

Änderungsvorschlag für den OPS 2015

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Die eingegebenen Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur strukturell unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments im DOC-Format angenommen werden.

Stellen Sie getrennte Anträge für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge!

Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß dem unten stehenden Beispiel. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. ß und Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplekkodefruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum OPS entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen. **Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den von ihm eingereichten Vorschlag komplett oder in Teilen verwendet.** Dies schließt notwendige inhaltliche oder sprachliche Änderungen ein. Im Hinblick auf die unter Verwendung des Vorschlags entstandene Version der Klassifikation stimmt der Einsender außerdem deren Bearbeitung im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS zu.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA, www.aqua-institut.de) abgestimmt werden.

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation *	GKinD
Internetadresse der Organisation *	www.gkind.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr. med.
Name *	Lutterbüse
Vorname *	Nicola
Straße *	Wilhelmstr. 2a
PLZ *	93049
Ort *	Regensburg
E-Mail *	nicola.lutterbuese@gkind.de
Telefon *	0941-2983668

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin
Offizielles Kürzel der Organisation *	GNPI
Internetadresse der Organisation *	www.gnpi.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr. med.
Name *	Küster
Vorname *	Helmut
Straße *	Robert-Koch-Str. 40
PLZ *	37099
Ort *	Göttingen
E-Mail *	Helmut.Kuester@med.uni-goettingen.de
Telefon *	0551-39-6900

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Verbändeübergreifende DRG-AG in der GKinD mit Vertretern der Subdisziplinen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH) und dem Berufsverband für Kinderkrankenpflege Deutschland e.V. (BeKD)
 Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin (GNPI)

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Familienzentrierte psychosoziale Versorgung

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
- Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

(inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

8-xxx Familienzentrierte psychosoziale Befähigung (Versorgung) bei Früh- und Risikogeborenen und kritisch kranken Säuglingen

Hinw.: Mit diesem Kode ist die standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) familienzentrierte psychosoziale Betreuung zu kodieren. Dies trifft zu bei Früh- und Risikogeborenen, bei anderen kritisch kranken Säuglingen, bei Neugeborenen aus Familien mit mütterlichen Problemen, z.B. Wochenbettdepressionen, mütterlichem Drogenabusus, Neugeborenen aus Familien mit schweren sozialen Problemen sowie bei kritisch kranken Säuglingen. Eingeschlossen ist auch die vorgeburtliche Betreuung bei geburtshilflich stationär aufgenommenen Schwangeren 22+0 – 32+0 SSW sowie Schwangeren mit Feten mit Fehlbildungen oder potentiell lebensbedrohlichen Risikofaktoren

Dieser Kode ist nur für Leistungen anzugeben, die in Einrichtungen im Geltungsbereich des § 17b KHG erbracht wurden.

Mindestmerkmale:

- Multiprofessionelles Team (z.B. Ärzte, Psychologen, Pädagogen, Fachkräfte für Gesundheits- und Kinderkrankenpflege, Sozialarbeiter/Sozialdienst, Still- u. Ernährungsberater) unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderchirurgie
- Mindestens 3 Berufsgruppen müssen beteiligt sein
- Vorhandensein und Einsatz von mindestens drei der folgenden Bereiche von jeweils mindestens 30 Minuten Dauer:
 - o Psychologische Betreuung der Familie
 - o Pränatalberatung
 - o Entwicklungsberatung
 - o Sozialberatung
 - o Familienzentriertes modulares Coaching der Eltern/Sorgeberechtigten
 - o Spezielle Still- und Ernährungsberatung
 - o Krisen- und Konfliktbewältigung, ggf. Sterbebegleitung
 - o Case-Management
- Monitoring der Befähigung, kontinuierliche Anpassung der Maßnahmen an den Hilfebedarf
- Fallbesprechung unter Beteiligung des Behandlungsteams sowie der Eltern/ Sorgeberechtigten von mindestens 30 Minuten Dauer, bei einer Aufenthaltsdauer von mehr als einer Woche wöchentlich, mit Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
 - .0 2 bis unter 5 Stunden
 - .1 5 bis unter 15 Stunden
 - .2 15 bis unter 25 Stunden

- .3 25 bis unter 35 Stunden
- .4 mehr als 35 Stunden

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Die Zahl zu früh geborener Kinder ist in den vergangenen Jahrzehnten weltweit deutlich angestiegen und liegt in Deutschland aktuell bei etwa 10% aller Geburten (1). Bei deutlich gestiegenen Überlebenschancen geht eine Frühgeburt häufig mit adversen Folgen für Kind, Eltern und Gesellschaft einher (2). Für Eltern konnten höhere Prävalenzen für klinische und subklinische Ausprägungen depressiver, ängstlicher sowie posttraumatischer Symptome gefunden werden (3-5). Frühgeborene Kinder haben ein erhöhtes Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko (6), hohe Rehospitalisierungsraten sowie ein Risiko für sensorische, neurologische und kognitive Entwicklungsstörungen oder Verhaltensauffälligkeiten (7,8).

Eine zu frühe Geburt bedeutet ferner eine Beeinträchtigung der Elternwerdung und des Aufbaus einer Eltern-Kind-Beziehung bzw. -Bindung (9,10). Erschwerter Beziehungsaufbau und Einschränkungen in der Bindungsqualität beeinflussen die kognitive, soziale und emotionale Entwicklung des Kindes zusätzlich negativ (11).

Das frühzeitige Einbeziehen der Eltern in die stationäre Kindespflege ist notwendig, um ihre Kompetenzen zu stärken und die Entwicklung des Kindes frühestmöglich zu unterstützen. Im Mittelpunkt steht dabei eine entwicklungsadäquate Eltern-Kind-Interaktion als Basis für eine optimale Kindesentwicklung, die sogar zu einer Verkürzung des Krankenhausaufenthalts führen kann (12,13). Es ist bekannt, dass für die besonderen Entwicklungsbedürfnisse des früh geborenen Kindes sensibilisierte Eltern einen substanziellen Beitrag zur Verbesserung seiner Entwicklung leisten können. Besondere Bedeutung kommt hierfür sogenannten Trainingsprogrammen zu (14). Kinder trainierter Mütter zeigen frühzeitig Veränderungen in der Hirnreifung und der Konnektivität der weißen Hirnsubstanz (15).

Für eine, in die intensivmedizinische Behandlung des frühgeborenen oder krank neugeborenen Kindes integrierte psychologisch-sozialmedizinische Versorgung der Eltern und Familie mit adäquater Elternberatung, gezielter Elternschulung sowie Entlassungsplanung und Entwicklungskontrolle (16) sind dabei folgende Zielstellungen maßgeblich:

- Vermeidung geburtsbedingter Anpassungs- und Belastungsstörungen der Eltern,
- Optimierung von Eltern-Kind-Bindung und Verbesserung der neurologischen Entwicklung und
- langfristige Sicherung medizinischer Behandlungserfolge durch Nachsorge und Kontrolle.

Vorrangiges Ziel ist die Befähigung der Eltern/Sorgeberechtigten im Umgang mit ihren Früh-/Risikogeborene / der kritisch kranke Säuglinge. Aspekte sind die Stärkung der elterlichen Kompetenzen sowie ihre Kontrollüberzeugungen, um ihnen so die entwicklungsadäquate Pflege und Versorgung ihres Kindes zu ermöglichen. Dafür ist ein System aufeinander aufbauender einzelner Versorgungsmaßnahmen maßgeblich, die wir hier exemplarisch aufgeführt haben:

- Assessment: ausführliche ärztliche oder psychologische oder pädagogische oder pflegerische

diagnostische Gespräche, biographische Anamnese, soziale Anamnese, Familienanamnese.

- Dokumentation: Sicherung der Versorgungsqualität und Behandlungsoptimierung, Versorgungsplanung, Bedarfsprognose, Erstellung von Versorgungspfaden, strukturierten Befunddokumentation unter Verwendung spezifischer Dokumentationsunterlagen.
- Begleitung: Mobilisierung von Unterstützungsressourcen, Aktivierung sozialer Netzwerke, Akquise weiterer Unterstützungspotentiale.
- Beratung: Information, Sozialberatung, Entwicklungsberatung, aber auch Krisen- und Konfliktbewältigung und ggf. Sterbebegleitung.
- Anleitung: theoretische Elternschulung, praktische Unterweisung, und Übung wiederkehrender allgemeiner und spezifischer Pflege- und Versorgungshandlungen am Kind, Unterweisung mit bindungsorientierter Beratung und videogestütztem Feedback.
- Vernetzung: Nutzung inner- und außerklinischer Versorgungseinrichtungen, insbesondere Mutter-Kind-Angebote, Angebote von Jugend- und Sozialamt und Einrichtungen der frühen Hilfe.
- Entlassungsplanung: Organisieren und Durchführen multidisziplinärer Entlassungsgespräche mit Planung der ambulanten Versorgung sowie Kontaktdaten fallbezogener Ansprechpartner, Planung von Übergang in die Häuslichkeit und ggf. Festlegung von Inhalten der Nachsorge.
- Nachsorge: Prüfung des Nachsorgebedarfs und ggf. Beantragung sowie Festlegung zu fallbezogenen Nachsorgeswerpunkten mit dem Ziel der Sicherung medizinischer Behandlungserfolge und familiärer Lebensqualität.

Zur Qualitätssicherung und Behandlungsoptimierung erfolgt eine Evaluation der in Anspruch genommenen Versorgung und Betreuung.

Literaturangaben:

- 1 Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ et al. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birthrates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *The Lancet*, 379, 2162-72.
- 2 European Foundation for the Care of Newborn Infants. (2010). EU Benchmarking Report 2009/2010. Too Little, Too Late? Why Europe should do more for preterm infants. Verfügbar unter: <http://www.efcni.org/index.php?id=1321>[10.04.2012]
- 3 Ahlund S, Clarke P, Hill J et al. (2009). Post-traumatic stress symptoms in mothers of very low birth weight infants 2–3 years post-partum. *Arch Womens Ment Health*, 12, 261-4.
- 4 Jotzo M, Schmitz B (2002). Traumatisierung der Eltern durch die Frühgeburt des Kindes. *Psychotraumatologie*. 3(3): 38
- 5 Poehlmann J, Miller AJ, Bolt D et al. (2009). Predictors of Depressive Symptom Trajectories in Mothers of Preterm or Low Birth Weight Infants. *Journal of Family Psychology*, 23 (5), 690-704.
- 6 Ward RM & Beachy JC (2003). Neonatal complications following preterm birth. *British Journal of Gynecology*, 110, 8-16.
- 7 Anderson P (2003). Neurobehavioral outcomes of school-age children born extremely low birth weight or very preterm in the 1990s. *Journal of the American Medical Association*, 289, 3264-72.
- 8 Bhutta A, Cleves M, Casey P et al. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 288, 728-37.
- 9 Moore T, Hennessy EM, Myles J et al. (2012). Neurological and developmental outcome in extremely preterm children born in England in 1995 and 2006: the EPICure studies. *BMJ*;345:e7961.
- 10 Aarnoudse-Moens CS, Weisglas-Kuperus N, van Goudoever, JB et al. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, 124(2),717-28.
- 11 Bowlby J (2005). Frühe Bindung und kindliche Entwicklung. 5., neu gestaltete Aufl. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- 12 Newnham CA, Milgrom J & Skouteris H (2009). Effectiveness of a modified Mother-Infant Transaction Program on outcomes for preterm infants from 3 to 24 months of age. *Infant Behaviour Development*,32,17–26.
- 13 Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ et al. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*,113, 846-57.

14 Rauh VA, Nurcombe B, Achenbach T et al. (1990). The Mother-Infant Transaction Program - the Content and Implications of An Intervention for the Mothers of Low-Birth-Weight Infants. Clin Perinatol; 17(1):31-45.

15 Milgrom J, Newnham C, Anderson PJ et al. (2010). Early Sensitivity Training for Parents of Preterm Infants: Impact on the Developing Brain. Pediatric Research; 67:330-5.

16 Reichert J & Rüdiger M (2012). Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung von Eltern Frühgeborener. Stuttgart: Ligatur.

b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant?

Mit ICD-Kodes und vorhandenen Prozeduren lässt sich das Verfahren der familienzentrierten psychosozialen Betreuung/Befähigung nicht darstellen. Der Ressourcenverbrauch ist bei den einzelnen Patienten in Abhängigkeit vom Umfeld sehr unterschiedlich.

Diese Prozedur ist notwendig für die Kostenkalkulation und die zukünftige Finanzierung dieser Fälle.

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | |
|--|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Etabliert | <input checked="" type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Es werden durchschnittlich 62 €/h Personalkosten veranschlagt. Dieser Kostenansatz ergibt sich aus der Multimodalität der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team und wurde in einem Modellprojekt kalkuliert. Danach ergeben sich für die beantragte Prozedur folgende Werte.

.0 124,- bis 310,-€

.1 372,- bis 930,-€

.2 992,- bis 1550,-€ usw.

Nicht berücksichtigt bei der Aufstellung wurden die Begleitkosten für Unterbringung, Material etc.

e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt

Die Zahl zu früh geborener Kinder liegt in Deutschland aktuell bei etwa 10 % aller Geburten. In Deutschland wurden 2012 insgesamt 673.544 Kinder geboren. Demnach kommt die Prozedur bei Familien früh- und krank neugeborener Kinder 2012 bei ca. 67.350 Kindern in Frage. Bei einer Inanspruchnahme durch ca. 80% der Familien war 2012 von 53.880 Fällen auszugehen.

f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern)

Es gibt bislang keine vergleichbaren Verfahren.

- g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit dem Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH (AQUA) abgestimmt werden.

Es gibt derzeit keine externe Qualitätssicherung. Erforderlich wäre eine standardisierte Kontrolle/Evaluation der initialen Behandlungsergebnisse über einen mindestens 2-jährigen Beobachtungszeitraum.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Erste Auswertungen eines Modellprojektes in Sachsen ergaben, dass durch die psychologisch-sozialmedizinische Betreuung Früh- und kranker Neugeborener während des stationären Aufenthaltes Kosten in der nachfolgenden medizinischen Betreuung gesenkt werden können.