

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 2017	QS-Datensatz 2018		Relevante Änderung im Ausfüllhinweis zum Datensatzfeld
Feld-Nr. und Fragestellung	im Vergleich zu 2017	Änderung/Ergänzung	
BASIS			
Genau ein Bogen muss ausgefüllt werden			
	neu	Art der Versicherung	2017-2018
	neu	1 (Institutionskennzeichen der Krankenkasse der Versichertenkarte)	
	neu	2 (Versichertenart)	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12 Versichertenstatus, Teil 1 Versichertenart
	neu	3 (besonderer Personenkreis)	Anlage 2 zur § 301-Vereinbarung, Schlüssel 12
	neu	Patientenidentifizierende Daten	
	neu	4 (eGK-Versichertennummer)	
	neu	5 (Die eGK-Versichertennummer des Patienten liegt auch zum Entlassungszeitpunkt nicht vor.) Dieses Feld ist nur zu befüllen, wenn der Patient nicht über eine eGK-Versicherungsnummer verfügt	Dieses Feld ist mit ja zu beantworten, wenn auch zum Entlassungszeitpunkt keine eGK-Versichertennummer vorliegt. Achtung: Dieses Datenfeld ist manuell zu dokumentieren und darf nicht von der QS-Software vorbelegt werden.
	neu	6.1 (Nachname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes)	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). Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
	neu	6.2 (Nachname der Mutter liegt nicht vor)	
	neu	7 (Vorsatzworte der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes)	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.
	neu	8.1 (Vorname der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes)	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). Achtung: Dieses Datenfeld ist vor dem QS-Export an die zuständige Datenannahmestelle mit dem öffentlichen Schlüssel der Vertrauensstelle zu verschlüsseln.
	neu	8.2 (Vorname der Mutter liegt nicht vor)	
Basisdokumentation			
1 (Institutionskennzeichen)	=	9 (Institutionskennzeichen)	
2 (entlassender Standort)	=	10 (entlassender Standort)	

	neu	11 (aufnehmender Standort (OPS))	Der „aufnehmende Standort“ entspricht dem Standort, an dem die (erste) Aufnahme des Patienten in das aktuelle Krankenhaus erfolgt. Bei einem Krankenhaus mit mehreren Standorten ist der „aufnehmende Standort“ mit einer eindeutigen laufenden Nummer, beginnend mit "01", anzugeben. Die Aufschlüsselung ist nur erforderlich, wenn ein Krankenhaus über mehrere Standorte verfügt und unter einem einheitlichen Institutionskennzeichen abrechnet. Liegt keine Differenzierung vor, ist der Wert "00" zu übermitteln. Achtung: Liegt keine Differenzierung mehrerer Standorte vor, soll dieses Datenfeld von der QS-Software mit dem Wert "00" vorbelegt werden.
3 (Betriebsstätten-Nummer)	=	12 (Betriebsstätten-Nummer)	
4 (Fachabteilung nach § 301)	=	13 (Fachabteilung nach § 301)	
5 (Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses)	=	14 (Versorgungsstufe des aufnehmenden Krankenhauses)	Klarstellung, dass die Versorgungsstufe des Standortes relevant ist.
6 (Pat.-ID des Kindes)	=	15 (Pat.-ID des Kinder)	
7 (Geschlecht)	=	16 (Geschlecht)	Schlüssel: 1 = männlich 2 = weiblich 8 = unbestimmt
Angaben zur Geburt			
8 (Mehrlingsgeburt)	=	17 (Mehrlingsgeburt)	
9 (Anzahl Mehrlinge)	=	18 (Anzahl Mehrlinge)	
10 (laufende Nummer des Mehrlings)	=	19 (laufende Nummer des Mehrlings)	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.
11 (berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin)	=	20 (berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin)	
12 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen))	=	21 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (komplette Wochen))	
13 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage))	=	22 (endgültig (postnatal) bestimmtes Gestationsalter (plus zusätzliche Tage))	
14 (Geburtsdatum des Kindes)	=	23 (Geburtsdatum des Kindes)	
15 (Uhrzeit der Geburt)	=	24 (Uhrzeit der Geburt)	
16 (Gewicht des Kindes bei Geburt)	=	25 (Gewicht des Kindes bei Geburt)	Angabe in: g Gültige Angabe: 1 - 9999 g
17 (Wo wurde das Kind geboren?)	=	26 (Wo wurde das Kind geboren?)	
18 (Transport zur Neonatologie)	=	27 (Transport zur Neonatologie)	
19 (Level der Geburtsklinik)	=	28 (Level der Geburtsklinik)	Hinterlegter Schlüssel: 1 = Perinatalzentrum Level 1 2 = Perinatalzentrum Level 2 3 = Perinataler Schwerpunkt 4 = eigenständige Geburtsklinik 6 = unbekannt
wenn Kind gestorben und Gestationsalter ab 22+0 Wochen	entfällt		
20 (primärer Verzicht auf kurative Therapie bei verstorbenen Kindern mit einem Gestationsalter ab 22+0 Wochen)	entfällt		
	neu	29 (primär palliative Therapie (ab Geburt))	
21 (Grund für palliative Versorgung ICD-10-GM)	inhaltliche Änderung, auf fünf Eingabefelder erweitert, statt drei	30 (Grund für die primär palliative Therapie (ICD-10-GM))	Bei Vorhandensein von mehr als 5 Gründen für eine palliative Versorgung, sind die fünf schwerwiegendsten in absteigender Reihenfolge zu dokumentieren.
Aufnahme			
22 (Aufnahmedatum (ins Krankenhaus))	=	31 (Aufnahmedatum (ins Krankenhaus))	
23 (Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus))	=	32 (Uhrzeit (Aufnahme ins Krankenhaus))	
24 (Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung (wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit = Geburtsdatum und -uhrzeit))	=	33 (Aufnahmedatum in pädiatrische Abteilung (wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit = Geburtsdatum und -uhrzeit))	
25 (Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung))	=	34 (Uhrzeit (Aufnahme in pädiatrische Abteilung))	
26 (Aufnahme ins Krankenhaus von (wenn Aufnahmedatum und -uhrzeit nicht Geburtsdatum und -uhrzeit))	=	35 (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)	=	36 (Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus)	
wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <> 1		wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <> 1	

28 (Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses)	=	37 (Institutionskennzeichen des externen Krankenhauses)	
wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <=> 1	=	wenn "Aufnahme aus ausländischem Krankenhaus" <=> 1	
29 (entlassender Standort des externen Krankenhauses)	=	38 (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)	=	39 (Betriebsstätten-Nummer des externen Krankenhauses)	
31 (Fachabteilung des externen Krankenhauses nach § 301)	=	40 (Fachabteilung des externen Krankenhauses nach § 301)	
32 (Gewicht bei Aufnahme)	=	41 (Gewicht bei Aufnahme)	Angabe in: g Gültige Angabe: 0 - 9999 g, Angabe ohne Warnung: 300 - 5000 g
33 (Kopfumfang bei Aufnahme)	=	42.1 (Kopfumfang bei Aufnahme)	Angabe in: cm Gültige Angabe: 10 - 70 cm Angabe ohne Warnung: 20 - 50 cm
34 (Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt)	=	42.2 (Kopfumfang bei Aufnahme nicht bekannt)	
35 (Körpertemperatur bei Aufnahme)	=	43.1 (Körpertemperatur bei Aufnahme)	Angabe in: °C, Gültige Angabe: >= 0 °C, Angabe ohne Warnung: 32 - 41 °C
36 (Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt)	=	43.2 (Körpertemperatur bei Aufnahme nicht bekannt)	
Diagnostik/Therapie			
37 (Fehlbildungen)	=	44 (Fehlbildungen)	
38 (Art der Fehlbildung ICD-10-GM)	=	45 (Art der Fehlbildung ICD-10-GM)	Bei Vorhandensein von mehr als 5 Fehlbildungen, sind die fünf schwerwiegendsten in absteigender Reihenfolge zu dokumentieren.
39 (größtes Basendefizit)	entfällt		
40 (Max. FiO2)	entfällt		
41 (Min. FiO2)	entfällt		
42 (Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden)	=	46 (Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden)	
wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja	=	wenn Schädelsonogramm durchgeführt/vorhanden = ja	
43 (Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie)	=	47 (Intraventrikuläre (IVH) oder periventrikuläre (PVH) Hämorrhagie)	
44 (Status bei Aufnahme)	=	48 (Status bei Aufnahme)	
45 (Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL))	=	49 (Zystische periventrikuläre Leukomalazie (PVL))	
46 (Status bei Aufnahme)	=	50 (Status bei Aufnahme)	
47 (ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden)	=	51 (ophthalmologische Untersuchung durchgeführt/vorhanden)	
48 (Frühgeborenen-Retinopathie (ROP))	=	52 (Frühgeborenen-Retinopathie (ROP))	
49 (ROP-Status bei Aufnahme)	=	53 (ROP-Status bei Aufnahme)	
50 (Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten))	=	54 (Sauerstoffzufuhr jeglicher Art nach Aufnahme (von mehr als 30 Minuten))	
51 (Beginn)	=	55 (Beginn)	
52 (endgültige Beendigung)	=	56 (endgültige Beendigung)	
53 (Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt)	=	57 (Beatmung (von mehr als 30 Minuten) durchgeführt)	
wenn Beatmung (von >30 min) durchgeführt	=	wenn Beatmung (von >30 min) durchgeführt	
54 (Beginn)	=	58 (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)	=	59 (endgültige Beendigung der intratrachealen Beatmung)	
wenn Beatmung (von >30 min) durchgeführt	=	wenn Beatmung (von >30 min) durchgeführt	
56 (endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe)	=	60 (endgültige Beendigung jeglicher Atemhilfe)	
57 (Pneumothorax)	=	61 (Pneumothorax)	
58 (Status bei Aufnahme)	=	62 (Status bei Aufnahme)	
59 (Bronchopulmonale Dysplasie (BPD))	=	63 (Bronchopulmonale Dysplasie (BPD))	
60 (perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie))	=	64 (perinatale Hypoxie/Ischämie (Asphyxie))	
wenn Feld 60 IN (1;2)	=	wenn Feld 64 IN (1;2)	
61 (HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie))	=	65 (HIE (Hypoxisch ischämische Enzephalopathie))	
62 (Sepsis/SIRS)	=	66 (Sepsis/SIRS)	
63 (Beginn der Sepsis/SIRS innerhalb 72 Stunden nach Geburt)	entfällt		
64 (Beginn der Sepsis/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt)	entfällt		

65 (Anzahl Septitiden/SIRS später als 72 Stunden ab Geburt)	entfällt		
	neu	67 (Datum des Sepsis-/SIRS-Beginns)	Hier ist das Datum der ersten Sepsis/SIRS im aktuellen Aufenthalt anzugeben.
66 (Zentralvenöser Katheter (ZVK))	=	68 (Zentralvenöser Katheter (ZVK))	inkl. zentrale Gefäßkatheter, Nabelvenen- und Nabelarterienkatheter und Einschwemm-katheter. (Die Bedeutung von ZVK, Liegetage, Septitiden/SIRS erfolgt in Anlehnung an das NEO-KISS).
wenn Feld 66 = 1		wenn Feld 68 = 1	
67 (ZVK-Liegetage)	=	69 (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).
68 (Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS)	=	70 (Anzahl mit zentralvenösem Katheter assoziierter Septitiden/SIRS)	Eine ZVK-assozierte 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-assozierten Septitiden an. Eine ZVK-assozierte 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).
69 (Pneumonie)	=	71 (Pneumonie)	
70 (Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt)	=	72 (Pneumonie innerhalb 72 Stunden nach Geburt)	
71 (Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt)	=	73 (Pneumonie später als 72 Stunden ab Geburt)	
72 (Antibiotikatherapie, systemisch)	=	74 (Antibiotikatherapie, systemisch)	
73 (nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III))	=	75 (nekrotisierende Enterokolitis (NEK) (Stadium II oder III))	
74 (Status bei Aufnahme)	=	76 (Status bei Aufnahme)	
75 (Neugeborenen-Hörscreening)	=	77 (Neugeborenen-Hörscreening)	
Operation(en) und Prozeduren			
76 (Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes)	=	78 (Operation(en) und Prozeduren während des aktuellen stationären Aufenthaltes)	
77 (OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie))	=	79.1 (OP oder Therapie einer ROP (Frühgeborenenretinopathie))	
78 (OP einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis))	=	79.2 (OP einer NEK (nekrotisierende Enterokolitis))	
79 (Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en))	erweitert auf zehn Eingabefelder, statt fünf	80 (Indikation(en) zu(r) weiteren Operation(en))	
Entlassung / Verlegung			
80 (Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum)	=	81 (Entlassungsdatum Krankenhaus/Todesdatum)	
81 (Entlassungsurzeit/ Todeszeitpunkt)	=	82 (Entlassungsurzeit/ Todeszeitpunkt)	
82 (Körpergewicht bei Entlassung)	=	83 (Körpergewicht bei Entlassung)	Gültige Angabe: 0 - 9999 g, Angabe ohne Warnung: >= 500 g
83 (Kopfumfang bei Entlassung)	=	84.1 (Kopfumfang bei Entlassung)	Gültige Angabe: 10 - 70 cm, Angabe ohne Warnung: ≥ 20 - 50 cm
84 (Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt)	=	84.2 (Kopfumfang bei Entlassung nicht bekannt)	
85 (Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf)	=	85 (Entlassung / Verlegung mit zusätzlichem Sauerstoffbedarf)	
86 (Entlassungsgrund nach § 301)	=	86 (Entlassungsgrund nach § 301)	
wenn Entlassungsgrund = Verlegung in ein anderes Krankenhaus (87-89)	=	wenn Entlassungsgrund = Verlegung in ein anderes Krankenhaus (87-89)	
87 (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	
88 (Institutionskennzeichen des Krankenhauses)	=	88 (Institutionskennzeichen des Krankenhauses)	
wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <=> 1	=	wenn "Verlegung in ein ausländisches Krankenhaus" <=> 1	

89 (Standort des aufnehmenden Krankenhauses)	=	89 (Standort des aufnehmenden Krankenhauses)	Bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus soll hier der aufnehmende Standort angegeben werden.
90 (Obduktion)	=	90 (Obduktion)	
91 (Todesursache)	=	91 (Todesursache)	
92 (weitere (Entlassungs-) Diagnose(n) ICD-10-GM)	inhaltliche Präzisierung, auf dreißig Eingabefelder erweitert, statt fünfundzwanzig	92 (weitere (Entlassungs-) Diagnose(n) ICD-10-GM (alle Entlassungsdiagnosen, die in inhaltlichem Zusammenhang mit der in diesem Leistungsbereich dokumentierten Leistungen stehen))	