = nur intratracheale Beatmung 3 = nasale / pharyngeale und intratracheale Beatmung Eine Beatmung, die nur perioperativ (bis zu 24 h nach Beendigung der OP) oder kurzzeitig (bis zu 30 Minuten) z.B. während der Erstversorgung notwendig ist, wird hier nicht dokumentiert. Zu differenzieren ist hier der Beatmungsweg, nicht die Beatmungsform. Alleinige Durchführung von nasalem oder pharyngealem CPAP wird mit der Antwortmöglichkeit 1 dokumentiert. Die Durchführung einer HIGH-FLOW-NASAL-CANULA-Therapie (HFNC-Therapie) soll ebenfalls in Antwortmöglichkeit "nur nasale/pharyngeale Beatmung" dokumentiert werden.
wenn Beatmung (von > 30 min) durchgeführt		
52	Beginn	Format: TT.MM.JJJJ Es ist das Datum der ersten Beatmung als Beginn einzutragen.
wenn nur intratracheale Beatmung oder nasale/pharyngeale und intratracheale Beatmung durchgeführt		
53	endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung	Format: TT.MM.JJJJ Als endgültige Beendigung gilt der Tag der letzten Extubation. Hinweis: Bei Entlassung/Verlegung von beatmeten Patienten gilt: Als endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung wird der Tag der Entlassung/Verlegung dokumentiert.
wenn Beatmung (von > 30 min) durchgeführt		
54	endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe	Format: TT.MM.JJJJ Als endgültige Beendigung gilt der letzte Tag irgendeiner Atemhilfe. Hinweis: Bei Entlassung/Verlegung von beatmeten Patienten gilt: Als endgültige Beendigung jeglicher Beatmung wird der Tag der Entlassung/Verlegung dokumentiert.
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)		
55	Pneumothorax	0 = nein 1 = ja, ohne jegliche vorangehende oder bestehende Atemhilfe/Beatmung aufgetreten 2 = ja, nach oder unter irgendeiner Form von Atemhilfe/Beatmung aufgetreten Ein Pneumothorax ist immer zu dokumentieren, unabhängig davon, ob er während der Behandlung in der eigenen Neonatologie auftrat oder schon bei stationärer Aufnahme bestand. Ausnahme: eine Rest-Luftansammlung nach Thorakotomie soll hier nicht als Pneumothorax dokumentiert werden. Ein Pneumothorax ist auch dann zu dokumentieren, wenn er sehr klein war, nur zufällig entdeckt und nicht behandelt wurde. Zu Atemhilfe/Beatmung zählen alle Formen invasiver (über Intratrachealtubus) Beatmung und alle Formen nichtinvasiver Atemhilfe und Beatmung, wie Beutelbeatmung, Perivent, nasaler / pharyngealer CPAP, nasale / pharyngeale NIV, nasale / pharyngeale HFO, HFNC etc.
wenn Feld 55 IN (1;2)		
56	Ort und Zeitpunkt des Auftretens eines Pneumothorax	1 = während Behandlung in der Neonatologie des eigenen Standortes aufgetreten 2 = bei Aufnahme aus dem Kreißsaal/der Geburtshilfe nach Erstversorgung durch ein Team des eigenen Standortes 3 = bei Verlegung aus der Neonatologie/Kinderklinik eines anderen Standortes schon bestehend Wenn während des aktuellen Aufenthaltes mehrere Pneumothoraces auftraten, sollen die Modalitäten des ersten Pneumothorax dokumentiert werden.
57	Behandlung des Pneumothorax	0 = nein, keine Punktion oder Drainage 1 = ja, Einmalpunktion 2 = ja, mehrere Punktionen oder Pleuradrainage
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)		

58	moderate oder schwere bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	0 = weder moderate noch schwere BPD 2 = moderate BPD 3 = schwere BPD	Seit 2023 ist eine BPD immer zu dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand. Bei einem Gestationsalter < 32+0 Wochen bei Geburt wird die BPD mit einem postmenstruellen Alter von 36+0 Wochen bestimmt. Bei einem Gestationsalter ≥ 32+0 Wochen bei Geburt wird anstelle der Grenze von 36+0 Wochen ein postnatales Alter von 8 Wochen (56 Lebenstage) verwendet. Bei Entlassung vor den beiden oben aufgeführten Bestimmungszeitpunkten einer BPD gilt der Status bei endgültiger Entlassung aus der stationären Behandlung. Im Auswertungsmodul Neonatologie werden die folgenden Definitionen einer moderaten und schweren BPD zugrunde gelegt: <ul style="list-style-type: none"> Eine moderate BPD liegt vor, wenn das Kind mit 36+0 Wochen zusätzlichen Sauerstoff < 30 % über eine Nasenbrille mit Flow < 3 l/min, aber keine Atemunterstützung benötigt. Eine schwere BPD liegt vor, wenn das Kind mit 36+0 Wochen zusätzlichen Sauerstoff ≥ 30 % und/oder irgendeine Form der Atemunterstützung (Beatmung/CPAP/HFNC) benötigt. Es soll jeweils eine Sauerstoffzufuhr bzw. Atemunterstützung von mehr als 30 min/d berücksichtigt werden. Eine Sauerstoffzufuhr bzw. Atemunterstützung für interkurrente Erkrankungen oder Operationen soll nicht berücksichtigt werden. Im Zweifelsfall kann ein Raumlufftest nach Walsh (Walsh et al. 2004) durchgeführt werden. Referenz: Walsh, MC; Yao, Q; Gettner, P; Hale, E; Collins, M; Hensman, A; et al. (2004): Impact of a physiologic definition on bronchopulmonary dysplasia rates. Pediatrics 114(5): 1305-11. DOI: 10.1542/peds.2004-0204.
wenn Feld 58 IN (2;3)			
59	Status bei Aufnahme	1 = BPD ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = BPD lag bereits bei Aufnahme vor	-
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)			
60	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	0 = nein 1 = ja, ohne therapeutische Hypothermie 2 = ja, mit therapeutischer Hypothermie	Für die Diagnose einer perinatalen Hypoxie/Ischämie müssen sowohl Anzeichen von fetalem Stress als auch mindestens einer der folgenden Parameter vorliegen: pH-Wert unter 7,0 oder Basendefizit kleiner -16,0 mmol/l, jeweils gemessen aus Nabelarterie oder kindlichem Blut innerhalb der ersten 60 Lebensminuten, oder 5-Minuten-Appar unter 6. Literatur: Al Naqeeb, N; Edwards, AD; Cowan, FM; Azzopardi, D (1999): Assessment of Neonatal Encephalopathy by Amplitude-integrated Electroencephalography. Pediatrics 103: 1263 - 1271. Shankaran, S; Lupton, AR; Ehrenkranz, RA; Tyson, JE; McDonald, SA; Donovan, EF; et al. (2005): Whole-body hypothermia for neonates with hypoxic-ischemic encephalopathy. N Engl J Med 353(15): 1574-84. DOI: 10.1056/NEJMcps050929.
wenn Feld 60 IN (1;2)			
61	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)	0 = nein 1 = ja	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. Eine HIE ist für Kinder reifer als 36+0 SSW zu erfassen.
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)			
62	Sepsis	0 = nein 1 = ja	Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.: <ul style="list-style-type: none"> Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderem Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in aktuellem Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. In der Definition nach dem Surveillance-Protokoll NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes) werden 3 verschiedene primäre Sepsisformen unterschieden (die sekundäre Streuung von Erregern im Blut, die von einer Infektion an anderer Stelle ausgeht und als sekundäre Sepsis bezeichnet wird, zählt nicht hierzu). Für die 3 Formen der primären Sepsis existieren jeweils spezifische Definitionen entsprechend des nachgewiesenen Erregers bzw. des fehlenden Erregernachweises. Unterschieden werden <ul style="list-style-type: none"> Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS) Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigen Erreger Klinische Sepsis (ohne Erregernachweis) ALLE folgenden Kriterien: 1. Betreuender Arzt beginnt geeignete antimikrobielle Therapie für Sepsis für mindestens 5 Tage 2. KEIN Erregernachweis* in der Blutkultur oder nicht getestet 3. KEINE offensichtliche Infektion an anderer Stelle UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache) <ul style="list-style-type: none"> Fieber (>38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (<36,5 °C) unerklärte metabolische Azidose (BE < -10 mval/l) Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (<80/min) neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) Rekapillarierungszeit >2s (RKZ) anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie

			<ul style="list-style-type: none"> • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) <p>Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muß die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Erregernachweis (aber kein KNS*) Erreger aus Blut oder Liquor isoliert, der kein KNS* ist (Erreger darf mit Infektion an anderer Stelle nicht verwandt sein) UND zwei der folgenden Kriterien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fieber (>38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (<36.5 °C) • Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (<80/min) • Rekapillarierungszeit (RKZ) >2s • unerklärte metabolische Azidose (BE < -10 mval/l) • neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), laborchemische Zeichen (CRP, Interleukin**), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) <p>Hinweise für Sepsis Definitionen * Koagulase negative Staphylokokken **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>Mikrobiologisch bestätigte Sepsis mit Koagulase negativen Staphylokokken (KNS) als alleinigem Erreger KNS als einziger Erreger aus Blut isoliert UND EINER der folgenden Laborparameter (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRP >2,0mg/dl oder Interleukin** • Thrombozyten < 100/nl • I/T-Ratio >0,2 (unreife Granulozyten / gesamt Granulozyten) • Leukozyten < 5/nl (ohne Erythroblasten) <p>UND zwei der folgenden Kriterien (ohne andere erkennbare Ursache)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fieber (>38 °C) oder Temperaturinstabilität (häufiges Nachstellen des Inkubators) oder Hypothermie (<36.5 °C) • Tachykardie (> 200/min) oder neu/vermehrte Bradykardien (<80/min) • unerklärte metabolische Azidose (BE 10 mval/l) • neu aufgetretene Hyperglykämie (>140mg/dl) • anderes Sepsiszeichen: Hautkolorit (nur wenn Rekapillarierungszeit nicht verwendet), erhöhter Sauerstoffbedarf (Intubation), instabiler AZ, Apathie • Rekapillarierungszeit >2s • neu oder vermehrte Apnoe(en) (>20s) <p>Hinweise für Sepsis Definitionen *Ein einmaliger Nachweis von KNS in der Blutkultur muss die Diagnose der klinischen Sepsis noch nicht ausschließen. Eine klinische Sepsis kann auch diagnostiziert werden, wenn einmalig KNS in der Blutkultur gewachsen sind, dies als Kontamination der Blutkultur gewertet wird, die übrigen Kriterien der KNS Sepsis aber nicht erfüllt und die der klinischen Sepsis aber erfüllt sind. **Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8. NRZ 2016 Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.</p>
wenn Sepsis = ja			
63	Datum des Sepsis-Beginns	Format: TT.MM.JJJJ	Hier ist das Datum der ersten Sepsis im aktuellen Aufenthalt anzugeben.
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)			
64	Pneumonie	0 = nein 1 = ja	<p>Diese Diagnose soll nur dokumentiert werden, wenn diese Diagnose in dem aktuellen stationären Aufenthalt in Ihrer Abteilung/Klinik erstmalig aufgetreten ist, d.h.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenn Sie erstaufnehmende Klinik sind, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Verlegung aus einem anderen Krankenhaus (oder Abteilung) aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten in Ihrer Klinik/Abteilung dokumentieren. • Wenn Sie das Kind als Rückverlegung wieder aufnehmen, bitte Diagnose nur bei erstmaligem Auftreten im aktuellen Aufenthalt nach Rückverlegung dokumentieren. <p>Es gilt die Pneumonie-Definition des Surveillance-Protokolls NEO-KISS des NRZ (Nationales Referenzzentrum für Surveillance von nosokomialen Infektionen des Robert Koch Institutes):</p> <p>Für die Diagnose einer Pneumonie wird ein radiologischer Befund in Kombination mit einer Verschlechterung der Oxygenierung und zusätzlich vier weitere klinische/laborchemische Zeichen gefordert:</p> <p>EINEN radiologischen Befund</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neues oder progressives Infiltrat • Verschattung • Flüssigkeit im Interlobär- oder Pleuraspalt <p>UND Verschlechterung des Gasaustausches, Sättigungsabfall UND VIER der folgenden Kriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> • neu auftretende bzw. vermehrte Bradykardie (< 80/min) oder neu/vermehrte Tachykardie (> 200/min)

			<ul style="list-style-type: none"> • neu/vermehrte Tachypnoe (> 60/min) oder neu/vermehrte Apnoe (> 20 s) • eitriges Trachealsekret • Keim aus Trachealsekret • neu/vermehrte Dyspnoe (Einziehungen, Nasenflügeln, Stöhnen) • Temperaturinstabilität/Fieber/Hypothermie • Vermehrte respiratorische Sekretion (vermehrtes Absaugen) • CRP > 2.0 mg/dl oder Interleukin* • I/T-Ratio > 0.2 <p>Hinweise für Pneumonie-Definition:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verschlechterung des Gasaustausches <ul style="list-style-type: none"> ◦ Anstieg FiO₂-Bedarf > 10 % innerhalb von 24 h oder ◦ Beginn einer mechanischen Ventilation • Eitriges Trachealsekret <ul style="list-style-type: none"> ◦ Sekret aus tiefen Atemwegen mit ≥ 25 neutrophile Granulozyten und ≤ 10 Epithelzellen pro Gesichtsfeld (x100) <p>*Interleukin kann als Parameter gewertet werden, wenn die laboreigenen Angaben eines pathologischen Wertes erfüllt sind, gewertet werden Interleukin 6 und/oder 8.</p> <p>NRZ 2016</p> <p>Hinweis: Pneumonien sind unabhängig von einer wie in der Neo-KISS-Erfassung definierten Gewichtsgrenze von 1800 g zu dokumentieren.</p>								
wenn Pneumonie = ja											
65	Datum des Pneumonie -Beginns	Format: TT.MM.JJJJ	Hier ist das Datum der ersten Pneumonie im aktuellen Aufenthalt anzugeben.								
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)											
66	nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III)	0 = nein 1 = ja	<p>Bitte dokumentieren Sie "ja", wenn eine NEK ab einem Stadium II (Klassifikation adaptiert nach Bell et al. (1978), Walsh & Kliegman (1986) und Lin & Stoll (2006)) vorliegt. Bei Vorliegen einer NEK mit einem Stadium von maximal I ist hier "nein" zu dokumentieren.</p> <p>Modifizierte Bell-Klassifikation der NEK:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NEK-Stadium</th> <th>Zeichen</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I (Verdacht)</td> <td>Unspezifische Klinik, blutige Stühle</td> </tr> <tr> <td>II (Definitiv)</td> <td>Darmwandödem / -erythem, Druckschmerz, Pneumatosis intestinalis, portalvenöses Gas, Ileus, metabolische Azidose, Thrombozytopenie</td> </tr> <tr> <td>III (Fortgeschritten)</td> <td>Peritonitis / Sepsis, Perforation, Schock, DIC</td> </tr> </tbody> </table> <p>Seit 2015 ist eine Nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III) immer zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p> <p>Literatur: Bell MJ, Ternberg JL, Feigin RD, Keating JP, Marshall R, Barton L, Brotherton T. Neonatal necrotizing enterocolitis. Therapeutic decisions based upon clinical staging. Ann Surg 1978; 187 (1): 1-7</p> <p>Walsh MC, Kliegman RM. Necrotizing enterocolitis: Treatment based on staging criteria. Pediatric Clinics of North America 1986; 33 (1):179-201</p> <p>Lin PW, Stoll BJ. Necrotizing enterocolitis. The Lancet 2006; 368 (9543): 1271-83</p>	NEK-Stadium	Zeichen	I (Verdacht)	Unspezifische Klinik, blutige Stühle	II (Definitiv)	Darmwandödem / -erythem, Druckschmerz, Pneumatosis intestinalis, portalvenöses Gas, Ileus, metabolische Azidose, Thrombozytopenie	III (Fortgeschritten)	Peritonitis / Sepsis, Perforation, Schock, DIC
NEK-Stadium	Zeichen										
I (Verdacht)	Unspezifische Klinik, blutige Stühle										
II (Definitiv)	Darmwandödem / -erythem, Druckschmerz, Pneumatosis intestinalis, portalvenöses Gas, Ileus, metabolische Azidose, Thrombozytopenie										
III (Fortgeschritten)	Peritonitis / Sepsis, Perforation, Schock, DIC										
wenn Feld 66 = 1											
67	Status bei Aufnahme	1 = NEK ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = NEK lag bereits bei Aufnahme vor	-								
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)											
68	fokale intestinale Perforation (FIP) / singuläre intestinale Perforation (SIP)	0 = nein 1 = ja	Hier ist eine umschriebene fokale Perforation zu dokumentieren, wenn keine weiteren entzündlichen oder nekrotischen Veränderungen an anderer Stelle des Darms (im Sinne einer NEK) vorliegen.								
wenn Feld 68 = 1											
69	Status bei Aufnahme	1 = FIP/SIP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = FIP/SIP lag bereits bei Aufnahme vor	-								
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)											
70	Neugeborenen-Hörscreening	0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt 2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	Wenn in Ihrem Krankenhaus während des aktuellen stationären Aufenthaltes ein Hörtest durchgeführt wurde im Sinne des Neugeborenen-Hörscreenings, dokumentieren Sie bitte „ja“, im aktuellen Aufenthalt“. Wurde in einem vorherigen Aufenthalt ein Hörtest im Sinne des Neugeborenen-Hörscreenings durchgeführt, dokumentieren Sie bitte „ja, in einem vorherigen Aufenthalt“. Sofern im aktuellen als auch im vorherigen Aufenthalt ein Hörtest durchgeführt wurde, dokumentieren Sie bitte „ja, im aktuellen Aufenthalt“.								
Operation(en) und Prozeduren											
71	OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie)	0 = nein 1 = ja, Lasertherapie oder Kryotherapie 2 = ja, intravitreale Anti-VEGF-Therapie 3 = ja, sonstige	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine ROP-OP oder Therapie während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.								
72	OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis)	0 = nein, keine invasive Intervention 1 = ja, Laparotomie 2 = ja, Drainage/Lavage 3 = ja, Drainage/Lavage und Laparotomie	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine OP oder sonstige invasive Therapie einer NEK während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.								

73	OP oder sonstige invasive Therapie einer fokalen intestinalen Perforation (FIP) / singulären intestinalen Perforation (SIP)	0 = nein, keine invasive Intervention 1 = ja, Laparotomie 2 = ja, Drainage/Lavage 3 = ja, Drainage/Lavage und Laparotomie	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine OP oder sonstige invasive Therapie einer FIP/SIP während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
74	OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus	0 = nein 1 = ja	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine OP eines posthämorrhagischen Hydrozephalus während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.

Entlassung / Verlegung

75	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
76	Entlassungsuhrzeit/Todeszeitpunkt	Format: hh:mm	-
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)			
77	Körpergewicht bei Entlassung	Angabe in: g Gültige Angabe: 100 - 9999 g Angabe ohne Warnung: >= 500 g	-
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN(0;LEER)			
78.1	Kopfumfang bei Entlassung	Angabe in: cm Gültige Angabe: 10 - 70 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 50 cm	-
78.2	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt	1 = ja	-
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER)			
79	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf	0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie an, ob das Kind mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf entlassen oder verlegt wurde.
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 81.1 IN Entlassungsgründe außer Tod			
80	Ernährung des Kindes bei Entlassung nach Hause / bei Verlegung	1 = ausschließlich mit Frauenmilch ernährt 2 = 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. Der Begriff „Frauenmilch“ schließt die Milch anderer Mütter mit ein.
81.1	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2 § 301-Vereinbarung: http://www.dkgev.de	Hinweis: der Begriff 'Rückverlegung' umfasst 1. eine Rückverlegung eines Kindes aus dem Krankenhaus, in das man es nach längerem Aufenthalt im eigenen Haus für wenige Tage zu einer Operation verlegt hatte. 2. eine Rückverlegung eines Kindes aus dem Krankenhaus, in das man es unmittelbar nach der Geburt zur anfänglichen intensiven Versorgungsphase verlegt hatte.
81.2	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.
wenn Feld 17 >= 22 und wenn Feld 27 IN (0;LEER) und wenn Feld 81.1 IN ('06';'08')			
82	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	1 = ja	-
wenn Entlassungsgrund = Tod			
83	Todesursache	-	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
84	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	-	Es sollen die Entlassungsdiagnosen (Haupt- oder Nebendiagnosen) bzw. die Quartalsdiagnosen angegeben werden. Die Kodierung geschieht nach dem am Aufnahmetag (stationär) bzw. Behandlungstag (ambulant) gültigen ICD-10-GM-Katalog.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1 "Länderkürzel (Bundesländer)"	BA = Bayern BB = Brandenburg BE = Berlin BW = Baden-Württemberg HB = Bremen HE = Hessen HH = Hamburg MV = Mecklenburg-Vorpommern NI = Niedersachsen NW = Nordrhein-Westfalen RP = Rheinland-Pfalz SH = Schleswig-Holstein SL = Saarland SN = Sachsen ST = Sachsen-Anhalt TH = Thüringen
Schlüssel 2 "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