

Auslösekriterien	<p>Ein Minimaldatensatz (MDS) wird weiterhin in folgenden Fällen empfohlen:</p> <p>(1) Für Kinder, die innerhalb ihrer ersten vier Lebensmonate in ein Krankenhaus zuverlegt werden, soll eine Dokumentation für das bundeseinheitliche Qualitätssicherungsverfahren Neonatologie nur unter der Bedingung erfolgen, dass diese Kinder spätestens ab ihrem 7. Lebenstag kontinuierlich stationär behandelt werden.</p> <p>Da sich der Behandlungsverlauf von zuverlegten Kindern aus den stationären Abrechnungsdaten (§301 SGB V, §21 Abs. 4 KHEntgG), nicht vollständig erfassen lässt, entsteht auch für zuverlegte Kinder (die innerhalb der ersten vier Lebensmonate nach der ersten Lebenswoche von zu Hause (ambulant) in eine Klinik aufgenommen und von dort in ein weiteres Krankenhaus verlegt werden und eine Auslösebedingung aufweisen) eine Dokumentationspflicht. Da diese Fälle im zweiten (oder weiteren) Krankenhaus nicht für die externe vergleichende Qualitätssicherung erfasst werden sollen, ist in diesen Fällen ein MDS zu verwenden.</p> <p>(2) Für gesunde Kinder, die mit einem Gestationsalter von mindestens 37 vollendeten SSW geboren sind, länger als 72 Stunden stationär aufgenommen werden und aufgrund der Erkrankung der Mutter (Z76.2) behandelt werden, soll ein MDS angelegt werden.</p> <p>(3) Die Erhebung von Kindern mit einem Gestationsalter von < 22+0 SSW ist in diesem Verfahren nicht vorgesehen. Daher soll für diese Kinder ein MDS dokumentiert werden.</p>		
QS-Datensatz 2016	QS-Datensatz 2017		<p>Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld</p>
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2016	Änderung/Ergänzung	
BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
Basisdokumentation			
1 (Institutionskennzeichen)	=	1 (Institutionskennzeichen)	
2 (entlassender Standort)	=	2 (entlassender Standort)	
3 (Betriebsstätten-Nummer)	=	3 (Betriebsstätten-Nummer)	
4 (Fachabteilung nach § 301)	=	4 (Fachabteilung nach § 301)	
5 (Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses)	=	5 (Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses)	Klarstellung, dass die Versorgungsstufe des Standortes relevant ist.
6 (Pat.-ID des Kindes)	=	6 (Pat.-ID des Kindes)	
7 (Geschlecht)	<p>Schlüsselergänzung: "1 = männlich" "2 = weiblich" "8 = unbestimmt"</p>	7 (Geschlecht)	
Angaben zur Geburt			
8 (Mehrlingsgeburt)	=	8 (Mehrlingsgeburt)	
9 (Anzahl Mehrlinge)	=	9 (Anzahl Mehrlinge)	
10 (laufende Nummer des Mehrlings)	=	10 (laufende Nummer des Mehrlings)	
11 (berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin)	=	11 (berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin)	
12 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen))	=	12 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen))	
13 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage))	=	13 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage))	
14 (Geburtsdatum des Kindes)	=	14 (Geburtsdatum des Kindes)	
15 (Uhrzeit der Geburt)	=	15 (Uhrzeit der Geburt)	
16 (Gewicht des Kindes bei Geburt)	=	16 (Gewicht des Kindes bei Geburt)	Angabe in: g Gültige Angabe: 1 - 9999 g
17 (Wo wurde das Kind geboren?)	=	17 (Wo wurde das Kind geboren?)	
18 (Transport zur Neonatologie)	=	18 (Transport zur Neonatologie)	
19 (Level der Geburtsklinik)	=	19 (Level der Geburtsklinik)	<p>Hinterlegter Schlüssel: 1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = eigenständige Geburtsklinik 6 = unbekannt</p>
wenn Kind gestorben und Gestationsalter ab 22+0 Wochen	=	wenn Kind gestorben und Gestationsalter ab 22+0 Wochen	
20 (primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen)	=	20 (primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen)	
21 (Grund für palliative Versorgung ICD-10-GM)	=	21 (Grund für palliative Versorgung ICD-10-GM)	
Aufnahme			
22 (Aufnahmedatum (ins Krankenhaus))	=	22 (Aufnahmedatum (ins Krankenhaus))	
23 (Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus))	=	23 (Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus))	
24 (Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung (wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit = Geburtsdatum und -uhrzeit))	=	24 (Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung (wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit = Geburtsdatum und -uhrzeit))	
25 (Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung))	=	25 (Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung))	
26 (Aufnahme ins Krankenhaus von (wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit nicht Geburtsdatum und -uhrzeit))	=	26 (Aufnahme ins Krankenhaus von (wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit nicht Geburtsdatum und -uhrzeit))	

wenn Aufnahme aus externer Klinik	=	wenn Aufnahme aus externer Klinik	
27 (Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus)	=	27 (Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus)	
wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <= 1		wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <= 1	
28 (Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses)	=	28 (Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses)	
wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <= 1	=	wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <= 1	
29 (entlassender Standort des externen Krankenhauses)	=	29 (entlassender Standort des externen Krankenhauses)	Hier ist der Standort des zuverlegenden Krankenhauses anzugeben, aus dem das Kind entlassen wurde.
30 (Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses)	=	30 (Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses)	
31 (Fachabteilung des externen Krankenhauses nach § 301)	=	31 (Fachabteilung des externen Krankenhauses nach § 301)	
32 (Gewicht bei Aufnahme)	=	32 (Gewicht bei Aufnahme)	Angabe in: g Gültige Angabe: 0 - 9999 g, Angabe ohne Warnung: 300 - 5000 g
33 (Kopfumfang bei Aufnahme)	=	33 (Kopfumfang bei Aufnahme)	Angabe in: cm Gültige Angabe: 10 - 70 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 50 cm
34 (Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt)	=	34 (Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt)	
35 (Körpertemperatur bei Aufnahme)	=	35 (Körpertemperatur bei Aufnahme)	Angabe in: °C, Gültige Angabe: >= 0 °C, Angabe ohne Warnung: 32 - 41 °C
36 (Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt)	=	36 (Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt)	
Diagnostik/Therapie			
37 (Fehlbildungen)	=	37 (Fehlbildungen)	
38 (Art der Fehlbildung ICD-10-GM)	=	38 (Art der Fehlbildung ICD-10-GM)	
39 (größtes Basendefizit)	=	39 (größtes Basendefizit)	
40 (Max. FiO2)	=	40 (Max. FiO2)	Gültige Angabe: <= 1
41 (Min. FiO2)	=	41 (Min. FiO2)	Gültige Angabe: <= 1
42 (Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden)	=	42 (Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden)	
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja	=	wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja	
43 (Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie)	=	43 (Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie)	
44 (Status bei Aufnahme)	=	44 (Status bei Aufnahme)	
45 (Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL))	=	45 (Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL))	
46 (Status bei Aufnahme)	=	46 (Status bei Aufnahme)	
47 (ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden)	=	47 (ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden)	
48 (Frühgeborenen-Retinopathie (ROP))	=	48 (Frühgeborenen-Retinopathie (ROP))	
49 (ROP-Status bei Aufnahme)	=	49 (ROP-Status bei Aufnahme)	
50 (Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten))	=	50 (Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten))	
51 (Beginn)	=	51 (Beginn)	
52 (endgültige Beendigung)	=	52 (endgültige Beendigung)	
53 (Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt)	=	53 (Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt)	
wenn Beatmung (von >30 min) durchgeführt	=	wenn Beatmung (von >30 min) durchgeführt	
54 (Beginn)	=	54 (Beginn)	
wenn nur intratracheale Beatmung oder nasale/pharyngeale und intratracheale Beatmung durchgeführt	=	wenn nur intratracheale Beatmung oder nasale/pharyngeale und intratracheale Beatmung durchgeführt	
55 (endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung)	=	55 (endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung)	
wenn Beatmung (von >30 min) durchgeführt	=	wenn Beatmung (von >30 min) durchgeführt	
56 (endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe)	=	56 (endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe)	
57 (Pneumothorax)	=	57 (Pneumothorax)	
58 (Status bei Aufnahme)	=	58 (Status bei Aufnahme)	

59 (Bronchopulmonale Dysplasie (BPD))	=	59 (Bronchopulmonale Dysplasie (BPD))	
60 (perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie))	=	60 (perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie))	
wenn Feld 60 IN (1;2)	=	wenn Feld 60 IN (1;2)	
61 (HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie))	=	61 (HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie))	
62 (Sepsis/SIRS)	=	62 (Sepsis/SIRS)	
63 (Beginn der Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt)	=	63 (Beginn der Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt)	
64 (Beginn der Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt)	=	64 (Beginn der Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt)	
65 (Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt)	=	65 (Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt)	
	neu	66 (Zentralvenöser Katheter (ZVK))	inkl. zentrale Gefäßkatheter, Nabelvenen- und Nabelarterienkatheter und Einschwenkmkatheter. (Die Bedeutung von ZVK, Liegetage, Septitiden/SIRS erfolgt in Anlehnung an das NEO-KISS).
		wenn Feld 66 = 1	
	neu	67 (ZVK-Liegetage)	Summe aller Tage, an denen bei dem Kind ein ZVK lag. Die Summe ist bei Verlegung bzw. Rückverlegung auch von der aufnehmenden Klinik anzugeben. Jeder angebrochene Tag an dem ein ZVK mehr als 12 Stunden liegt, wird als Liegetag gezählt. Bei Kindern mit mehreren gleichzeitig vorhandenen ZVK wird nur ein ZVK gezählt. Die ZVK-Liegetage sind ebenso für Fälle anzugeben, die nicht über das NEO-KISS erfasst wurden (z.B. Fälle die auf Herzchirurgie oder Kinderchirurgie auslösen, Geburtsgewicht >1500g und Entlassung >1800g). (Die Bedeutung von ZVK, Liegetage, Septitiden/SIRS erfolgt in Anlehnung an das NEO-KISS).
	neu	68 (Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS)	Eine ZVK-assoziierte primäre Sepsis liegt vor, wenn der ZVK innerhalb von 48h vor Beginn der ersten Symptome/Befunde vorhanden war bzw. noch immer vorhanden ist. Bitte geben Sie die Anzahl der ZVK-assoziierten Septitiden an. Eine ZVK-assoziierte Sepsis ist ebenso für Fälle anzugeben, die nicht über das NEO-KISS erfasst wurden (z.B. Fälle die in anderen ABteilungen, z.B. Herzchirurgie oder Kinderchirurgie auslösen, Geburtsgewicht >1500g und Entlassung >1800g). (Die Bedeutung von ZVK, Liegetage, Septitiden/SIRS erfolgt in Anlehnung an das NEO-KISS).
66 (Pneumonie)	=	69 (Pneumonie)	
67 (Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt)	=	70 (Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt)	
68 (Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt)	=	71 (Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt)	
69 (Antibiotikatherapie, systemisch)	=	72 (Antibiotikatherapie, systemisch)	
70 (nekrotisierende Enterokolitis (NEC) (Stadium II oder III))	=	73 (nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III))	
71 (Status bei Aufnahme)	=	74 (Status bei Aufnahme)	
72 (Neugeborenen-Hörscreening)	=	75 (Neugeborenen-Hörscreening)	
Operation(en) und Prozeduren			
73 (Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes)	=	76 (Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes)	
74 (OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie))	=	77 (OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie))	
75 (OP einer NEC (nekrotisierende Enterokolitis))	=	78 (OP einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis))	
76 (Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en))	=	79 (Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en))	
Entlassung / Verlegung			
77 (Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum)	=	80 (Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum)	
78 (Entlassungsurzeit/ Todeszeitpunkt)	=	81 (Entlassungsurzeit/ Todeszeitpunkt)	
79 (Körpergewicht bei Entlassung)	=	82 (Körpergewicht bei Entlassung)	Gültige Angabe: 0 - 9999 g, Angabe ohne Warnung: >= 500 g
80 (Kopfumfang bei Entlassung)	=	83 (Kopfumfang bei Entlassung)	Gültige Angabe: 10 - 70 cm, Angabe ohne Warnung: ≥ 20 - 50 cm
81 (Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt)	=	84 (Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt)	
82 (Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf)	=	85 (Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf)	
83 (Entlassungsgrund nach § 301)	=	86 (Entlassungsgrund nach § 301)	

wenn Entlassungsgrund = Verlegung in ein anderes Krankenhaus (84-86)	=	wenn Entlassungsgrund = Verlegung in ein anderes Krankenhaus (87-89)	
84 (Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus)	=	87 (Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus)	
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1	=	wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1	
85 (Institutionskennzeichen des Krankenhauses)	=	88 (Institutionskennzeichen des Krankenhauses)	
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1	=	wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <> 1	
86 (Standort des aufnehmenden Krankenhauses)	=	89 (Standort des aufnehmenden Krankenhauses)	Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.
87 (Obduktion)	=	90 (Obduktion)	
88 (Todesursache)	=	91 (Todesursache)	
89 (weitere (Entlassungs-) Diagnose(n) ICD-10-GM)	=	92 (weitere (Entlassungs-) Diagnose(n) ICD-10-GM)	