



Ausfuellhinweise Neonatalogie (NEO)

Stand: 30. September 2015 (QS-Spezifikation 2016 V03)
Copyright © AQUA-Institut, Göttingen

Bei Kindern, die innerhalb 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, PVL, ROP, Pneumothorax und NEC. Für Kinder mit einem Gestationsalter von <22+0 Wochen, soll ebenfalls ein Minimaldatensatz angelegt werden.			
Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfuellhinweis
Teildatensatz Basis (B)			
Basisdokumentation			
1	Institutionskennzeichen	-	Gemäß § 293 SGB V wird bei der Datenübermittlung zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Leistungserbringern ein Institutionskennzeichen (IK) als eindeutige Identifizierung verwendet. Mit diesem IK sind auch die für die Vergütung der Leistungen maßgeblichen Kontoverbindungen verknüpft. Die IK werden durch die "Sammel- und Vergabestelle Institutionskennzeichen (SVI)" der Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen in Sankt Augustin (SVI, Alte Heerstraße 111, 53757 Sankt Augustin) vergeben und gepflegt. Hier ist das bei der Registrierung für die Qualitätssicherung angegebene IK zu verwenden. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
2	entlassender Standort	-	geändert Bei einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der entlassende Standort mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. In Bezug auf den Standort hat an dieser Stelle die gleiche inhaltliche Angabe wie bei der Datenlieferung nach § 21 KHentg zu erfolgen. Dabei muss es sich um die Standortnummer handeln, die auch für die Identifikation bei der Annahmestelle sowie spätestens ab dem Berichtsjahr 2015 bei den mit der Durchführung der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung beauftragten Stellen verwendet wird. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS-Software vorbelegt werden.
3	Betriebsstätten-Nummer	Gültige Angabe: ≥ 1	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.
4	Fachabteilung	siehe Schlüssel 1	-
5	Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses	1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = eigenständige Kinderklinik 5 = sonstiges	geändert Die Einteilung der Versorgungsstufe erfolgt gemäß der Einstufung aus den Budgetverhandlungen in Anlehnung an die QFR-RL. Achtung: Dieses Datenfeld darf von der QS- Software vorbelegt werden.
6	Identifikationsnummer des Kindes	-	geändert Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
7	Geschlecht	1 = männlich 2 = weiblich 8 = nicht bestimmbar	-
Angaben zur Geburt			
8	Mehrlingsgeburt	0 = nein 1 = ja	geändert Intrauterin absorbierte Feten, die nicht geboren wurden, gelten nicht als Mehrlingsgeburt werden nicht mitgezählt. Bei zweizeitigen Geburten sind die Kinder aller Geburtszeiten zu addieren.
wenn Mehrlingsgeburt			
9	Anzahl Mehrlinge	Gültige Angabe: 2 - 7 Angabe ohne Warnung: 2 - 3	geändert Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, bitte Angabe der Mehrlingsanzahl incl. Totgeburt (en).
10	laufende Nummer des Mehrlings	Gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, bitte Angabe der laufenden Nummer des Mehrlings.

		Warnung: ≤ 3	
11	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. In einem möglichst frühen Schwangerschaftsalter von 8 bis unter 12 Wochen (Mutterschaftsrichtlinien: 9. bis 12. Woche) soll anhand der Maße 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).
12	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen)	Angabe in: Wochen Gültige Angabe: 22 - 49 Wochen Angabe ohne Warnung: ≤ 44 Wochen	Postnatal festgelegtes, aus allen verfügbaren Daten erhobenes Gestationsalter (volle Wochen). Für Kinder unter 22 +0 SSW ist ein Minimaldatensatz anzulegen.
13	endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage)	Gültige Angabe: 0 - 6	Möglich sind Werte von 0 bis 6 Tage.
14	Geburtsdatum des Kindes	Format: TT.MM.JJJJ	-
15	Uhrzeit der Geburt	Format: hh:mm	Geben Sie hier bitte die Uhrzeit (Stunde, Minute) der Geburt des Kindes 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.
16	Gewicht des Kindes bei Geburt	Angabe in: g Gültige Angabe: 1 - 9.999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 4.499 g	-
17	Wo wurde das Kind geboren?	1 = in Geburtsklinik 2 = in außerklinischer Geburtseinrichtung 3 = zu Hause 9 = sonstiges, z. B. während Transport	-
wenn Geburtsort = Geburtsklinik			
18	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.
19	Level der Geburtsklinik	1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = eigenständige Geburtsklinik 6 = unbekannt	-
wenn Kind verstorben und Gestationsalter ab 22+0 Wochen			
20	primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen	0 = nein 1 = ja	Gemeint ist, dass entsprechend der Empfehlung der Fachgesellschaften (DGGG, DGKJ, DGPM, GNPI 2007) "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 20 = 1			
21	Grund für palliative Versorgung	-	Bei Vorhandensein von mehr als 3 Gründen für eine palliative Versorgung, sind die drei schwerwiegendsten in absteigender Reihenfolge zu dokumentieren.
Aufnahme			
22	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. Bei Geburt im aktuellen Krankenhaus ist das Aufnahmedatum das Geburtsdatum.
23	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. Bei Geburt im aktuellen Krankenhaus ist die Aufnahmezeit der Geburtszeitpunkt.
24	Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung	Format: TT.MM.JJJJ	geändert 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.
25	Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung)	Format: hh:mm	geändert 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.
26	Aufnahme ins Krankenhaus von	1 = externer	geändert

		Geburtsklinik 2 = externer Kinderklinik 3 = externer Klinik als Rückverlegung 4 = außerklinischer Geburtseinrichtung 5 = zu Hause 6 = Geburt in eigener Geburtsklinik	Dieses Feld muss i.d.R. nur dokumentiert werden, wenn das Kind nicht im aktuellen Krankenhaus geboren wurde (wenn Aufnahmezeit nicht Geburtszeitpunkt ist). Dieses Feld wird nicht bei einer internen Verlegung innerhalb desselben Krankenhauses (z.B. von der Abteilung Geburtshilfe in die Abteilung Neonatologie) dokumentiert. In seltenen Fällen kann es vorkommen, dass auch bei einem Inborn eine Neuaufnahme in der pädiatrischen Abteilung der gleichen Klinik vorliegt. Dies kann über "6 = Geburt in eigener Geburtsklinik" kodiert werden. 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. 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			
27	Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus	1 = ja	-
Wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <> 1			
28	Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses	-	-
Wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <> 1			
29	entlassender Standort des externen Krankenhauses	-	-
30	Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses	Gültige Angabe: ≥ 1	Die Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses soll dokumentiert werden, falls diese dem dokumentierenden Krankenhaus bekannt ist.
31	Fachabteilung des externen Krankenhauses	siehe Schlüssel 1	-
32	Gewicht bei Aufnahme	Angabe in: g Gültige Angabe: 0 - 9.999 g Angabe ohne Warnung: 300 - 5.000 g	-
33	Kopfumfang bei Aufnahme	Angabe in: cm Gültige Angabe: 10,0 - 70,0 cm Angabe ohne Warnung: 20,0 - 49,0 cm	-
34	Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt	1 = ja	-
35	Körpertemperatur bei Aufnahme	Angabe in: °C Gültige Angabe: ≥ 0,0 °C Angabe ohne Warnung: 32,0 - 41,0 °C	Es ist der erste Wert einzutragen, der innerhalb einer Stunde nach Aufnahme auf der versorgenden Station gemessen wurde.
36	Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt	1 = ja	-
Diagnostik/Therapie			
37	Fehlbildungen	0 = keine 1 = leichte 3 = schwere 4 = letale	<u>Fehlbildungsliste:</u> 1: leichte Fehlbildungen, nicht akut lebensbedrohlich: - Albinismus - Alkoholsyndrom, fetales - Alpha-1-Antitrypsinmangel - Androgeninsensibilität - Aortenisthmusstenose, leichte Formen - Augenanomalien - Bartter-Syndrom - Buphthalmos - CHARGE-Assoziation - Dysplastische Zeichen (allgemein) - Ehlers-Danlos-Syndrom - Einzelniere - Fußfehlstellungen - Gastroschisis - Glukose-6-Phosphat Dehydrogenasemangel - Goldenhar-Syndrom - Handfehlbildungen - Hepatomegalie - Hypospadie - Kind einer diabetischen Mutter - Lähmungen (Erb), geburtstraumatisch - Laryngomalazie - Leistenhernie - Lippen-Kiefer-Gaumenspalte - Low-T4-Syndrom - Marden-Walter-Syndrom - Megaloenzephalie - Mikrozephalie - Mikrognathie - Naevi, erhabene kapilläre - Niere, multizystische - Omphalozele - Osteogenesis imperfecta - Phokometien

			<ul style="list-style-type: none"> - Pierre-Robin-Sequenz - Pulmonalstenose - Pylorusstenose - Skoliose - Thrombozytopathien - Thyreotoxikose - Trisomie 21 - Tumor, abdominal - Turner-Syndrom - VATER-Assoziation - Ventrikelseptumdefekt - Vorhofseptumdefekt - Zwillinge, siamesische <p>3: schwere Fehlbildungen/ andere Risikofaktoren, akut lebensbedrohlich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aortenisthmusstenose - Dünndarmatresie - Fallotsche Tetralogie - Harnstoffzyklus, Defekte im - Hydrops fetalis - Hypoplastisches Linksherz - Kardiomegalie - Listeriose, angeborene - Lungenhypoplasie - Nierendegeneration, polyzystische - Prune-Belly-Syndrom - TGA - Zwerchfellhernie <p>4: Letale Fehlbildungen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anenzephalie - Nierenagenesie, bilateral - Potter-Sequenz - Trisomie 13 (Patau-Syndrom) - Trisomie 18 (Edwards-Syndrom)
wenn Feld 37 IN (1;3;4)			
38	Art der Fehlbildung	-	Bei Vorhandensein von mehr als 3 Fehlbildungen, sind die drei schwerwiegendsten in absteigender Reihenfolge zu dokumentieren.
wenn Geburtsgewicht < 1500 g und keine letalen Fehlbildungen			
39	größtes Basendefizit	Angabe in: mmol/l Gültige Angabe: ≥ 0 mmol/l	Bitte tragen Sie hier das größte auf ganze Zahlen auf/abgerundete Basendefizit, in den ersten 12 Lebensstunden gemessen, ohne Minuszeichen ein. Falls nur Basenüberschüsse gemessen wurden, tragen Sie bitte 98 ein.
40	Max. FiO2	Gültige Angabe: ≤ 1,00	Gefragt sind die FiO2, die für mindestens 15 Minuten in den ersten 12 Lebensstunden gemessen, angewendet wurden.
41	Min. FiO2	Gültige Angabe: ≤ 1,00	Gefragt sind die FiO2, die für mindestens 15 Minuten in den ersten 12 Lebensstunden gemessen, angewendet wurden.
42	Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden	0 = nein 1 = ja	Bildgebung des Schädels, die mit anderen Techniken als dem Sonogramm durchgeführt wurde (z.B. MRT, CT) soll hier nicht dokumentiert werden.
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja			
43	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>Befunde, die nicht im Sonogramm, sondern nur mit anderen Techniken (z.B. MRT, CT) gesehen wurden, sollen hier nicht dokumentiert werden.</p> <p>Bitte dokumentieren Sie die maximale Ausprägung der Hämorrhagie. Einteilung der Blutungen in vier Schweregrade nach Papile (1978) modifiziert:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● IVH Grad I: subependymale Blutung ● IVH Grad II: Ventrikeleinbruchsblutung unter 50% des Ventrikelvolumens, ● IVH Grad III: Ventrikeleinbruchsblutung ab 50% des Ventrikelvolumens, ● Parenchymatöse Hämorrhagie (PVH) <p>Seit 2015 ist eine intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie immer zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p> <p>Literatur: Papile L-U, et al. Incidence and evolution of subependymal and intraventricular hemorrhage: A study of infants with birth weights less than 1.500 gm. J Ped 1978, 92(4): 529-34</p>
wenn Feld 43 IN (1;2;3;4)			
44	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			
45	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 zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand.</p>

wenn Feld 45 = 1			
46	Status bei Aufnahme	1 = PVL ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = PVL lag bereits bei Aufnahme vor	-
47	ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden	0 = nein 1 = ja	Kriterien zur Auswahl Frühgeborener zum ROP (Retinopathy of prematurity)-Screening: Die Untersuchung der Netzhaut ist obligat a. bei allen Frühgeborenen mit einem Gestationsalter unter 32 Wochen (bei nicht sicher bekanntem Gestationsalter <= 1500 g Geburtsgewicht) weil bei ihnen ein erhöhtes Risiko für eine ROP besteht. b. bei Frühgeborenen zwischen 32 und 36 Wochen Gestationsalter, wenn postnatal mehr als 3 Tage Sauerstoff gegeben wurde (Leitlinie 024/010 GNPI 2007).
wenn ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden =ja			
48	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 48 > 0			
49	ROP-Status bei Aufnahme	1 = ROP ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = ROP lag bereits bei Aufnahme vor	-
50	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			
51	Beginn	Format: TT.MM.JJJJ	-
52	endgültige Beendigung	Format: TT.MM.JJJJ	Wenn das Kind mit Sauerstoffbedarf entlassen wird, tragen Sie bitte hier das Entlassungsdatum ein.
53	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			
54	Beginn	Format: TT.MM.JJJJ	-
wenn nur intratracheale Beatmung oder nasale/pharyngeale und intratracheale Beatmung durchgeführt			
55	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			
56	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.
57	Pneumothorax	0 = nein 1 = ja, unter Spontanatmung aufgetreten 2 = ja, unter nasaler / pharyngealer Beatmung aufgetreten 3 = ja, unter intratrachealer Beatmung aufgetreten	Wenn während des aktuellen stationären Aufenthaltes mehrere Pneumothoraces aufgetreten sind, soll hier dokumentiert werden, unter welcher (Be-)Atmungssituation der erste Pneumothorax aufgetreten ist. Ein erster Pneumothorax unter nasalem oder pharyngealem CPAP wird mit der Antwortmöglichkeit "ja, unter nasaler pharyngealer Beatmung aufgetreten" dokumentiert. Seit 2015 ist ein Pneumothorax immer zur dokumentieren, auch wenn die Erkrankung bereits bei Aufnahme bestand. Hinweis: Eine Rest-Luftansammlung nach Thorakotomie soll hier nicht als „Pneumothorax“ dokumentiert werden!
wenn Feld 57 IN (1;2;3)			
58	Status bei Aufnahme	1 = Pneumothorax ist während des stationären	-

		Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = Pneumothorax lag bereits bei Aufnahme vor	
59	Bronchopulmonale Dysplasie (BPD)	0 = keine oder milde BPD 1 = ja, moderate BPD 2 = ja, schwere BPD	<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 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. <p>Für die geplante Einführung einer bundesweit einheitlichen Neonatalerhebung haben die Neonatologen im Arbeitskreis der Neonatalerhebungen der Bundesländer festgelegt, dass für alle Frühgeborenen < 32 SSW, die im Alter von 36 postmenstruellen Wochen zusätzlichen Sauerstoffbedarf haben, um eine SpO₂>=90% zu halten, die Diagnose BPD angegeben werden soll ("Evidenz"grad V). Die milde Form der BPD (FiO₂ >= 22% für wenigstens 28 Tage aber kein Sauerstoffbedarf mit 36 SSW wird nicht separat erhoben). Zur Diagnostik soll hierbei der Belastungstest ("Raumlufttest") nach Walsh (15) dienen. Gemäß den NIH-Kriterien soll zwischen einer moderaten (FiO₂ = 22-29%) und einer schweren (FiO₂ >= 30% und/oder Beatmung/CPAP) Form unterschieden werden. Wird ein Kind vor 36 SSW pm nach Hause entlassen gilt der Status bei Entlassung. Für Frühgeborene >= 32 SSW wird anstelle der Grenze von 36 SSW pm ein postnatales Alter von 8 Wochen verwandt.</p>
60	perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie)	0 = nein 1 = ja, ohne therapeutische Hypothermie 2 = ja, mit therapeutischer Hypothermie	<p>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-Apgar unter 6. (Literatur: Al Nageeb N, Edwards AD, Cowan FM, Azzopardi D. Assessment of neonatal encephalopathy by amplitude-integrated electroencephalography. Pediatrics 1999 Jun; 103(6): 1263-71. Seetha Shakaran S et al. Whole-Body Hypoemia for Neonates with Hypoxic-Ischemic Encephalopathy. N Engl J Med 2005; 353:1574-84.)</p>
wenn Feld 60 IN (1;2)			
61	HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie)	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 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. <p>Eine HIE ist für Kinder reifer als 36 SSW zu erfassen.</p>
62	Sepsis/SIRS	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 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. <p>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</p> <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 <p>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)</p> <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),

			<p>instabiler AZ, Apathie</p> <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 2007 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/SIRS = ja			
63	Beginn der Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt	0 = nein 1 = ja	-
64	Beginn der Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	0 = nein 1 = ja	-
wenn Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt = ja			
65	Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt	1 = 1 2 = 2 3 = 3 4 = mehr als 3	Hinweis: Es sind alle bis zum Entlassungs-/Verlegungs-/Todesstag aufgetretenen Septitiden zu zählen, unabhängig von der bei Neo-KISS definierten Gewichtsgrenze von 1800g.
66	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</p>

			<p>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) • neu/vermehrte Tachypnoe (>60/min) oder neu/vermehrte Apnoe (> 20 s) • eitriges Trachealsekret • Keim aus Trachealsekret • neu/vermehrte Dyspnoe (Einziehungen, Nasenflügelkn, Stöhnen) • Temperaturinstabilität/Fieber/Hypothermie • Vermehrte respiratorische Sekretion (vermehrtes Absaugen) • CRP > 2.0 mg/dl oder Interleukin* • I/T-Ratio > 0.2 <p><u>Hinweise für Pneumonie Definition:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verschlechterung des Gasaustausches <ul style="list-style-type: none"> ○ Anstieg FiO₂-Bedarf >10% innerhalb von 24h 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 2007</p> <p>Hinweis: Pneumonien sind unabhängig von einer, wie in der Neo-KISS-Erfassung definierten Gewichtsgrenze von 1800g zu dokumentieren.</p>								
wenn Pneumonie = ja											
67	Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt	0 = nein 1 = ja	-								
68	Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt	0 = nein 1 = ja	-								
69	Antibiotikatherapie, systemisch	0 = nein 1 = ja	Gemeint ist jede systemisch wirksame Antibiotikatherapie, unabhängig vom Applikationsweg. Lokal wirksame Antibiotika (z.B. antibiotikahaltige Augentropfen) werden hier nicht dokumentiert.								
70	nekrotisierende Enterokolitis (NEC) (Stadium II oder III)	0 = nein 1 = ja	<p>Bitte dokumentieren Sie "ja", wenn eine NEC ab einem Stadium II (Klassifikation adaptiert nach Bell et al. (1978), Walsh & Kliegman (1986) und Lin & Stoll (2006)) vorliegt. Bei Vorliegen einer NEC mit einem Stadium von maximal I ist hier "nein" zu dokumentieren.</p> <p>Modifizierte Bell-Klassifikation der NEC:</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NEC-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 (NEC) (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 Walsh MC, Kliegman RM. Necrotizing enterocolitis: Treatment based on staging criteria. Pediatric Clinics of North America 1986; 33 (1):179-201 Lin PW, Stoll BJ. Necrotizing enterocolitis. The Lancet 2006; 368 (9543): 1271-83</p>	NEC-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
NEC-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 70 = 1											
71	Status bei Aufnahme	1 = NEC ist während des stationären Aufenthaltes erstmalig aufgetreten 2 = NEC lag bereits bei Aufnahme vor	-								
72	Neugeborenen-Hörscreening	0 = nein 1 = ja, im aktuellen Aufenthalt	geändert Wenn in Ihrem Krankenhaus während des aktuellen stationären Aufenthaltes ein Hörtest durchgeführt wurde im Sinne des Neugeborenen-Hörscreenings, dokumentieren Sie bitte „ja“, im								

		2 = ja, in einem vorherigen Aufenthalt	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			
73	Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes	0 = nein 1 = ja	-
wenn Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes = ja			
74	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.
75	OP einer NEC (nekrotisierende Enterokolitis)	0 = nein 1 = ja	Hier ist die Angabe "ja" zu dokumentieren, wenn (mindestens) eine NEC-OP während des aktuellen stationären Aufenthaltes durchgeführt wurde.
76	Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en)	-	Pro weiterer Operation während des aktuellen stationären Aufenthaltes bitte eine Haupt-Indikation dokumentieren.
Entlassung / Verlegung			
77	Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum	Format: TT.MM.JJJJ	-
78	Entlassungsurzeit/Todeszeitpunkt	Format: hh:mm	-
79	Körpergewicht bei Entlassung	Angabe in: g Gültige Angabe: 0 - 9.999 g Angabe ohne Warnung: ≥ 500 g	-
80	Kopfumfang bei Entlassung	Angabe in: cm Gültige Angabe: 10,0 - 70,0 cm Angabe ohne Warnung: ≥ 20,0 cm	-
81	Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt	1 = ja	-
82	Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf	0 = nein 1 = ja	Bitte geben Sie an, ob das Kind mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf entlassen oder verlegt wurde.
83	Entlassungsgrund	siehe Schlüssel 2	geändert Es gelten die Schlüssel gemäß Vereinbarung nach § 301 SGB V: 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- und teilstationärer Behandlung 25 Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013) 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 Entlassungsgrund = Verlegung in ein anderes Krankenhaus			
84	Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus	1 = ja	-
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1			
85	Institutionskennzeichen des Krankenhauses	-	geändert 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			
86	Standort des aufnehmenden Krankenhauses	-	-
wenn Entlassungsgrund = Tod			
87	Obduktion	0 = nein 1 = ja	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
88	Todesursache	-	Diese Angabe ist nur dann erforderlich, wenn die Angabe zum Entlassungsgrund mit "07 = Tod" beantwortet worden ist.
89	weitere (Entlassungs-)Diagnose(n)	-	geändert 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.
Es besteht die Möglichkeit bis zu 25 Diagnosen zu übermitteln.

Lange Schlüssel

Schlüssel 1	0100 = Innere Medizin
Fachabteilungen	0102 = Innere Medizin/Schwerpunkt Geriatrie
	0103 = Innere Medizin/Schwerpunkt Kardiologie
	0104 = Innere Medizin/Schwerpunkt Nephrologie
	0105 = Innere Medizin/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	0106 = Innere Medizin/Schwerpunkt Endokrinologie
	0107 = Innere Medizin/Schwerpunkt Gastroenterologie
	0108 = Innere Medizin/Schwerpunkt Pneumologie
	0109 = Innere Medizin/Schwerpunkt Rheumatologie
	0114 = Innere Medizin/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
	0150 = Innere Medizin/Tumorforschung
	0151 = Innere Medizin/Schwerpunkt Coloproktologie
	0152 = Innere Medizin/Schwerpunkt Infektionskrankheiten
	0153 = Innere Medizin/Schwerpunkt Diabetes
	0154 = Innere Medizin/Schwerpunkt Naturheilkunde
	0156 = Innere Medizin/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
	0190 = Innere Medizin
	0191 = Innere Medizin
	0192 = Innere Medizin
	0200 = Geriatrie
	0224 = Geriatrie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
	0260 = Geriatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0261 = Geriatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
	0290 = Geriatrie
	0291 = Geriatrie
	0292 = Geriatrie
	0300 = Kardiologie
	0390 = Kardiologie
	0391 = Kardiologie
	0392 = Kardiologie
	0400 = Nephrologie
	0410 = Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0436 = Nephrologie/Intensivmedizin
	0490 = Nephrologie
	0491 = Nephrologie
	0492 = Nephrologie
	0500 = Hämatologie und internistische Onkologie
	0510 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0524 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Frauenheilkunde
	0533 = Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
	0590 = Hämatologie und internistische Onkologie
	0591 = Hämatologie und internistische Onkologie
	0592 = Hämatologie und internistische Onkologie
	0600 = Endokrinologie
	0607 = Endokrinologie/Schwerpunkt Gastroenterologie
	0610 = Endokrinologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0690 = Endokrinologie
	0691 = Endokrinologie
	0692 = Endokrinologie
	0700 = Gastroenterologie
	0706 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Endokrinologie
	0710 = Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0790 = Gastroenterologie
	0791 = Gastroenterologie
	0792 = Gastroenterologie
	0800 = Pneumologie
	0890 = Pneumologie
	0891 = Pneumologie
	0892 = Pneumologie
	0900 = Rheumatologie
	0910 = Rheumatologie/Schwerpunkt Pädiatrie
	0990 = Rheumatologie
	0991 = Rheumatologie
	0992 = Rheumatologie
	1000 = Pädiatrie
	1004 = Pädiatrie/Schwerpunkt Nephrologie
	1005 = Pädiatrie/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
	1006 = Pädiatrie/Schwerpunkt Endokrinologie
	1007 = Pädiatrie/Schwerpunkt Gastroenterologie
	1009 = Pädiatrie/Schwerpunkt Rheumatologie
	1011 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderkardiologie
	1012 = Pädiatrie/Schwerpunkt Neonatologie
	1014 = Pädiatrie/Schwerpunkt Lungen- und Bronchialheilkunde
	1028 = Pädiatrie/Schwerpunkt Kinderneurologie
	1050 = Pädiatrie/Schwerpunkt Perinatalmedizin
	1051 = Langzeitbereich Kinder
	1090 = Pädiatrie
	1091 = Pädiatrie
	1092 = Pädiatrie
	1100 = Kinderkardiologie
	1136 = Kinderkardiologie/Schwerpunkt Intensivmedizin
	1190 = Kinderkardiologie
	1191 = Kinderkardiologie
	1192 = Kinderkardiologie
	1200 = Neonatologie

1290 = Neonatologie
 1291 = Neonatologie
 1292 = Neonatologie
 1300 = Kinderchirurgie
 1390 = Kinderchirurgie
 1391 = Kinderchirurgie
 1392 = Kinderchirurgie
 1400 = Lungen- und Bronchialheilkunde
 1410 = Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
 1490 = Lungen- und Bronchialheilkunde
 1491 = Lungen- und Bronchialheilkunde
 1492 = Lungen- und Bronchialheilkunde
 1500 = Allgemeine Chirurgie
 1513 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
 1516 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Unfallchirurgie
 1518 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
 1519 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Plastische Chirurgie
 1520 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
 1523 = Chirurgie/Schwerpunkt Orthopädie
 1536 = Allgemeine Chirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3, 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
 1550 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Abdominal- und Gefäßchirurgie
 1551 = Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Handchirurgie
 1590 = Allgemeine Chirurgie
 1591 = Allgemeine Chirurgie
 1592 = Allgemeine Chirurgie
 1600 = Unfallchirurgie
 1690 = Unfallchirurgie
 1691 = Unfallchirurgie
 1692 = Unfallchirurgie
 1700 = Neurochirurgie
 1790 = Neurochirurgie
 1791 = Neurochirurgie
 1792 = Neurochirurgie
 1800 = Gefäßchirurgie
 1890 = Gefäßchirurgie
 1891 = Gefäßchirurgie
 1892 = Gefäßchirurgie
 1900 = Plastische Chirurgie
 1990 = Plastische Chirurgie
 1991 = Plastische Chirurgie
 1992 = Plastische Chirurgie
 2000 = Thoraxchirurgie
 2021 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie
 2036 = Thoraxchirurgie/Intensivmedizin
 2050 = Thoraxchirurgie/Schwerpunkt Herzchirurgie Intensivmedizin
 2090 = Thoraxchirurgie
 2091 = Thoraxchirurgie
 2092 = Thoraxchirurgie
 2100 = Herzchirurgie
 2118 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Gefäßchirurgie
 2120 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie
 2136 = Herzchirurgie/Intensivmedizin (§ 13 Abs. 2 Satz 3 2. Halbsatz BpflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
 2150 = Herzchirurgie/Schwerpunkt Thoraxchirurgie Intensivmedizin
 2190 = Herzchirurgie
 2191 = Herzchirurgie
 2192 = Herzchirurgie
 2200 = Urologie
 2290 = Urologie
 2291 = Urologie
 2292 = Urologie
 2300 = Orthopädie
 2309 = Orthopädie/Schwerpunkt Rheumatologie
 2315 = Orthopädie/Schwerpunkt Chirurgie
 2316 = Orthopädie und Unfallchirurgie
 2390 = Orthopädie
 2391 = Orthopädie
 2392 = Orthopädie
 2400 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 2402 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Geriatrie
 2405 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
 2406 = Frauenheilkunde/Schwerpunkt Endokrinologie
 2425 = Frauenheilkunde
 2490 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 2491 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 2492 = Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 2500 = Geburtshilfe
 2590 = Geburtshilfe
 2591 = Geburtshilfe
 2592 = Geburtshilfe
 2600 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
 2690 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
 2691 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
 2692 = Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
 2700 = Augenheilkunde
 2790 = Augenheilkunde
 2791 = Augenheilkunde
 2792 = Augenheilkunde
 2800 = Neurologie
 2810 = Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
 2856 = Neurologie/Schwerpunkt Schlaganfallpatienten (Stroke units, Artikel 7 § 1 Abs. 3 GKV-SolG)
 2890 = Neurologie
 2891 = Neurologie
 2892 = Neurologie

- 2900 = Allgemeine Psychiatrie
 2928 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Neurologie
 2930 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychiatrie
 2931 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Psychosomatik/Psychotherapie
 2950 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung
 2951 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie
 2952 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Forensische Behandlung
 2953 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Tagesklinik
 2954 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Suchtbehandlung, Nachtklinik
 2955 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Tagesklinik
 2956 = Allgemeine Psychiatrie/Schwerpunkt Gerontopsychiatrie, Nachtklinik
 2960 = Allgemeine Psychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 2961 = Allgemeine Psychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 2990 = Allgemeine Psychiatrie
 2991 = Allgemeine Psychiatrie
 2992 = Allgemeine Psychiatrie
 3000 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
 3060 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 3061 = Kinder- und Jugendpsychiatrie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 3090 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
 3091 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
 3092 = Kinder- und Jugendpsychiatrie
 3100 = Psychosomatik/Psychotherapie
 3110 = Psychosomatik/Psychotherapie/Schwerpunkt Kinder- und Jugendpsychosomatik
 3160 = Psychosomatik/Psychotherapie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 3161 = Psychosomatik/Psychotherapie/Nachtklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 3190 = Psychosomatik/Psychotherapie
 3191 = Psychosomatik/Psychotherapie
 3192 = Psychosomatik/Psychotherapie
 3200 = Nuklearmedizin
 3233 = Nuklearmedizin/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
 3290 = Nuklearmedizin
 3291 = Nuklearmedizin
 3292 = Nuklearmedizin
 3300 = Strahlenheilkunde
 3305 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Hämatologie und internistische Onkologie
 3350 = Strahlenheilkunde/Schwerpunkt Radiologie
 3390 = Strahlenheilkunde
 3391 = Strahlenheilkunde
 3392 = Strahlenheilkunde
 3400 = Dermatologie
 3460 = Dermatologie/Tagesklinik (für teilstationäre Pflegesätze)
 3490 = Dermatologie
 3491 = Dermatologie
 3492 = Dermatologie
 3500 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 3590 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 3591 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 3592 = Zahn- und Kieferheilkunde, Mund- und Kieferchirurgie
 3600 = Intensivmedizin
 3601 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Innere Medizin
 3603 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Kardiologie
 3610 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
 3617 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurochirurgie
 3618 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
 3621 = Intensivmedizin/Herzchirurgie
 3622 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Urologie
 3624 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Frauenheilkunde und Geburtshilfe
 3626 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
 3628 = Intensivmedizin/Schwerpunkt Neurologie
 3650 = Operative Intensivmedizin/Schwerpunkt Chirurgie
 3651 = Intensivmedizin/Thorax-Herzchirurgie
 3652 = Intensivmedizin/Herz-Thoraxchirurgie
 3690 = Intensivmedizin
 3691 = Intensivmedizin
 3692 = Intensivmedizin
 3700 = sonstige Fachabteilung
 3750 = Angiologie
 3751 = Radiologie
 3752 = Palliativmedizin
 3753 = Schmerztherapie
 3754 = Heiltherapeutische Abteilung
 3755 = Wirbelsäulenchirurgie
 3756 = Suchtmedizin
 3757 = Visceralchirurgie
 3790 = Sonstige Fachabteilung
 3791 = Sonstige Fachabteilung
 3792 = Sonstige Fachabteilung
- 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- und teilstationärer Behandlung
25 = Entlassung zum Jahresende bei Aufnahme im Vorjahr (für Zwecke der Abrechnung - PEPP, § 4 PEPPV 2013)