

Änderungsvorschlag für den OPS 2018

Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge 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:
ops2018-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2018-komplexxkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2017** 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, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die [‘Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS’](#) in der aktuellen Fassung:

www.dimdi.de – Klassifikationen ... – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden 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.

Einräumung der Nutzungsrechte

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem DIMDI das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

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 e.V. |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) | www.GKinD.de |
| Anrede (inkl. Titel) * | Fau Dr. med. |
| Name * | Nicola |
| Vorname * | Lutterbüse |
| Straße * | Wilhelmstr. 2a |
| PLZ * | 93049 |
| Ort * | Regensburg |
| E-Mail * | nicola.lutterbuese@gkind.de |
| Telefon * | 0941-2983668 |

Einräumung der Nutzungsrechte *



Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:
'Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem DIMDI werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.'

Erklärung zum Datenschutz *



Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.



Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten 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 erreichen.

2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

| | |
|---|--|
| Organisation * | Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin |
| Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) | GNPI |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) | 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 |

Erklärung zum Datenschutz *

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.



Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten 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 erreichen.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.

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

Präventive familienzentr. multimodale Komplexbeh. bei Frühgeb., Neugeb. u. Säugl.

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- ☐ Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

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. Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist *

☒ Nein

☐ Ja

- a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)

- b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

Aus unserer Sicht könnte die neue Prozedur verortet werden unter 9-401.6 oder besser

9-502.- Präventive familienzentrierte multimodale Komplexbehandlung bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen

Hinw.: Ein Kode aus diesem Bereich ist für die psychosoziale und bindungsunterstützende familienzentrierte Versorgung während des stationären Aufenthaltes zu verwenden bei Frühgeborenen, Neugeborenen und Säuglingen, die sich auf Grund von Unreife, Störungen der Vitalfunktionen z.B. nach Infektionen, Störungen der Wahrnehmung, neuromuskulären Erkrankungen oder neurologischen Einschränkungen z.B. nach intrazerebralen Blutungen ihren Bezugspersonen nicht adäquat mitteilen oder sensomotorisch auf diese reagieren können. Das Risiko einer Bindungsstörung soll minimiert werden.

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 oder Facharztes für Kinderchirurgie
- Das multiprofessionelle Team besteht mindestens aus den folgenden 3 Berufsgruppen: Ärzte Psychologen oder Pädagogen, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegekräfte
- Vorhandensein und bedarfsgerechter Einsatz (mindestens in Kooperation) von weiteren Therapeuten, wie Ökotrophologen/Ernährungsberater, Physio-/Ergotherapeuten, Sozialarbeiter/-therapeuten
- Assessment durch Mitglied des multiprofessionellen Teams zu individuellen Schwerpunkten der Belastungsbewältigung durch eine spezielle psychisch-sozialmedizinische Anamnese mit Dokumentation folgender Bereiche (Das Assessment ist nicht auf die Anzahl der Stunden anrechenbar):
 - individuelle Ressourcen
 - familiäre Ressourcen
 - soziale Ressourcen
 - lokale/kommunale Ressourcen
- Einsatz von mindestens 2 der folgenden Leistungen (jeweils mindestens 30 Minuten Dauer, Leistungserbringung durch mindestens 1 Mitglied des multiprofessionellen Teams):
 - Beratung der Eltern/Sorgeberechtigten zu sozialen Aspekten und Entwicklungsaspekten bei drohender Bindungsstörung sowie zur Mobilisierung von Unterstützungsressourcen
 - Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten in bindungsförderndem Verhalten durch
 - theoretische Unterweisung im Einzel- oder Gruppensetting und/oder
 - praktische Unterweisung im Einzelsetting und/oder
 - Übung wiederkehrender allgemeiner und spezifischer Pflege- und Versorgungshandlungen am eigenen Kind
 - Krisenintervention bei kurzfristiger Zustandsverschlechterung des Kindes
- Fallbesprechung (bei einer Aufenthaltsdauer von mehr als einer Woche erfolgt die Fallbesprechung mindestens wöchentlich) unter Beteiligung aller 3 Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams von mindestens 10 Minuten Dauer mit Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele. Die Anwesenheit der beteiligten Berufsgruppen und Inhalte der Besprechung sind zu dokumentieren. Diese Fallbesprechung ist z.B. mit 30 Minuten (3 Teammitglieder à 10 Minuten) auf die Anzahl der Stunden anzurechnen
- Mindestens eine Fallkonferenz unter Beteiligung von mindestens 2 Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams sowie der Eltern/Sorgeberechtigten von mindestens 15 Minuten Dauer. Sie dient der Planung von geeigneten Leistungen gemeinsam mit den Eltern/Sorgeberechtigten, der Evaluation in Anspruch genommener Versorgung und Betreuung, der Zusammenarbeit mit weiteren medizinischen Versorgungseinrichtungen zur psychiatrischen oder psychologischen Versorgung der Eltern/Sorgeberechtigten sowie der Vorbereitung von im Einzelfall erforderlichen amtlichen Entscheidungen beispielsweise durch das Sozial- oder Jugendamt. Die Anwesenheit der beteiligten Berufsgruppen und Inhalte der Konferenz sind zu dokumentieren. Diese Fallkonferenz ist z.B. mit 30 Minuten (2 Teammitglieder

à 15 Minuten) auf die Anzahl der Stunden anzurechnen

- .0 Mindestens 2 bis unter 5 Stunden
- .1 Mindestens 5 bis unter 15 Stunden
- .2 Mindestens 15 bis unter 25 Stunden
- .3 Mindestens 25 bis unter 35 Stunden
- .4 35 Stunden und mehr

7. 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 VV2017 nicht abschließend bearbeitet werden. Er wird jetzt nach inhaltlicher Abstimmung beim KKG am 24.01.2017 und vorhergehender 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.

Literaturangabe unter 8. Sonstiges

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

Ziel ist die Möglichkeit der Verhandlung eines Zusatzentgelts für diese Leistung, sofern sie als Kostentrenner in den DRGs selbst oder als bepreistes Zusatzentgelt noch nicht geeignet ist. Die hinterlegte Behandlung ist neu und wird erst in einigen Einrichtungen angeboten.

Der Bedarf besteht allerdings nicht bei allen Patienten in gleichem Umfang. Er ist auch regional sehr unterschiedlich

c. Verbreitung des Verfahrens *

- ☐ Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- ☒ Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- ☐ In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- ☐ Unbekannt

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

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 2 Stunden bis unter 5 Stunden zu vergeben.

Bei dem darauffolgenden Code .1 mit 5 bis unter 15 Stunden liegen die kalkulierten Personalkosten bei den angesetzten 62€/ h zwischen 310€ und 930€ / im Mittel bei 620€.

- Bei weniger Aufwand als 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.)

8. 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

Anlage: Muster für ein Assessment

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 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.