

# Änderungsvorschlag für den OPS 2017

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Änderungsvorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulardaten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2017-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.docx*  
*kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein  
*namedesverantwortlichen* sollte dem unter 1. (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen  
**Beispiel: ops2017-komplexxkodefruehreha-mustermann.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2016** an **vorschlagsverfahren@dimdi.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten haben, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, [klassi@dimdi.de](mailto:klassi@dimdi.de)).

## Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Einzelpersonen** werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen für den Vorschlag relevanten Fachverbänden (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, leitet das DIMDI diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

**Der Einsender stimmt zu, dass das DIMDI den 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.

## Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung der personenbezogenen Daten



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.



Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** der personenbezogenen Daten (Seite 1 und 2 des Vorschlagsformulars, Name des Verantwortlichen im Dateinamen) auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter [dsb@dimdi.de](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

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 (sofern vorhanden)	GKind
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://www.gkind.de">www.gkind.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr. med.
Name *	Lutterbüse
Vorname *	Nicola
Straße *	Wilhelmstr. 2a
PLZ *	93049
Ort *	Regensburg
E-Mail *	<a href="mailto:nicola.lutterbuese@gkind.de">nicola.lutterbuese@gkind.de</a>
Telefon *	0941-2983668

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation	Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizi
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	GNPI
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://www.gnpi.de">www.gnpi.de</a>
Anrede (inkl. Titel)	Herr Dr. med.
Name	Küster
Vorname	Helmut
Straße	Robert-Koch-Str. 40
PLZ	37099
Ort	Göttingen
E-Mail	<a href="mailto:Helmut.Kuester@med.uni-goettingen.de">Helmut.Kuester@med.uni-goettingen.de</a>
Telefon	0551-39-6900

**Bitte beachten Sie:** Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 1 und 2 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 1. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 3, also ab hier, veröffentlicht.

**3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

Familienzentr. multimodale Komplexbeh. bei Frühgeb., kranken Neugeb. u. Säuglingen

**4. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? \***

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)



Dem Antragsteller liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Antrags seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

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)

**5. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

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

NEUE Schlüsselnummer:

9-401.6 Familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, kranken Neugeborenen und Säuglingen mit drohender Bindungsstörung

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist für die psychosoziale und bindungsunterstützende familienzentrierte Versorgung bei Frühgeborenen, kranken Neugeborenen und Säuglingen während des stationären Aufenthalts zu verwenden

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

Mindestmerkmale:

- Multiprofessionelles Team unter Leitung eines Facharztes für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neonatologie oder Kinderchirurgie.
- Beteiligung von mindestens 3 Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte, Sozialarbeiter, Sozialpädagogen, Still-, Ernährungsberater)
- Assessment zu individuellen Schwerpunkten der Belastungsbewältigung durch eine spezielle psychisch-sozialmedizinische Anamnese folgender Bereiche von mindestens 30 Minuten Dauer mit Dokumentation (Das Assessment ist nicht auf die Anzahl der Therapieminuten anrechenbar):
  - individuelle Ressourcen
  - familiäre Ressourcen
  - soziale Ressourcen
  - lokale/kommunale Ressourcen
- Vorhandensein und Einsatz von mindestens 2 der folgenden Therapiebereiche von jeweils mindestens 30 Minuten Dauer:
  - Beratung der Eltern/Sorgeberechtigten am erkrankten Kind
  - Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten in bindungsförderndem Verhalten am erkrankten Kind
  - Fallbesprechung unter Beteiligung des Behandlungsteams von mindestens 30 Minuten Dauer -bei einer

Aufenthaltsdauer von mehr als einer Woche wöchentlich- mit Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele. Die Anwesenheit aller beteiligten Berufsgruppen und der Behandlungsleitung ist zu dokumentieren.

- Krisenintervention bei Eltern/Sorgeberechtigten am erkrankten Kind bei akuter Zustands-verschlechterung
- Durchführen einer Fallkonferenz unter Beteiligung des Behandlungsteams sowie der Eltern/Sorgeberechtigten von mindestens 30 Minuten Dauer. Eine Fallkonferenz unter Beteiligung der Eltern ist als Therapie anzurechnen.
- Monitoring der Befähigung der Eltern mit kontinuierlicher Anpassung der Maßnahmen an den Hilfebedarf

.60 Mindestens 5 bis unter 15 Therapiestunden

.61 Mindestens 15 bis unter 25 Therapiestunden

.62 Mindestens 25 bis unter 35 Therapiestunden

.63 35 Therapiestunden und mehr

## 6. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Vorrangiges Ziel des Antrags auf diese Prozedur -Familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, kranken Neugeborenen und Säuglingen mit drohender Bindungsstörung' ist die Befähigung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten im Umgang mit ihren Früh- bzw. kranken Neugeborenen und Säuglingen während des stationären Aufenthalts. Wichtige Aspekte sind die Stärkung der elterlichen Kompetenzen sowie ihrer Kontrollüberzeugungen, um dem Kind so die entwicklungsadäquate Pflege und Versorgung durch die Eltern/Bezugsperson zu ermöglichen. Dafür ist ein System aufeinander aufbauender einzelner Versorgungsmaßnahmen maßgeblich, welche u.a. in einem Konsenspapier (17) definiert wurden.

Der Vorschlag konnte von DIMDI im VV2016 nicht abschließend bearbeitet werden. Er wird jetzt nach inhaltlicher Abstimmung und Konsentierung mit Herrn Dr. Bentlage vom GKV-Spitzenverband erneut eingereicht.

Hintergrundinformationen:

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 von zu früh oder krank geborenen Kindern wurden höhere Prävalenzen für klinische und subklinische Ausprägungen depressiver, ängstlicher sowie posttraumatischer Symptome gefunden (3-5). Diese 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 unter Einbeziehung der Eltern/ Bezugsperson mit adäquater Elternberatung, gezielter Elternanleitung am Kind sowie Entlassungsplanung und Entwicklungskontrolle (16) sind folgende Zielstellungen maßgeblich, von denen die 2. für den vorliegenden Antrag maßgeblich ist:

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

### 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) Jetzo M, Schmitz B (2002). Traumatisierung der Eltern durch die Frühgeburt des Kindes.

Psychiatrische Möglichkeiten bei der Verhandlung eines Zusatzentgelts für diese Leistung, sofern sie als

(5) Poenimann 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 out-comes 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.

(17) Reichert J, Eulerich-Gyamerah S, Poets C, Kribs A, Roth B, Kühn T, Rossi R, Bindt C, von der Wense A, Rüdiger M. (2014). Psychologisch-sozialmedizinische Versorgung in der Neonatologie. Monatsschr Kinderheilkd; 162:1010-7.

b. I

nwi  
ewe  
t ist  
der  
Vor  
schl  
ag  
für  
die  
Weit  
eren  
twic  
klun  
g  
der  
Ent  
gelt  
syst  
eme  
rele  
vant  
? \*

c.V

erbr  
eitu  
ng  
des  
Verf  
ahre  
ns \*



S  
tand  
ard



E  
xperi  
men  
tell



U  
nbek

annt

**d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \***

Kosten+Kodierung:

Für die familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung werden 62 €/h veranschlagt. Dieser Kostenansatz ergibt sich aus der Multimodalität der erforderlichen Komplexbehandlung durch ein multiprofessionelles Team und wurde in einem Modellprojekt kalkuliert.

- Der Einstiegs-Code .0 ist bei mindestens 5 Stunden bis zu 15 Stunden zu vergeben. Die zu veranschlagenden Personalkosten lägen bei den angesetzten 62€/ h zwischen 310€ und 930€ / im Mittel bei 620€.
- Bei weniger Aufwand, z.B. 2 Stunden für einen 'einfachen Fall' oder wenn nur ein Assessment durchgeführt wird, wird hier bewußt auf eine Kodiermöglichkeit verzichtet.
- Für einen höheren Aufwand wurde die Prozedur weiter differenziert

**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 (1). In Deutschland wurden 2012 insgesamt 673.544 Kinder geboren (2) demnach käme die familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung in 2012 bei ca. 67.350 Kindern in Frage. Bei einer Inanspruchnahme durch ca. 80% der Familien hätten sich 2012 ca. 53.880 Fälle ergeben.

(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) Statistisches Bundesamt (2012). Die Statistik der Geburten 2012. Abgerufen unter <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Geburten.html> am 06.11.2013.

**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, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Es gibt zur familienzentrierten multimodalen Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, kranken Neugeborenen und Säuglingen derzeit keine externe Qualitätssicherung.

**7. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen)

Erste Auswertungen eines Modellprojektes in Sachsen ergaben, dass durch diese familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung während des stationären Aufenthalts auch die Kosten für die nachfolgende medizinische Betreuung gesenkt werden können.