Ausfüllhinweise
Neugeborenen-Hörscreening (NHS)

Stand 06.09.2022 (QS-Spezifikation 2022 V02)

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Teildatensatz Mutter (M)			
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	-	In diesem Datenfeld ist die Standortnummer desjenigen Standortes zu dokumentieren, aus dem der Patient nach Beendigung des stationären Aufenthaltes entlassen wird.
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 Betriebstätten-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	-	-
5	Identifikationsnummer des Patienten	-	Die (einrichtungsinterne) Identifikationsnummer wird dem Patienten von der Einrichtung zugewiesen. Sie verbleibt in der Einrichtung und wird nicht an die Datenannahmestelle übermittelt.
6	Geburtsnummer	-	Die 4-stellige Geburtsnummer identifiziert für Sie eine Geburt innerhalb Ihrer Klinik (identisch mit der Nummer aus dem Geburtenbuch). Sie sollte jedes Jahr neu bei „0001" beginnen und innerhalb eines Jahres fortlaufend sein, um Ihnen und uns eine Vollständigkeitskontrolle zu ermöglichen. In Einzelfällen kann es vorkommen, dass keine Geburtsnummer vergeben wird (z. B. bei außerklinischen Geburten). In diesen Fällen kann das Feld leer bleiben (oder „9999" dokumentiert werden). Wenn ein optionaler Datensatz angelegt wird, da z. B. die Geburt extern stattfand, kann das Feld leer bleiben (oder „9999" dokumentiert werden).
7	Anzahl Mehrlinge	gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	Liegt keine Mehrlingsgeburt vor, so tragen Sie bei „Anzahl Mehrlinge" und „lfd. Nr. des Mehrlings" jeweils eine „1" ein. Bei der Dokumentation ist Absatz 3 des § 31 „Lebendgeburt, Totgeburt, Fehlgeburt" der Verordnung zur Ausführung des Personenstandsgesetzes (Personenstandsverordnung – PStV; vom 24.10.2018 mit Wirkung zum 01.11.2018; https://www.gesetze-im-internet.de/pstv/__31.html) zu beachten: Eine Fehlgeburt ist als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind nach Absatz 1 oder 2 zu beurkunden ist. Das bedeutet, dass eine Totgeburt <500g, wenn sie Teil einer Mehrlingsschwangerschaft ist, im Datenfeld „Anzahl Mehrlinge" als Totgeburt zu dokumentieren ist. Z.B. ist bei einer Zwillingsschwangerschaft mit intrauterinem Fruchttod eines Zwillings und Geburtsgewicht <500g und Lebendgeburt des anderen Zwillings als Anzahl Mehrlinge „2" anzugeben.
Basisdokumentation - Mutter			
8	Einwilligung zum Tracking	0 = nein 1 = ja	Die Aufklärung über die Wichtigkeit einer Unterstützung durch die Hörscreeningzentrale im Falle von kontrollbedürftigen Befunden sollte möglichst frühzeitig erfolgen; geburtsvorbereitende Kurse bieten hierfür eine gute Möglichkeit. Wenn die Einwilligung zum Tracking (d.h. zur Unterstützung durch die Hörscreeningzentrale) nicht erteilt und entsprechend dokumentiert wird, werden keine Daten exportiert. Dies wird grundsätzlich von Software-Seite sichergestellt. Eingegebene Daten verbleiben im Krankenhaus zu internen Dokumentationszwecken. Für palliativ versorgte Kinder wird empfohlen, „0=nein" zu dokumentieren, da nicht von einer Einwilligung der Eltern für das Tracking auszugehen ist (auch wenn das Formular im Vorfeld unterschrieben wurde). In Folge wird der Datensatz nicht exportiert und nicht an die Trackingzentrale weitergeleitet. Für Totgeburten gilt: Sollte kein lebendgeborenes Kind entbunden worden sein, ist hier „0 = nein" zu verschlüsseln und die Kodierung zu überprüfen, da bei korrekter Kodierung (Z37.1 Totgeborener Einling; Z37.4 Zwillinge, beide totgeboren; Z37.7 Andere Mehrlinge, alle totgeboren) keine Dokumentationspflicht ausgelöst wird. Bitte beachten Sie hierzu auch die ausführliche FAQ auf unserer Homepage (https://www.qigbw.de/qs-verfahren/qs-unhs-bw-hoerscreening/faq).
wenn Feld 8 = 1			
9	Vorname der Mutter / des Sorgeberechtigten	-	Falls die Mutter nicht sorgeberechtigt ist, sollten hier die Kontaktdaten eines Sorgeberechtigten eingetragen werden.
10	Nachname der Mutter / des Sorgeberechtigten	-	Falls die Mutter nicht sorgeberechtigt ist, sollten hier die Kontaktdaten eines Sorgeberechtigten eingetragen werden.
11	Adresszusatz	-	-

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
12	Straße mit Hausnummer	-	Bitte die Hausnummer nicht vergessen!
13	Postleitzahl	-	Bei Wohnort im Ausland bitte „99999“ und die korrekte Adresse nochmals komplett im Feld „Bemerkungen“ eintragen, um eine Kontaktaufnahme mit den Eltern / Sorgeberechtigten zu ermöglichen.
14	Ort	-	-
15	Telefon	-	Wichtig um die Kontaktperson auf ausstehende Kontrollen ansprechen zu können.
16	Mobiltelefon	-	Wichtig um die Kontaktperson auf ausstehende Kontrollen ansprechen zu können.
Jetzige Schwangerschaft			
17	Berechneter, ggf. korrigierter Geburtstermin	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 Längenmaße des Kindes mittels Ultraschalluntersuchung das Schwangerschaftsalter in Wochen und Tagen ermittelt werden. Das Ergebnis dieser Bestimmung soll vorrangig dokumentiert werden. Das Ergebnis aus der Berechnung des Geburtstermins mit Hilfe des ersten Tages der letzten Menstruationsperiode wird bestätigt, wenn es keine Abweichung gibt. Es soll durch das Ultraschallergebnis ersetzt und somit korrigiert werden, wenn es eine Abweichung gibt. Bei abweichenden Werten hat der mit dem Ultraschall bestimmte Wert Vorrang (bestätigter oder korrigierter Geburtstermin).
wenn Feld 17 = LEER			
18	Klinisches Gestationsalter	Angabe in: Wochen gültige Angabe: 0-49 Wochen Angabe ohne Warnung: 19 - 44 Wochen	Nur für den seltenen Fall, dass sowohl kein errechneter Geburtstermin als auch kein sonografischer Befund vorliegt, kann hier das klinisch geschätzte Gestationsalter angegeben werden. Fehlen beide Informationen aus der Frühschwangerschaft, kann das Gestationsalter postpartal in Wochen geschätzt werden. Dabei werden die physischen und neurologischen Reifemerkmale unabhängig von den Körperwerten untersucht. Die Angabe auf den Tag genau ist bei einer groben Schätzung eine Pseudogenauigkeit. Die Befundung der Körperwerte in der Spätschwangerschaft ist nicht brauchbar, da ein Kind mit einem Schwangerschaftsalter von 38 Wochen geboren werden kann und aufgrund einer intrauterinen Wachstumsverzögerung das Gewicht und die Länge von Kindern haben kann, die im Mittel nach einer Schwangerschaftsdauer von 34 Wochen geboren werden.
Teildatensatz Kind (K)			
19	lfd. Nr. des Mehrlings	gültige Angabe: 1 - 7 Angabe ohne Warnung: <= 3	Wenn es sich um eine Mehrlingsgeburt handelt, tragen Sie hier bitte eine laufende Nummer des Mehrlings ein, die sich an der Geburtsreihenfolge der Mehrlinge orientiert. Das zuerst geborene Kind erhält somit beispielsweise die Nummer 1, das danach geborene die Nummer 2. Bei Einlingen eine „1“ eintragen.
Basisdokumentation – Kind			
20	Geburtsdatum des Kindes	TT.MM.JJJJ	-
21	Geschlecht des Kindes	1 = männlich 2 = weiblich 3 = divers 8 = unbestimmt	-
Totgeburt			
22	Totgeburt	0 = nein 1 = ja	Maßgeblich ist das Personenstandsgesetz. Eine Lebendgeburt liegt vor, wenn bei einem Kind nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Eine Totgeburt liegt vor, wenn das Kind nach der Entwicklung keine Lebenszeichen und ein Gewicht von mindestens 500g hat. Wenn ein Kind nach der Entwicklung keine Lebenszeichen gezeigt hat, das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 Gramm beträgt und nicht die 24. Schwangerschaftswoche erreicht wurde, so handelt es sich um eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandsregistern nicht beurkundet. Allerdings ist eine Fehlgeburt als ein tot geborenes Kind zu beurkunden, wenn sie Teil einer Mehrlingsgeburt ist, bei der mindestens ein Kind zu beurkunden ist. Seit dem 01.11.2018 gelten auch ohne Lebenszeichen geborene Kinder, deren Geburtsgewicht unter 500g liegt, die aber die 24. Schwangerschaftswoche erreicht haben (also ab 23+0), als Totgeburten (und nicht mehr als Fehlgeburten). Für das QS-Verfahren „UNHS“ soll für totgeborene Kinder kein (Teil-)Datensatz übermittelt werden. Sollte kein lebendgeborenes Kind entbunden worden sein, ist die Kodierung zu überprüfen, da bei korrekter Kodierung (Z37.1 Totgeborener Einling; Z37.4 Zwillinge, beide totgeboren; Z37.7 Andere Mehrlinge, alle totgeboren) keine Dokumentationspflicht ausgelöst wird. Bitte beachten Sie hierzu auch die ausführliche FAQ auf unserer Homepage (https://www.qigbw.de/qs-verfahren/qs-unhs-bw-hoerscreening/faq).
Screeningbefund			
wenn Feld 8 = 1			
23	Vorname des Kindes	-	-
24	Nachname des Kindes	-	-
25	krank oder mehrfach behindert	0 = nein 1 = ja	Das Feld ist mit „1= ja“ zu befüllen, wenn eine Erkrankung vorliegt, die einen medizinischen Grund darstellt, dass das Hörscreening innerhalb der ersten Lebenstage nicht durchgeführt wird.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
26	Risiko für angeborene Hörstörung - Familiäre Hörstörungen/elterliche Konsanguinität - Intensivstation > 48h - Beatmung - Frühgeborene < 32 SSW - Geburtsgewicht < 1.500g - Prä-/postnatale Infektionen (z. B. Toxoplasmose, CMV, Röteln, Herpes, bakterielle Infektionen) - Ototoxische Medikamente (z. B. Aminoglykoside, Schleifendiuretika) - Kritische Hyperbilirubinämie - Fehlbildungen des Kopfes (z. B. Gaumenspalte, Ohranhängsel) - Syndrome mit assoziierter Hörstörung (z. B. Trisomie 21, CHARGE, Waardenburg Syndrom)	0 = nein 1 = ja	Wenn mindestens ein Risikofaktor für eine angeborene Hörstörung vorliegt, soll gemäß Kinder-Richtlinie das Hörscreening mittels AABR durchgeführt werden.
27	Datum der letzten Messung (falls nicht bekannt Geburtsdatum des Kindes)	TT.MM.JJJJ	Wenn das Datum der letzten Messung nicht bekannt ist, kann alternativ z. B. das Geburtsdatum des Kindes eingetragen werden. Das Datum der letzten Messung darf nach "Entlassungs-/Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind" liegen, allerdings erscheint in diesem Fall eine Warnung („weiche Plausi“), die mögliche Fehleingaben vermeiden helfen soll.
wenn Feld 27 <> LEER			
28	TEOAE rechts	1 = pass 2 = fail 3 = wegen Fehl-bildung nicht durchführbar 9 = nicht durchgeführt	"9 = nicht durchgeführt" ist auch dann anzugeben, wenn z.B. das Gerät defekt war oder aufgrund einer frühzeitigen Verlegung / Entlassung das Hörscreening nicht durchgeführt werden konnte.
29	TEOAE links	1 = pass 2 = fail 3 = wegen Fehl-bildung nicht durchführbar 9 = nicht durchgeführt	"9 = nicht durchgeführt" ist auch dann anzugeben, wenn z.B. das Gerät defekt war oder aufgrund einer frühzeitigen Verlegung / Entlassung das Hörscreening nicht durchgeführt werden konnte.
30	AABR rechts	1 = pass 2 = fail 3 = wegen Fehl-bildung nicht durchführbar 9 = nicht durchgeführt	"9 = nicht durchgeführt" ist auch dann anzugeben, wenn z.B. das Gerät defekt war oder aufgrund einer frühzeitigen Verlegung / Entlassung das Hörscreening nicht durchgeführt werden konnte.
31	AABR links	1 = pass 2 = fail 3 = wegen Fehl-bildung nicht durchführbar 9 = nicht durchgeführt	"9 = nicht durchgeführt" ist auch dann anzugeben, wenn z.B. das Gerät defekt war oder aufgrund einer frühzeitigen Verlegung / Entlassung das Hörscreening nicht durchgeführt werden konnte.
32	Bemerkungen	-	Bitte hier auch entsprechende Informationen eintragen, wenn: • Noch im dokumentierenden Krankenhaus eine Konfirmationsdiagnostik durchgeführt wurde (inkl. Ergebnis); • Keine ausreichende Kommunikation in Deutsch möglich ist (dann bitte – speziell wenn sich die Notwendigkeit für ein Tracking abzeichnet – zusätzlich die Kommunikationssprache eintragen). Wenn die Mutter nicht sorgeberechtigt ist, bitte die Kontaktdaten des Sorgeberechtigten in den Feldern 9-16 eintragen und überprüfen, ob eine schriftliche Einwilligung des Sorgeberechtigten in das Tracking vorliegt.

Zeile	Bezeichnung	Allgemeiner Hinweis	Ausfüllhinweis
Entlassung / Verlegung			
33	Kind in Kinderklinik verlegt	0 = nein 1 = ja	Mit „Verlegung in Kinderklinik“ ist gemeint: stationäre Aufnahme in der Kinderklinik des eigenen oder eines anderen Krankenhauses.
34	Entlassungs-/ Verlegungsdatum aus der Geburtsklinik Kind	TT.MM.JJJJ	Wenn das Kind aus dem Krankenhaus entlassen oder verlegt wird, geben Sie bitte hier das Entlassungs- bzw. Verlegungs-Datum an (Übernahme aus den Angaben des Datensatzes 16/1 möglich). Bei interner Verlegung in die Neonatologie ist hier das Datum der endgültigen Verlegung/Entlassung aus dem Krankenhaus-Standort zu dokumentieren. Wird für ein von extern aufgenommenes Kind (Geburt zuhause oder in einer anderen Institution) ein Datensatz angelegt, so soll hier das Entlassungsdatum aus dem dokumentierenden Krankenhaus-Standort angegeben werden. Wenn das Kind verstirbt (Entlassungsgrund "07 = Tod“), ist hier das Datum des Todes einzutragen. Grundsätzlich ist für stationär verstorbene Kinder (Entlassungsgrund Geburtsklinik oder Kinderklinik = 07) kein Datensatz anzulegen oder zu übermitteln. Auch wenn dieses Feld leer bleibt, kann ein Datensatz abgeschlossen werden, sodass Daten (z.B. reif geborener Kinder) bei Inhouse-Verlegungen aus der Geburtshilfe in die Neonatologie übermittelt werden können. Bei einer erneuten Übermittlung des QS-Bogens mit höherer Versionsnummer nach endgültiger Entlassung wird dann der vorliegende Datensatz bei der QiG BW überschrieben.
35	Entlassungsgrund aus der Geburtsklinik Kind	http://www.dkgev.de -> Schlüssel 1	Bei Versterben ist als Entlassungsgrund „07 = Tod“ anzugeben, um ein mögliches Tracking zu verhindern. Grundsätzlich ist für stationär verstorbene Kinder (Entlassungsgrund Geburtsklinik oder Kinderklinik = 07) kein Datensatz anzulegen oder zu übermitteln. Wird für ein von extern aufgenommenes Kind (Geburt zuhause oder in einer anderen Institution) ein Datensatz angelegt, so soll hier der Entlassungsgrund aus dem dokumentierenden Krankenhaus-Standort angegeben werden.

Langer Schlüssel

Schlüssel 1
Entlassungsgrund

01 = Behandlung regulär beendet
02 = Behandlung regulär beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
03 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet
04 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet
05 = Zuständigkeitswechsel des Kostenträgers
06 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus
07 = Tod
08 = Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Rahmen einer Zusammenarbeit (§ 14 Abs. 5 Satz 2 BPflV in der am 31.12.2003 geltenden Fassung)
09 = Entlassung in eine Rehabilitationseinrichtung
10 = Entlassung in eine Pflegeeinrichtung
11 = Entlassung in ein Hospiz
12 = interne Verlegung
13 = externe Verlegung zur psychiatrischen Behandlung
14 = Behandlung aus sonstigen Gründen beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
15 = Behandlung gegen ärztlichen Rat beendet, nachstationäre Behandlung vorgesehen
17 = interne Verlegung mit Wechsel zwischen den Entgeltbereichen der DRG-Fallpauschalen, nach der BPflV oder für besondere Einrichtungen nach § 17b Abs. 1 Satz 15 KHG
22 = Fallabschluss (interne Verlegung) bei Wechsel zwischen voll-, teilstationärer und stationsäquivalenter Behandlung
28 = Behandlung regulär beendet, beatmet entlassen
29 = Behandlung regulär beendet, beatmet verlegt
30 = Behandlung regulär beendet, Überleitung in die Übergangspflege