



ESPED: Kurz-Meldeinstruktionen ab Dezember 2023

1. Frühgeborene < 1500g und/oder < 32 SSW mit Notwendigkeit des operativen und/oder interventionellen PDA-Verschlusses bis zum Zeitpunkt der Entlassung:

Frühgeborene < 1500g und/oder < 32 SSW mit Notwendigkeit des operativen und/oder interventionellen PDA-

Verschlusses bis zum Zeitpunkt der Entlassung.

2. Acute Respiratory Distress Syndrom (ARDS) bei Kindern und Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr mit onkologischer Grunderkrankung bzw. nach Stammzelltransplantation (Start 01.07.2023):

Patienten vor dem 18. Geburtstag mit onkologischer Erkrankung (solide oder hämatologische Neoplasie einschließlich Rezidiv) und/oder Z.n. Stammzelltransplantation** (bei onkologischer oder nicht-onkologischer Erkrankung) sowie PARDS gemäß Leitliniendefinition:

- Oxygenierungsstörung
 - NIV* mit PEEP>5cmH₂O und $\text{paO}_2/\text{FiO}_2 < 300 \text{ mm Hg}$ oder $\text{SpO}_2/\text{FiO}_2 < 264\%$
 - IV* mit $\text{OI} (\text{MAP} \times \text{FiO}_2 \times 100 / \text{paO}_2) > 4$ oder $\text{OSI} (\text{MAP} \times \text{FiO}_2 \times 100 / \text{SpO}_2) > 5$
- akuter Beginn der Oxygenierungsstörung innerhalb von 7d
- Rx oder CT –Thorax zeigt neue Infiltrate (uni- oder bilateral) im Lungenparenchym
- Ödeme, die nicht durch Flüssigkeitsüberladung oder Herzversagen entstanden sind

*NIV = nicht-invasive Beatmung; IV = invasive Beatmung, ** Stammzelltransplantation innerhalb der letzten 360 Tage

3. Manifestation eines Diabetes mellitus:

bundesweit: Neuerkrankung an insulinbedürftigem Diabetes mellitus, bei der eine Insulintherapie vor dem 5. Geburtstag zum Einsatz kam.

NRW-Gebiet: Neuerkrankung eines Typ 1- oder Typ 2-Diabetes mellitus ohne Altersbegrenzung.

4. Nierenversagen bei (ehemaligen) Frühgeborenen (<35 SSW oder <2000g bei Geburt) ohne Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract (CAKUT) mit Nierenversagen bis zu einem korrigierten Alter von 1 Jahr:

(Ehemalige) Frühgeborenen (<35 SSW oder <2000g bei Geburt) ohne Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract (CAKUT) mit Nierenversagen bis zu einem korrigierten Alter von 1 Jahr, die stationär betreut werden

Bevorzugte Definition der akuten Niereninsuffizienz: nach neonatal Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) AKI classification.

5. Intensivpflichtige Hitze-bedingte Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen von 0-18 Jahren:

Kinder von 0 bis 18 Jahren mit einer der folgenden Diagnosen:

- intensivmedizinische Betreuung (PICU oder IMC) aufgrund von

- Hitzekrämpfen und/oder
- Hitzesynkope und/oder
- Hitzeerschöpfung und/oder
- Sonnenstich und/oder
- Hitzschlag.

6. Neugeborene und Kinder mit der Neudiagnose einer Intergeschlechtlichkeit/Variante der Geschlechtsentwicklung und 46,XX-Andrenogenetales Syndrom (AGS) mit virilisiertem Genitale (Start 01.07.2023):

Neugeborene mit 46,XX-AGS und Virilisierung, sowie Neugeborene und Kinder mit DSD (nach AWMF-Leitlinie Varianten der Geschlechtsentwicklung [2], ausgenommen Ullrich-Turner- und Klinefelter-Syndrom) mit einem Geburtsdatum im Erhebungszeitraum und Erstdiagnose einer DSD innerhalb der ersten 28 Lebenstagedefiniert wie folgt:

- bei einer Diskrepanz zwischen pränatal erhobenem Karyotyp und Genitalbefund
- nach der Geburt ein nicht eindeutig männliches oder weibliches Genitale
- ein weiblich geprägter Phänotyp mit vergrößerter Klitoris, posteriorer Fusion der großen Labien, Sinus urogenitalis oder inguinale/labiale Resistenz
- Ausgeprägte proximale Hypospadie (penoskrotal oder perineal)
- 46,XX-AGS mit virilisiertem Genitale
- ICD 10 Chromosomale DSD: Q93.3, Q99.8, Q99.0
- ICD 10: 46,XY DSD: Q99.1, Q56.1, Q97.3, Q56.0, Q56.1, Q56.3, E34.5, E34.51, E34.59, Q54.2, Q54.3, E25.08
- ICD 10 46,XX DSD: Q99.1, Q56.0, E25.00, E25.08, E25.9, E25.8, Q87.8, 52.4

7. Einsatz von kontinuierlichen Nierenersatzverfahren in den ersten 28 Lebenstagen (Start 01.07.2023):

Durchführung eines kontinuierlichen Dialyseverfahrens jeglicher Form (z. B. Hämodialyse, Hämofiltration, Hämodiafiltration, ECMO kombiniert mit Dialyse/Filtration, Plasmapherese, Immunabsorption; **keine** Peritonealdialyse) beim Neugeborenen innerhalb der ersten 28 Lebenstage.

8. Invasive Pneumokokken-Infektionen:

Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 16. Lebensjahr, bei denen ein *Streptococcus pneumoniae*-Stamm aus einem physiologischerweise sterilen Körpergewebe wie Blut, Liquor oder Gewebepunktat (z.B. Empyem) angezüchtet werden konnte.

Weiterhin bitten wir Sie ca. 0,5 ml Serum zu asservieren. In den seltenen Fällen, in denen die Erkrankung durch einen „Impfstoff-Serotyp“ verursacht wurde und das Kind regelrecht geimpft war, kontaktiert das NRZ Sie wegen der Bestimmung eines Antikörpertiters gegen die Impfstoff-Serotypen und zur Bewertung hinsichtlich eines möglicherweise bestehenden Immundefekts. Da die Patienten bei Vorliegen des Serotypen-Befundes evtl. schon wieder entlassen sind, empfehlen wir vorsorglich Serum zu asservieren.

Versandadresse: Dr. Mark van der Linden, Institut für Medizinische Mikrobiologie des UKA, Nationales Referenzzentrum für Streptokokken, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen

9. Akutes Rheumatisches Fieber und Poststreptokokken-Glomerulonephritis in Deutschland (Start 01.12.2023):

Falldefinition 1: Diagnose des Akuten Rheumatischen Fiebers

- 1.1) entsprechend der Jones-Kriterien, wenn 2 Hauptkriterien oder 1 Hauptkriterium und 2 Nebenkriterien erfüllt sind: Hauptkriterien: Karditis klinisch (oder echokardiographisch) – Polyarthrit – Chorea minor – Erythema anulare – subkutane Noduli Nebenkriterien: Arthralgien – Fieber – erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und/oder erhöhtes C-reaktives Protein (CrP) – verlängerte PQ-Zeit
- 1.2) außerhalb der Jones-Kriterien, wenn ≥ 1 der folgenden Kriterien² erfüllt ist: • Karditis (mit klarem anamnestischen Bezug zu vorangegangener Streptokokkeninfektion) • Chorea minor (nach Ausschluss anderer ZNS-Erkrankungen) • Rezidiv eines Rheumatischen Fiebers

Falldefinition 2: Diagnose der Poststreptokokken-Glomerulonephritis

- 2.1) (hochgradige klinische Verdachts-) Diagnose der Glomerulonephritis durch Nephritisches Syndrom: Mikro-/Makrohämaturie, pathologische Proteinurie, ggfs. Erhöhung der Nierenretentionsparameter, C3-Erniedrigung (transient), Hypertonus, Erhöhung von ASL- u./o. Anti-DNaseB-Titern
- 2.2) histologisch gesicherte Glomerulonephritis (eher selten durchgeführt)

10. vakant

11. Pleuraempyeme oder Pleuraergüsse infolge Pneumonie:

Kinder und Jugendlichen bis zum 18. Geburtstag mit Pleuraempyem oder Pleuraerguss infolge einer Pneumonie (Drainage nötig oder >1 Woche bestehend).

Kostenfreie PCR-Diagnostik (Pleurapunktat): Dr. Christoph Schoen, Institut für Hygiene und Mikrobiologie, Universität Würzburg, Bau E1, DNA-Labor, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, cschoen@hygiene.uni-wuerzburg.de

Kostenfreie Pneumokokken-Typisierung (Pneumokokken-Kultur): Dr. Mark van der Linden, Stichwort: „ESPED Pleuraempyem“, Nationales Referenzzentrum für Streptokokken am Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum der RWTH-Aachen, Pauwelsstr. 30, 52074 Aachen, mlinden@ukaachen.de

Einsendescheine unter: www.esped.uni-duesseldorf.de/Downloads/ oder www.nrz-streptococcus.de

12. Chronisches Darmversagen bei Kindern und Jugendlichen (Start 01.07.2023):

Kinder unter 18 Jahren mit dem erstmaligen Auftreten eines chronischen Darmversagens, im Sinne des Bedarfs einer partiellen oder vollständigen parenteralen Ernährungstherapie für mehr als 60 Tage bzw. erwartungsgemäß mehr als 60 Tage.