Protokoll der Mitgliederversammlung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin am 15.09.2012 in Hamburg

Fassung vom 23.11.2012

Beginn: 17.30 Uhr
Ende: 19.30 Uhr

Anwesende Mitglieder: 87 (Zählung der Unterschriftenliste)

Tagesordnung:

1. Begrüßung, Festlegung der Beschlussfähigkeit
2. Verleihung der Posterpreise
3. Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der GNPI
4. Beschluss der Tagesordnung
5. Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung
6. Bericht des Vorstandes
7. Bericht des Schatzmeisters
8. Bericht des Rechnungsprüfers
9. Entlastung des Schatzmeisters
10. Entlastung des Vorstandes
11. Vorstellung/Festlegung weiterer Tagungsorte
12. Ernennung von Ehrenmitgliedern (sofern Anträge vorliegen)
13. Verschiedenes
    a) Bericht Bundesverband „Das frühgeborene Kind" (Herr Wirthl)
    b) Bericht EFCNI (European foundation for the care of newborn infants) Frau Mader

TOP 1: Begrüßung, Feststellung der Beschlussfähigkeit

Der Vorsitzende begrüßt die anwesenden Mitglieder. Entsprechend der Unterschriften auf den Teilnehmerlisten sind 87 Mitglieder anwesend. Der Präsident stellt die satzungsgemäße Beschlussfähigkeit der Mitgliederversammlung fest.

TOP 2: Verleihung der Posterpreise

Herr Singer stellt als Kongresspräsident der GNPI die diesjährigen Preisträger vor. Die Posterpreisträger wurden durch eine Jury bestimmt der Frau Roll, Herr Heckmann und Herr Hellwege angehörten. Die Preisträger sind:

1. Preis (500,-€): Frau Dr. Ann Karolin Longard (Berlin)
„Vitamin A Mangel bei Frühgeborenen?"

2. Preis (300,-€): Frau Dr. Beate Grass (Zürich)
„Plasmaspiegel von MR-proANP und CT-proET-1 in der Diagnostik eines offenen Ductus arteriosus bei sehr frühgeborenen Kindern"

3. Preis (200,-€): Frau Dr. Kirsten Buschmann (Heidelberg)
„CXL1-getriggerte Interaktion von LFA1 und ICAM1 steuert die Hyperglykämie-induzierte Leukozytenrekrutierung in vivo"

Der Präsident berichtet, dass der Satzung entsprechend (§4/1) die Vorstandsmitglieder die Posterpreisträger als neue Mitglieder empfehlen und diese für ein Jahr beitragsfrei als Mitglieder der GNPI aufgenommen werden.

TOP 3: Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der GNPI

Anlässlich der Übergabe der Urkunde zur postumen Verleihung der Ehrenmitgliedschaft an Prof. Dr. Karl Bauer sind auf der Mitgliederversammlung seine Witwe Susanne Aumeier und seine Kinder Moritz und Antonia anwesend.
Herr Schlösser hält eine bewegende Laudatio für Herrn Bauer der 1959 in München geboren wurde, 1995 habilitiere und am 15.07.2007 verstorben ist.

TOP 4: Beschluss der Tagesordnung:

Die Tagesordnung ist Satzungsgemäß auf der GNPI-Homepage und mit dem Tagungsprogramm veröffentlicht worden. Änderungen oder Ergänzungen der Tagesordnung werden nicht vorgeschlagen. Die Tagesordnung wird wie oben aufgeführt einstimmig beschlossen.

TOP 5: Genehmigung des Protokolls der letzten Mitgliederversammlung

Das Protokoll der letzten Mitgliederversammlung am 27.05.2011 in Mannheim wurde auf der GNPI-Homepage veröffentlicht.
Es erfolgt die Abstimmung über die Genehmigung dieses Protokolls: Stimmen dafür: 81, dagegen: 0, Enthaltungen: 6. Der Präsident stellt fest, dass das Protokoll der letzten Mitgliederversammlung angenommen worden ist.

TOP 6: Bericht des Vorstandes

Auf der Mitgliederversammlung wird wieder in Form einer Schweigeminute der im Berichtsjahr verstorbenen GNPI-Mitglieder gedacht. Dem Vorstand sind diesbezüglich

bekannt geworden Frau Prof. Dr. Sabina Kowalewski, Bonn und Herr Prof. Dr. Hans-Joachim Feickert, Neubrandenburg.

Herr Herting berichtet kurz über die Situation in Bremen und damit das Thema Hygiene in der Neonatologie und die Darstellung in den Medien. Die GNPI ist Mitunterzeichner einer von der DGKJ und 6 weiteren Fachgesellschaften herausgegebenen Erklärung, in der das diesbezügliche Krisenmanagement des Klinikums Bremen Mitte und die Kündigung des Chefarztes Prof. Dr. Huppertz kritisiert werden.
Dieser hat das arbeitsgerichtliche Verfahren gegen seine Kündigung gewonnen und kann ggf. seine Arbeit in Bremen wieder aufnehmen
Das RKI hat als Konsequenz aus den Bremer Ereignissen seine Richtlinie „Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen bei neonatologischen Intensivpflegepatienten mit einem Geburtsgewicht von unter 1500g" aus dem Jahre 2007 am 16. Januar 2012 ergänzt. Die Ergänzung (Epidemiologisches Bulletin des RKI Nr. 2/2012) sieht jetzt bei allen Frühgeborenen < 1500 g Geburtsgewicht bis zum Ende der Intensivüberwachung wöchentliche Screeninguntersuchungen mittels Rachen- und Analabstrich vor. Evidenzbasiert ist diese Richtlinie nicht. Die damit verbundenen hohen Kosten können durch Beschränkung der Analabstriche auf multiresistente Erreger sowie eine Eingrenzung des Screenings auf die Frühgeborenen im Intensivbereich begrenzt werden.
Mit Hinblick der Darstellung der Neonatologie in der Presse spricht Herr Herting den in den Medien ausführlich diskutierten Fall aus dem Klinikum Köln-Holweide an, bei dem ein Frühgeborenes von 22 + 4 SSW nicht reanimiert, sondern palliativ behandelt worden ist.

Herr Herting resümiert die Vorbereitungen zur 38. GNPI-Jahrestagung, die in diesem Jahr gemeinsam mit dem DGKJ-Jahreskongress stattfindet. Die Entscheidung zur gemeinsamen Tagung wurde vom Vorstand vor 6 Jahren getroffen. Anlässlich einer „Woche der Pädiatrie" sollten politische Ziele der Pädiatrie wirksamer kommuniziert werden. Die Zufriedenheit auf Seiten der DGKJ scheint größer als bei der GNPI. Probleme resultierten aus unterschiedlichen Traditionen, Verfahrensweisen, Sichtweisen etc.. In den nächsten 5 Jahren wird es keine gemeinsame Jahrestagung mit der DGKJ geben, da die Tagungsorte bereits bis 2017 festgelegt sind.
Der Präsident dankt dem GNPI-Kongresspräsidenten und seinem Team für die unermüdliche Arbeit zur Vorbereitung der 38. GNPI-Jahrestagung in Hamburg. Probleme mit der Ausstattung der GNPI Late Night Party hatten ihre Ursache in wirtschaftlichen Problemen die durch eine sehr geringe Anmeldequote bei dann kurzfristig hoher Teilnehmerzahl bedingt waren.

Herr Herting informiert über die Entwicklungen zum Thema Regionalisierung. Die Publikationen vom August im Deutschen Ärzteblatt (Heft 31-32 2012) haben zwar zu Verwirrungen nicht aber zu neuen Konfrontationen geführt.

Herr Trotter stellt das von der Arbeitsgruppe Regionalisierung verabschiedete Konsenspapier vor. Der Arbeitsgruppe gehörten an: Herr Aring, Herr Jochum, Herr Hummler, Herr Maier, Frau Roll, Frau Schmidt, Herr Trotter und als Vertreter der Geburtshelfer Herr Gembruch und Herr Kainer. Herr Trotter schlägt vor, dass Konsenspapier ohne Diskussion zu beschließen.
Das Konsenspapier wird zur Abstimmung gestellt: Stimmen dafür: 71, dagegen:1, Enthaltungen: 15. Damit ist das Konsenspapier von der Mitgliederversammlung der GNPI angenommen. Es wird als Anlage zum Protokoll der Mitgliederversammlung auf der Homepage der GNPI veröffentlicht.

Herr Walka dankt Herrn Trotter und den Mitgliedern der Arbeitsgruppe Regionalisierung für diese Arbeit und schlägt vor, das Konsenspapier dem Gemeinsamen Bundesauschuss zuzuleiten.

Frau Roll berichtet über den Stand der Leitlinienerstellung. Die aktiven Leitlinien sind über die AWMF abrufbar. Die Leitlinie 024-008 (Bakterielle Infektionen bei Neugeborenen – Federführung Herr Bartmann) soll als erste LL auf dem Evidenzlevel S3 verfasst werden und wird von der DGKJ mit 10.000,- € gefördert. In naher Zukunft ablaufende Leitlinien werden derzeit überarbeitet. Frau Roll dankt dem Leitlinienbeauftragten der GNPI, Herrn Pohlandt, für sein Engagement.

Herr Nicolai stellt die Strukturanalyse der Versorgung pädiatrischer Intensivpatienten in Deutschland (PICU-Deutschlandkarte) vor. Auf der Grundlage der DGKJ-Liste aller Kinderkliniken wurden diese angeschrieben und um Daten zur Klinik, zur Pädiatrisch/Neonatologischen Intensivstation und zum Betreuungsprofil in der Intensivmedizin (Strukturangaben) gebeten. Von 422 Kliniken war nach zwei Runden ein Rücklauf von 356 Kliniken (84%) eingegangen. Erfasst wurden 180 Intensivstationen von welchen 36 (20%) als PICU und 144 (80%) als gemischte Neo-PICU geführt werden. Herr Nicolai stellt das intensivmedizinische Betreuungsprofil und die Verteilung dieser Stationen in Deutschland vor. Die Probleme mit den Ergebnissen dieser Umfrage liegen in der unvollständigen DGKJ-Liste sowie in den bisher nicht erfassten Kinderintensivstationen der Herzzentren. Die Frage nach eigenständiger oder gemischter ITS wurde offensichtlich häufig missverstanden. Die Umfragedaten sollen jährlich aktualisiert als Excel-Tabelle im internen Bereich der GNPI- und DIVI-Internetseiten veröffentlicht werden und so als Plattform für eine optimierte Vernetzung bei multizentrischen Projekten dienen. Hierfür ist die Einholung des Einverständnisses der einzelnen Ansprechpartner und der Krankenhausträger erforderlich. Wenn keine Zustimmung vorliegt wird nur die Anschrift veröffentlicht, die Email-Anschrift und die Strukturdaten werden dann gelöscht.

Frau Völkner berichtet aus dem Bereich Pflege. Die Pflegefortbildung in Blaubeuren fand zum 2. Mal statt und wurde ausreichend gut angenommen. 37 Pflegende aus der Neonatologie und der Pädiatrischen Intensivmedizin haben teilgenommen (optimal wären 50 Teilnehmer). Die nächste Pflegefortbildung findet vom 18.-22.03.2013 in Blaubeuren satt. Anmeldungen sind auf der Homepage der GNPI verfügbar.

Herr Küster berichtet aus dem Bereich DRG von einem Prozess bezüglich CPAP bei Neugeborenen, der vom LSG Saarbrücken am 14.12.2011 dahingehend entschieden wurde, dass alleiniger CPAP ohne vorausgehende Beatmung nicht zur Beatmungszeit hinzugerechnet werden kann. Dies hat erhebliche Auswirkungen auf die Vergütung und setzt vor allem falsche Anreize. Da momentan die einzige Lösung eine Änderung der Kodierrichtlinie ist, hat Frau Lutterbüse in Zusammenarbeit mit der DRG-AG kurzfristig beim InEK einen Änderungsantrag formuliert. Darin wird vorgeschlagen: "Bei Neugeborenen und Säuglingen zählen hierunter auch alle Verfahren der nicht-invasiven Beatmung (CPAP, nasale (S)IPPV/(S), IMV/HFO, HFNC), unabhängig vom Zugangsweg oder Adapter." Derzeit wird in den Fällen, die vom MDK geprüft werden, die nichtinvasive Beatmung mit der Maske herausgestrichen – mit erheblichen regionalen Unterschieden. Anmerkung: Das Problem wurde in der Zwischenzeit gelöst. Die Abrechnung ist wieder möglich.
Herr Küster berichtet von einem Verfahren der Kassen gegen einen Schiedsspruch bezüglich der DRG-Abrechnung Die vom MDK vor längerem postulierte Zeit bis zum Eintreffen eines kinderchirurgischen Konsiliarius von 30 Minuten ist damit gerichtlich verworfen. Außerdem informiert Herr Küster von Bestrebungen einzelner Kassen, die Vergütung für die

Mitaufnahme von Müttern abzulehnen, insofern es eine „großzügige Besucherregelung“ gibt. Vereinzelt wird auch der stationäre Behandlungsbeginn von Hämangiomen mit Propanolol von wegen off-label-use abgelehnt. Gegen diese und ähnliche Vorgehensweisen empfiehlt Herr Küster jedem betroffenen Krankenhaus ausdrücklich ein gerichtliches Vorgehen.
Herr Küster verweist auf einzelne neue Kodes und betont die Wichtigkeit, diese und andere kostenrelevante Diagnosen und Prozeduren regelmäßig zu kodieren, um dafür langfristig eine Vergütung beantragen zu können: Basisdiagnostik bei unklarem Symptomkomplex (1-944), Resistente Erreger (U80), Atemnotsyndrom bei Kindern (J80), Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (1-945). Details sind wie immer im aktuellen Kodierleitfaden nachzulesen (www.GKinD.de).
Herr Küster kritisiert Anträge an das InEK, die einen kleinen spezialisierten Teil der Versorgung herausgreifen (z.B. Lebertransplantation < 6 Jahre) und dort zu einer Verbesserung der Vergütung führen, wohingegen alle anderen Fälle dafür abgewertet werden. Es sollte der Politik ein Gremium vorgeschlagen werden, dass solche Anträge begleitet. Außerdem berichtet Herr Küster über den Inflationsausglich im Vergütungssystem. Demnach soll 1/3 der Inflation ausgeglichen und 2/3 der Inflation nicht vergütet werden.
Herr Küster dankt Dr. Dick / Bielefeld, Dr. Voll/ Passau, Dr. Arand / Tübingen, Dr. Christoph / Hannover, Dr. Selzer / Bremen und Dr. Vochem / Stuttgart.
Meldung von Fehlern und Änderungswünschen im ICD- / OPS- / DRG-Katalog können wie immer weitergeleitet werden an: drg@NIQ.eu

Es erfolgt eine **Aussprache über den Bericht des Vorstandes**.

Es liegt ein Antrag vom 3. 4. 2012 an die Mitgliederversammlung von Herrn Butzheimer aus Pforzheim vor. Herr Butzheimer begründet seinen Antrag. Er möchte von der Mitgliederversammlung beschließen lassen: „Jede externe Erstversorgung soll zwingend von einem neonatologischen Team durchgeführt werden. Dieses besteht mindestens aus einem/einer neonatologisch erfahrenem/er Arzt/Ärztin sowie einer/eines neonatologisch versierten Kinderkrankenschwester/-pfleger...“ Herr Herting hat in einem Schreiben vom 7. 5. 2012 Herrn Butzheimer die Weiterleitung des Vorschlages an den G-BA angekündigt. Herr Hummler unterstützt die Idee. In dieser Frage bestehe eine eigenartige Symbiose zwischen den Kostenträgern und der DKG. Eine Stellungnahme der Fachgesellschaften bezüglich der Erstversorgung wäre gut. Es folgt eine ausführliche Diskussion zum Thema.
Herr Gortner schlägt vor das Thema in eine Leitlinie aufzunehmen damit die Regelungen normative Kraft gewinnen. Frau Roll findet diese Idee gut und erklärt, dass die bestehende Leitlinie im April 2013 ausläuft. Herr Herting kündigt an, dass der Vorstand sich mit dieser Sache befassen wird.

TOP 7: Bericht des Schatzmeisters

Herr Maier stellt den Bericht des Schatzmeisters vor: Die GNPI hat derzeit 1043 Mitglieder (im Vergleich zum Vorjahr +34). 23 Mitglieder (+3) kommen aus dem Bereich der Pflege. Bei den Einnahmen wurde 2011 ein Zuwachs von verzeichnet. Die Ausgaben beliefen sich 2011 niedriger als im Vorjahr. Gespart wurde bei den Reisekosten, bei den 2011 nicht angefallenen Kosten für den Rechtsanwalt und die Steuerberatung sowie bei der Homepage Die Rücklagen der GNPI sind als Termingeld und in Form von Wertpapieren angelegt. Insgesamt ist die Bilanz 2011 noch negativ. Sie wird sich aber ab 2012 wieder ausgleichen weil dem Beschluss der Mitgliederversammlung 2011 folgend der Mitgliedsbeitrag erhöht worden ist. Der Mitgliedsbeitrag von 21 Mitgliedern konnte nicht eingezogen werden. Nach

worden ist. Der Mitgliedsbeitrag von 21 Mitgliedern konnte nicht eingezogen werden. Nach der 2. Mahnung ohne entsprechende Reaktion werden die betreffenden Mitglieder satzungsgemäß von der Mitgliederliste gestrichen.

TOP 8: Bericht des Rechnungsprüfers

Herr von der Wense stellt den Bericht des Rechnungsprüfers vor. Er stellt fest, dass die Bücher übersichtlich geführt wurden und alle Einnahmen und Ausgaben nachvollziehbar und korrekt dokumentiert sind. Er beantragt die Entlastung des Schatzmeisters.

TOP 9: Entlastung des Schatzmeisters

Abstimmung zur Entlastung des Schatzmeisters:
Anzahl der Stimmen dafür: 84, dagegen: 0, Enthaltungen: 3
Somit wurde dem Schatzmeister Entlastung erteilt.

TOP 10: Entlastung des Vorstandes
Herr v. Loewenich beantragt die Entlastung des Vorstandes.

Abstimmung: Anzahl der Stimmen dafür: 80, dagegen: 0, Enthaltungen: 7.
Somit wurde dem Vorstand Entlastung erteilt.

TOP 11: Vorstellung/Festlegung weiterer Tagungsorte

Herr Herting berichtet über die bereits bestätigten Tagungsorte und Tagungsleiter der GNPI-Jahrestagungen bis 2016.
Für das Jahr 2017 lagen zwei Bewerbungen (Augsburg und Dresden) vor. Die Bewerbung aus Augsburg wurde zwischenzeitlich zurückgezogen, soll aber ggf. für 2018 neu eingereicht werden.
Herr Rüdiger stellt die Bewerbung aus Dresden vor. Er schlägt vor, die 43. Jahrestagung der GNPI gemeinsam mit der Jahrestagung der DGPI vom 18.-20. Mai 2017 in Dresden abzuhalten. Kongresspräsident der GNPI würde Herr Rüdiger sein, Kongresspräsident für die DGPI ist Herr Berner. Als Tagungsort schlägt er die „Messe Dresden", alternativ das CongressCentrum Dresden vor. Thematischer Schwerpunkt dieser Jahrestagung sollen die medizinischen, gesundheitlichen und strukturellen Voraussetzungen der nächsten 10 Jahre sein.
Es erfolgt die **Abstimmung** über die Dresdner Bewerbung zur Ausrichtung der 43. Jahrestagung 2017: Stimmen dafür: 76, dagegen: 0, Enthaltungen: 2
Damit ist Dresden Tagungsort der Jahrestagung 2017

Herr Hentschel stellt als Kongresspräsident den aktuellen Stand der Kongressvorbereitung für die 39. GNPI-Jahrestagung in Freiburg vor. Die Veranstaltung findet vom 6. – 8. Juni 2013 im Freiburger Konzerthaus statt. Das Vorprogramm ist auf der Kongresshomepage www.gnpi2013.de einsehbar.

Herr Bartmann stellt die Planungen für die 40. Jahrestagung die vom 26.-28.06.2014 unter der Leitung von Herrn Bartmann, Frau Kribs und Herrn Roth in Köln/Bonn stattfindet.

TOP 12: Ernennung von Ehrenmitgliedern (sofern Anträge vorliegen)

Es liegen keine Anträge auf Ernennung zu Ehrenmitgliedern vor.

TOP 13: Verschiedenes

a.) Bericht Bundesverband „Das frühgeborene Kind" (Herr Wirthl)

Herr Wirthl stellt eine neue Broschüre des Bundesverbandes mit dem Titel „Wo soll mein Kind zur Welt kommen – ein Ratgeber für werdende Eltern bei drohender Frühgeburt" vor. In ihr werden anhand von 17 Punkten Empfehlungen zur Auswahl einer geeigneten perinatologischen Klinik gegeben. Außerdem berichtet Herr Wirthl vom Projekt Neo-(T)Räume. In diesem Projekt werden Vorschläge zu baulichen Anforderungen und der räumlichen Gestaltung einer neonatologischen Intensivstation zusammengestellt. Der Bundesverband möchte z. B. mit einer im Internet aufrufbaren „virtuellen Station" Anregungen für die Bauplanung von Frühgeborenenstationen geben. Herr Herting ist für dieses Projekt im Projektbeirat vertreten. Ziel ist es, Ergebnisse zum Internationen Tag des Frühgeborenen (17.11.2012) vorzustellen.
Herr Wirthl lädt zur Jubiläumsveranstaltung anlässlich des 20jährigen Bestehens des Bundesverbandes „Das frühgeborene Kind nach Frankfurt ein".

b.) Bericht: EFCNI (European foundation for the care of newborn infants)

Frau Mader berichtet, dass die Stiftung wächst. Zwischenzeitlich ist das Competence Centre for Maternal and Newborn Health and Aftercare Services in München eröffnet worden. Dort ist ihr neues Büro. Die EFCNI hat jetzt 5 Mitarbeiter. Es soll auch ein/e Neonatologe/Neonatologin eingestellt werden
Frau Mader berichtet über das von Fachleuten, Patientengruppen, WHO und Fachgesellschaften aus dem EU Benchmarking Report weiterentwickelte EFCNI-White Paper. Das White Paper enthält Empfehlungen für die Schwangerschaft, die Geburt, die Frühgeborenenstation und das Entlassungsmanagement sowie die Nachsorge. Es soll durch die nationalen Fachleute und –gesellschaften und Patientengruppen national implementiert werden (verfügbar über www.efcni.org.)
Außerdem berichtet Frau Mader über die EFCNI-Kampagne „ene-mene-mini – Gib Frühchen Deine Stimme" in der auf einer europäischen Plattform über die Ziele der EFCNI informiert wird und Stimmen für Frühgeborene gesammelt werden. Frau Mader weist auf den World Prematurity Day am 17.11.2012 in Europa hin. Mit der "Söckchenkampagne" soll auf die Belage Frühgeborener hingewiesen und Spenden gesammelt werden.

Der Präsident dankt allen Teilnehmern der Mitgliederversammlung und schließt die Veranstaltung um 20.30 Uhr.

Prof. Dr. Egbert Herting
Präsident

Dr. med. D. Olbertz
Sekretär

Anhang: Konsenspapier der Arbeitsgruppe Regionalisierung (TOP 6)

Konsensuspapier der GNPI zur perinatologischen Versorgung

1.	Jede Schwangere, die zwischen 22+0 und 31+6 SSW im Bereich Gynäkologie und Geburtshilfe aufgenommen wird, soll dokumentiert werden. Die Dokumentation wird abgeschlossen mit der Entlassung bzw. mit dem Zeitpunkt der Entbindung. Mehrfach aufgenommene Fälle werden zusammengeführt. Welche Daten genau erhoben werden sollen und mit welchen Mitteln, muss noch näher geklärt werden.
2.	Jedes lebend geborene im Kreissaal verstorbene Kind soll nicht nur in der Perinatalstatistik geführt, sondern auch in die Neonatalerhebung aufgenommen werden. Das Datenfeld "primärer Verzicht auf eine kurative Therapie" für Frühgeborene < 24 SSW ermöglicht bessere Transparenz im Grenzbereich der FG-Versorgung.
3.	Die Mortalität soll risikoadjustiert analysiert werden. Bei Auffälligkeiten muss ggf. eine Analyse der Einzelfälle erfolgen.
4.	Ergebnisdaten werden im Internet publiziert und als Benchmarking dem Bundesdurchschnitt gegenübergestellt. Die dargestellten Parameter müssen hinsichtlich Ihrer Validität als Qualitätsmarker evaluiert werden.
5.	Jede Klinik, die an der Versorgung von Frühgeborenen <1500g teilnimmt, soll an mindestens einem neonatologischen, regionalen Netzwerk teilnehmen. Rahmenbedingungen und Struktur solcher Netzwerke müssen noch konkretisiert werden.
6.	Die Ärzte eines Netzwerkes wirken in den geburtshilflichen Abteilungen ihres Einzugsbereichs auf die vorgeburtliche Einweisung von Hochrisikoschwangeren in eine Klinik adäquater Versorgungsstufe hin.
7.	Die Kliniken eines regionalen Netzwerks treffen sich regelmäßig zu einem Qualitätszirkel, in dem Todesfälle besprochen und Therapien und Entwicklungen diskutiert werden. Darüber soll ein schriftliches Protokoll mit Angabe der Teilnehmer und Tagesordnungspunkte einschließlich der Beratungsergebnisse geführt werden.
8.	Innerhalb eines Netzwerkes sollen Verlegungsgrenzen und –kriterien unter Berücksichtigung der entsprechenden Leitlinien der AWMF und der Vorgaben des G-BA ergebnisorientiert vereinbart werden.
9.	Eltern von Frühgeborenen sollen psychologisch betreut und Konzepte zur psychosozialen und entwicklungsneurologischen Nachsorge umgesetzt bzw. weiterentwickelt werden.

Noch in Diskussion:

- Neudefinition/Anpassung der Level 2 Struktur
- Externe Zertifizierung

In der Mitgliederversammlung der GNPI am 15.09.2012 mehrheitlich beschlossen