

# Änderungsvorschlag für den OPS 2019

## Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten 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:  
*ops2019-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2019-komplexe-fruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2018** 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](mailto: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](http://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](http://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 *	Zentren für Psychiatrie Baden Württemberg, AG Neues Entgelt
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="http://www.psychiatrie-bw.de">http://www.psychiatrie-bw.de</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Brenk
Vorname *	Peter
Straße *	Heidelbergerstrasse 1a
PLZ *	69168
Ort *	Wiesloch
E-Mail *	<a href="mailto:peter.brenk@pzn-wiesloch.de">peter.brenk@pzn-wiesloch.de</a>
Telefon *	06222-552009

### 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](mailto:dsb@dimdi.de) erreichen.

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

Organisation \*

Offizielles Kürzel der Organisation  
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation  
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) \*

Name \*

Vorname \*

Straße \*

PLZ \*

Ort \*

E-Mail \*

Telefon \*

### 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](mailto: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) \***

Erweiterung der Altersbegrenzung für Kinder im Rahmen von 9-643

**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:

**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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

- 1.) Wegfall der Formulierung 'nach der Geburt eines Kindes'
- 2.) Änderung der Altersangabe: statt 'zum 0 bis 4 Jahre alten Kind', nun: 'zum bis zu 7 Jahre alten Kind'
- 3.) Anpassung der Berufsangaben: statt 'Pädagogisch-pflegerische Fachkräfte (z.B. Kinderkrankenpfleger, Erzieher, Heilerzieher, Heilpädagogen)', nun: 'Pädago-gisch-pflegerische oder vergleichbare geeignete Fachkräfte (z.B. Kinderkranken-pfleger, Erzieher, Heilerzieher, Heilpädagogen, Ergotherapeuten)'

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Der derzeit bestehende OPS-Kode mit entsprechender PEPP-Finanzierung bezieht sich auf die 'Behandlung psychisch kranker Mütter oder Väter mit einer psychischen Störung nach der Geburt eines Kindes, wenn aufgrund der elterlichen Erkrankung eine Beziehungsstörung zum 0 bis 4 Jahre alten Kind besteht und die Aufnahme der Mutter oder des Vaters gemeinsam mit dem Kind indiziert ist, um psychiatrische Auffälligkeiten beim Kind präventiv zu begegnen

Aus unserer seit 1999 bestehenden Erfahrung in Mutter/Vater-Kind-Behandlungen empfehlen wir die Ergänzung dieser Behandlungsform um im Wesentlichen zwei weitere Kriterien, die mit dem aktuellen OPS-Kode bislang nicht abgedeckt sind. Diese sind:

a) Alterskriterium: Kinder, die älter als 4 Jahre alt sind (insbesondere bis zum Alter von 7 Jahren).

b) Diagnosekriterium: psychische Erkrankungen der Mutter/des Vaters, die nicht zwangsläufig nur im direkten Zusammenhang mit der Geburt stehen.

Nähere Erläuterungen:

Ad a)

Gerade Kinder im Kleinkind- und Vorschulalter bedürfen einer besonderen Unterstützung in der Interaktion und einer guten Psychoedukation. So wissen wir von erwachsen gewordenen Kindern psychisch kranker Eltern, dass sie sich als Kind vor allem aufklärende Gespräche zur Erkrankung ihres Elternteils gewünscht hätten und Unterstützung darin, die Situation emotional verarbeiten zu können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sich im Vorschulalter die Wahrnehmung nach außen weiter öffnet und differenziert. Auch mit der Weiterentwicklung der Sprache stellen sich dem Kind mehr Fragen zu Themen, die es selbst betreffen; darunter sind natürlich die Eltern als Hauptbezugspersonen zuallererst.

Ein weiterer Problempunkt ist, dass sich bei Kindern bis zum Schulalter bereits ein ungünstiger Teufelskreislauf in der Eltern-Kind-Interaktion gebildet haben kann: die/der psychisch erkrankte Mutter/Vater würde einerseits gerne eine stationäre Behandlung in Anspruch nehmen, kann dies jedoch nicht, da sie/er dann die ohnehin geschwächte Beziehung zu ihrem/seinem Kind gefährden könnte. Auf der anderen Seite verstärkt sich durch eine ausbleibende Behandlung die Symptomatik sowohl der Mutter/des Vaters, als auch u.U. des Kindes, was sich gegenseitig ungünstig beeinflusst, ohne dass eine gemeinsame Lockerung der verfestigten Strukturen in Sicht ist, da eine nur ambulante Behandlung der Mutter/des Vaters und/oder des Kindes nicht ausreichend intensiv sind. Auch eine stationäre kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung führt oft nur zu einer einseitigen Lösung, weniger aber der Interaktionsproblematik. Gerade aber bei Müttern/Vätern mit psychiatrischen Diagnosen führen erst vollstationäre Behandlungen in einer Fachklinik weiter.

Ad b)

Aufgrund unserer Erfahrung sind wir der Meinung, dass Patienten, die an einer psychischen Erkrankung leiden, welche aber nicht in direktem Zusammenhang mit der Geburt des Kindes steht, nicht von einer Mutter/Vater-Kind-Behandlung ausgeschlossen werden sollten. So werden manche Erkrankungen erst relevant, wenn die Kinder schon älter als 4 Jahre alt sind. Beispielsweise brauchen Patienten mit Zwangsstörungen oft viele Jahre, bis sie überhaupt erst den Weg zu einem Arzt finden. Auch werden mit dem bestehenden OPS-Kode psychisch erkrankte Eltern nicht berücksichtigt, die bereits vor der Geburt eine psychische Erkrankung hatten und die sich beispielsweise durch die neue Lebenssituation mit Kindern i.S.e. Überlastung verstärkt. D.h. – jenseits der postpartalen Erkrankungen – werden bislang bestimmte Diagnosegruppen ausgeschlossen, z.B. die emotional instabile Persönlichkeitsstörung oder das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS/ADHS).

Der Präventionsaspekt

Eine gemeinsame stationäre Behandlung kann einerseits behandelnd, andererseits präventiv wirken. Neben dem Behandlungsaspekt der Mütter/Väter und der Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung ist auch der Präventionsaspekt hinsichtlich dem über 4-fach erhöhten Risiko für die Kinder psychisch

kranker Eltern, selbst später an einer psychischen Störung zu erkranken, hervorzuheben (Mattejat & Remschmidt 2008). Schätzungen der Bundestherapeutenkammer auf der Basis des Bundesgesundheits surveys 1998 gingen von 1,5 Mio. Kinder psychisch erkrankter Eltern in Deutschland aus, aktuell geht man sogar von bis zu 3,8 Mio. Kindern aus (Bühning 2017, Müller & Schmergal 2017). Prävention ist nach dem Bundeskinderschutzgesetz (2012) ein aktuell vorangetriebenes Thema.

#### Bedarfsanalyse

Es zeigt sich ein hoher Bedarf für eine stationäre Mutter/Vater-Kind-Behandlung, auch für ältere Kinder, was sich z.B. durch volle Wartelisten und Anfragen aus dem ganzen Bundesgebiet abzeichnet (Gebhardt et al. 2013, Gebhardt 2015).

Aus Untersuchungen an Mutter/Vater-Kind-Behandlungen wissen wir, dass diese Behandlungsform nicht nur bei postpartalen Erkrankungen wirksam ist (Hornstein et al. 2007), sondern auch bei Müttern mit älteren Kindern, insbesondere auch hinsichtlich der Mutter-Kind-Interaktion (Abendschein 2012).

Dies wird zudem durch zahlreiche Studien an anderen Interventionsverfahren gestützt, die einer Mutter/Vater-Kind-Behandlung in vielerlei Hinsicht ähneln und bereits signifikante Präventionseffekte zeigen. So zeigte eine Metaanalyse von Siegenthaler et al. (2012) eine Risikoreduktion solcher Programme um 40% für die mitbetreuten Kinder, ebenfalls an einer psychischen Erkrankung zu erkranken. Eine weitere Metaanalyse ergab mittlere Effekte für Wirksamkeitsbefunde von Interventionen für Kinder psychisch kranker Eltern (Christiansen et al. 2011). Gleichzeitig weiß man, dass die Qualität der Mutter-Kind-Interaktion, auch bei älteren Kindern, einen bedeutsamen Schutzfaktor im Sinne einer Prävention von psychischen Belastungen darstellt (Garber et al. 2009, Reupert & Maybery 2011, Wiegand-Grefe et al. 2011, Beardslee et al. 2013, Compas et al. 2015, Christiansen et al. 2015). Auch bei schweren somatischen Erkrankungen, wie z.B. Brustkrebs, führt ein Mutter-Kind-Interventionsprogramm zu einer verbesserten Gesundheit für sowohl Mutter als auch Kinder (John et al. 2013). Schließlich existieren zahlreiche Studienbefunde, die indirekt auf eine Wirksamkeit einer Mutter-Kind-Behandlung hindeuten, z.B. Untersuchungen zu Risikofaktoren (Buchmann et al. 2012) und zu Schutzfaktoren und Resilienz (Conway et al. 2006, Whalen et al. 2014).

Folglich müssen Mutter/Vater-Kind-Behandlungen über die Verbesserung der Eltern-Kind-Interaktion neben der Therapie des Elternteils auch zu einer Prävention von psychischen Erkrankungen der Kinder führen, insbesondere, wenn die 3 Komponenten des Expertenkonsensus (Mattejat & Remschmidt 2011) berücksichtigt sind, nämlich

- a) eine effektive Behandlung der Erkrankung der Eltern,
- b) psychoedukative Interventionen und
- c) die Gewährleistung spezifischer (z.B. psychiatrische/psychotherapeutische/ sozialpädagogische), individualisiert angepasster Hilfen.

Während Prä-Post-Effekte bereits für die Mutter/Vater-Kind-Behandlung für sowohl Mütter/Väter als auch die Interaktion zu Kindern mit Alter bis zum Schulalter existieren, gibt es noch keine Langzeit-Analysen hinsichtlich des direkten präventiven Effektes einer Mutter/Vater-Kind-Behandlung für die Kinder. Da es sich jedoch um einen stationären, multimodalen und multiprofessionellen Ansatz handelt, d.h. eine hohe therapeutische Intensität besteht, sind noch höhere Effektstärken als bei den familienbasierten Interaktions-Ansätzen zu erwarten.

Zusammengenommen kann man daher schließen, dass eine stationäre Mutter/Vater-Kind-Behandlung für ältere Kinder, die sich in ihrem Aufbau an den bisherigen Forschungsergebnissen und dem Expertenkonsensus orientiert, neben dem primären therapeutischen Effekt einen Präventionseffekt haben muss. Eine Evaluationsforschung in natura ist erst möglich, wenn es überhaupt solche Mutter-Kind-Behandlungseinheiten gibt, die entsprechend longitudinal untersucht werden können.

Der Bedarf ist als sehr hoch einzuschätzen, insbesondere auch für psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlungen von Eltern mit Kindern im Kleinkindalter bis Schulkindalter (Gebhardt et al. 2013) und die gesamtgesellschaftliche Bedeutung ist hoch. Die ethische Notwendigkeit der breitflächigen Bereitstellung dieser Behandlungsform ist unabdingbar und daher nicht diskutabel. Unabhängig davon besteht aber auch ein ökonomischer Nutzen auf lange Sicht, da die Kosten psychiatrischer Erkrankungen für die Gesellschaft hoch sind (Patel et al. 2015).

Insgesamt besteht eine ausreichende Gesamtdatenlage, um stationäre Mutter-Kind-Behandlungen in der Psychiatrie/Psychosomatik als sehr sinnvoll zu begründen und entsprechend zu etablieren, nicht



nur zugunsten der erkrankten Elternteile, sondern auch aus präventiver Sicht für die Kinder. Die stationäre Mutter/Vater-Kind-Behandlung stellt dabei einen wichtigen ergänzenden Baustein in der Versorgungslandschaft dar, der eine intensive Behandlung und Weichenstellung zum weiteren ambulanten Prozedere ermöglicht. Weitere Langzeitstudien können unter weiterer Bezugnahme auf Einzelaspekte und Wirkfaktoren die Effektivität untermauern.

#### Empfehlung zum Setting

Auf Station 39 der APII des PZN Wiesloch besteht eine Erfahrung seit 1999 in der Mutter/Vater-Kind-Behandlung für psychisch erkrankte Mütter/Väter mit Kindern im Alter von 2 bis 7 Jahren (teils älter). Entsprechend war der Begriff Mutter-Kind-Behandlung schon Jahre vor Einführung der PEPP-Kriterien durchaus für ältere Kinder geprägt.

Ein kindgerechtes und eher psychotherapeutisch-psychosomatisches Setting scheint am besten geeignet für eine Mutter/Vater-Kind-Behandlung mit älteren Kindern, um eine therapeutisch angenehme und konstruktive Atmosphäre zu schaffen. Neben der Behandlung der Mutter/des Vaters steht die Eltern-Kind-Beziehung im Fokus. Im Gegensatz zu einem reinen Rooming-in-Setting wird das Kind in kindgerechte Therapiebausteine integriert. Dabei ist eine diagnostische Einschätzung der Mutter-Kind-Beziehung genauso relevant wie (fach-)therapeutisch unterstützte Mutter-Kind-Aktivitäten.

Die Mutter/Vater-Kind-Behandlung sollte insgesamt einen therapeutischen bzw. fördernden Aspekt haben. Dagegen müssen fremdmotivierte, ausschließlich diagnostische oder gar gutachterliche Interessen (etwa Überprüfung der Erziehungsfähigkeit) bereits im Vorgespräch ausgeschlossen werden, da solche Aspekte die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Charakter einer psychotherapeutisch geprägten Station stark beeinträchtigen und damit den Sinn einer Mutter/Vater-Kind-Behandlung ins Gegenteil verkehren würden.

Auch sind Behandlungsgesuche, bei denen es rein um die Behandlung der Mutter geht und kein Einbezug der Mutter-Kind-Interaktion von der Mutter/dem Vater gewünscht ist, d.h. das Kind lediglich zur Mitbetreuung mitgebracht werden soll, kritisch auf den Punkt zu hinterfragen, ob dieser Ansatz geeignet ist und auch für das Wohl des Kindes förderlich ist.

Im Gegensatz zu dem bestehenden OPS-Kode sind Fachkräfte, die für Säuglinge relevant sind (z.B. Hebamme), für diese Altersgruppe selbstverständlich nicht vorrangig. Hingegen sind für diese Altersgruppe andere Berufsgruppen vorrangiger, wie z.B. Ergotherapeuten. Ebenso ist es empfehlenswert, dass an einzelnen Tagen Zeiten der Kinderbetreuung gewährleistet werden können, damit die Mutter/der Vater auch Einzeltherapien wahrnehmen kann.

Eine kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung ist dabei nicht erforderlich, da es ja eben um die Prävention geht bzw. allenfalls um ein Screening, ob ein Kind kinder- und jugendpsychiatrisch vorgestellt werden müsste. Sollte bei einem Kind bereits eine kinder- und jugendpsychiatrisch diagnostizierte Störung vorbekannt sein, wäre im Einzelfall abzuwägen, ob eine Mutter/Vater-Kind-Behandlung in einem erwachsenenpsychotherapeutischen Setting sinnvoll ist bzw. unter welchen Bedingungen (z.B. kinder- und jugendpsychiatrische Mitbetreuung).

Eine altersentsprechende Umgebung ist vorzuhalten mit eigenen Beschäftigungsmöglichkeiten (Kindergartenmaterial und -Ausstattung). Weiterhin sollte ein Ablauf zum Kinderschutz in der Einrichtung vorliegen.

#### Zusammenfassung und Empfehlung:

Die stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Mutter/Vater-Kind-Behandlung ist eine wichtige Ergänzung für die Versorgung der Allgemeinbevölkerung und hat einen sowohl therapeutischen als auch einen präventiven Nutzen und nicht zuletzt einen hohen gesamtgesellschaftlichen (auch ökonomischen) Nutzen. Darüber hinaus sehen wir eine ethische Notwendigkeit, diese Therapieformen den Betroffenen nicht vorzuenthalten.

- Wir empfehlen, das Alterskriterium auf Kinder über 4 Jahre hinaus anzuheben, bis 7 Jahre.
- Auch Patienten mit psychischen Störungen, die nicht im direkten Zusammenhang mit der Geburt stehen, sollten grundsätzlich der Zugang zu einer Mutter/Vater-Kind-Behandlung ermöglicht werden, wenn eine negative Auswirkung der elterlichen psychischen Störung auf die Beziehung zum Kind besteht und damit psychiatrischen Auffälligkeiten beim Kind präventiv begegnet werden kann.

**b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? \*****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 \*****e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt \***

55

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

nicht relevant



**8. Sonstiges**  
(z.B. Kommentare, Anregungen)