



## Änderungsvorschlag für den OPS 2022

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

### 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:  
*ops2022-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2022-komplexeinzelreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2021** an **vorschlagsverfahren@bfarm.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 (0228 99307-4945, [klassi@bfarm.de](mailto:klassi@bfarm.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß [Verfahrensordnung](#) für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

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 – ...

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.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

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

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin**, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

### Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

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

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Datenschutzerklärung





**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.**

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Medizincontrolling des Universitätsklinikums Frankfurt am Main
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.kgu.de
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.
Name *	Weiser
Vorname *	Brenda-Christina
Straße *	Theodor Stern Kai 7
PLZ *	60590
Ort *	Frankfurt am Main
E-Mail *	Brenda-Christina.Weiser@kgu.de
Telefon *	069/6301-4204

### Einräumung der Nutzungsrechte

\* Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM 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 BfArM 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.“

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- 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 BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.  
Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



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

Organisation *	Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Schwerpunkt Neonatologie
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.kgu.de
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr.
Name *	Schlößer
Vorname *	Rolf
Straße *	Theodor Stern Kai 7
PLZ *	60590
Ort *	Frankfurt am Main
E-Mail *	Rolf.Schloesser@kgu.de
Telefon *	069/6301-5120

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



**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) \***

Einführung eines OPS Kodes für die Ernährung Neugeborener mit humaner Spendermilch

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

Deutsche Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM)  
Bundesverband "Das frühgeborene Kind" e.V.

**5. Der 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)

OPS Kapitel 8 "Nichtoperative therapeutische Maßnahmen" bildet unter 8-015.- die enterale Ernährungstherapie als medizinische Hauptbehandlung, und unter 8-017.- die enterale Ernährung als medizinische Nebenbehandlung ab, diese Codes sind für die Behandlung von Erwachsenen geeignet. Zurzeit besteht jedoch nicht die Möglichkeit die enterale Ernährung Neugeborener mit humaner Spendermilch spezifisch abzubilden. Es wird um die Aufnahme eines spezifischen Codes für die Ernährung Neugeborener mit humaner Spendermilch in diesem Kapitel gebeten. Da diese Ernährungsform auch Frühgeborene oder kranke Neugeborene auf der neonatologischen Intensivstation betrifft, sollte der Code auch bei intensivmedizinisch behandelten Patienten Anwendung finden.

## 7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

### a. Problembeschreibung \*

Nationale und internationale Organisationen, wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO), die American Academy of Pediatrics (AAP) oder die European Society of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) empfehlen die Ernährung des Neugeborenen mit Spendermilch, wenn die Milch der eigenen Mutter nicht zur Verfügung steht (1, 2, 3). Erst als dritte Alternative sollen Kinder kuhmilchbasierte Formulanahrung erhalten. Dies trifft natürlich in erster Linie für kranke Neugeborene und insbesondere Frühgeborene zu. Die Spendermilch wird in dazu eingerichteten Frauenmilchbanken gesammelt und aufbereitet, um sie den Kliniken zur Verfügung zu stellen. In Deutschland gibt es zurzeit 31 Frauenmilchbanken (4).

Der wissenschaftliche Hintergrund für den Nutzen von Spendermilch bei Frühgeborenen ist gut belegt. In Deutschland kamen im Jahr 2019 64.437 Frühgeborene zur Welt, 10.724 von ihnen wogen bei Geburt unter 1500 g und zählten damit zu den sehr kleinen Frühgeborenen (VLBW) oder sehr unreifen Frühgeborenen unter 32 Schwangerschaftswochen und wurden in den Perinatalzentren des Landes medizinisch behandelt. Während in früheren Jahren die Mortalität in dieser Patientengruppe noch sehr hoch war, können jetzt bis zu 96% Prozent der Kinder überleben (5). Das Bestreben der Frühgeborenenmedizin ist jedoch immer mehr auf ein komplikationsfreies Überleben gerichtet, das für eine gute Prognose und ein gesundes und normales Leben wichtig ist. So gilt es, das Risiko der typischen Komplikationen wie Hirnblutungen, Lungen- und Augenschäden und anderer durch eine stetige Optimierung der Therapien zu reduzieren. Auch die akute Erkrankung des Darms, die Nekrotisierende Enterokolitis konnte durch verschiedene Strategieänderungen in ihrer Häufigkeit reduziert werden.

In mehreren Studien und in Metaanalysen konnte gezeigt werden, dass das Risiko der gefürchteten Komplikation der Nekrotisierenden Enterokolitis (NEC) signifikant reduziert wird (6,7). Die NEC ist eine multifaktoriell entstandene Entzündung des Darms des Frühgeborenen (selten auch des reifen Neugeborenen). Sie kommt bei ungefähr 5 bis 12 % der sehr kleinen Frühgeborenen (<1500 g Geburtsgewicht) vor (8), 2,3 % dieser Kinder müssen in Deutschland an einer NEC operiert werden (9). Folgen der NEC sind in der Regel kurzfristig Nahrungspausen mit nachfolgender Gedeihstörung und/oder häufigeren sekundären Infektionen, bzw. Septikämien. Der Krankenhausaufenthalt ist nachweislich verlängert (10). Nach größeren Darmresektionen ist auch ein Kurzdarmsyndrom mit langfristiger parenteraler oder teilparenteraler Ernährung die Folge.

Als weiterer Vorteil von der Fütterung der Frühgeborenen mit Spendermilch ist eine bessere Nahrungsverträglichkeit zu nennen (2). Der Darm von Frühgeborenen aus physiologischen Gründen nicht für die Nahrungsaufnahme wenig geeignet. Seine Innervierung ist erst bei Geburt komplett, so dass Nahrungstransport und Stuhlgang schlecht funktionieren. Eine parenterale Ernährung wird auf der anderen Seite unbedingt forciert, um die notwendigen Kalorien, Makro- und Mikronährstoffe in ausreichender Menge zur Verfügung stellen zu können. Im Vergleich mit Formulanahrung konnte der Nahrungsaufbau schneller durchgeführt werden und es gab seltener Episoden der

### Nahrungsunterbrechung.

Eine für Frühgeborene typische Komplikation der Lunge, nämlich die Bronchopulmonale Dysplasie (BPD) scheint auch weniger häufiger aufzutreten, wenn die Patienten mit Spendermilch ernährt werden und nicht mit Formulanahrung. In einer Studie von Schanler et al. trat die BPD seltener auf (11). Hier sind aber weitere Studien nötig, um diesen Befund zu erhärten.

In den meisten Frauenmilchbanken wird die gespendete Milch pasteurisiert, damit unerwünschte Erreger abgetötet werden. Danach wird sie in der Regel eingefroren, um sie auf Abruf zur Verfügung zu haben. Beide Vorgänge, besonders die Erhitzung durch Pasteurisierung, führen zu Qualitätseinbußen, wenn man die frische Brustmilch dagegensetzt. Einige Immunfaktoren, aber auch Enzyme und Mikronährstoffe werden zum Teil oder gänzlich zerstört (12). Die in der letzten Literatur intensiv diskutierten humanen Oligosaccharide bleiben durch die Pasteurisierung erhalten. Sie haben unter anderem regulatorische Funktionen in der Immunologie des Darms (13) und können die positiven Effekte erklären. Dennoch sind die oben beschriebenen Effekte nachweisbar. Die Milch der eigenen Mutter hat sicher auch psychologische Effekte, die bei der Frau nachweisbar, beim Kind vermutet werden können. Sie ist besonders bei Müttern von Frühgeborenen in den ersten Lebensstagen aus medizinischen Gründen oft gar nicht oder in sehr geringen Mengen verfügbar. Deshalb ist vor allem zu Beginn der enteralen Ernährung des Kindes der Ersatz durch Spendermilch indiziert. Es wurde befürchtet, dass dieser Ersatz möglicherweise dazu führen könnte, dass weniger Mütter eigene Milch für ihr Kind produzieren können. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die Stillrate sogar ansteigt, wenn Spendermilch als Überbrückung angeboten wird (14, 15).

### Literatur

1. WHO/UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/924/56221/8.pdf>. 2003.
2. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41.
3. ESPGHAN Committee on Nutrition, Arslanoglu S, Corpeleijn W, Moro G, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Domellöf M, Fewtrell M, Hojsak I, Mihatsch W, Mølgaard C, Shamir R, Turck D, van Goudoever J. Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;57:535-42.
4. FMBl. Frauenmilchbanken in Deutschland. <https://www.frauenmilchbank.de/frauenmilchbanken-in-deutschland>
5. Bundesauswertung zum Erfassungsjahr 2019 Geburtshilfe Qualitätsindikatoren und Kennzahlen Stand: 14.07.2020. [https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16n1gebh/QSKH\\_16n1-GEBH\\_2019\\_BUAW\\_V02\\_2020-07-14.pdf](https://iqtig.org/downloads/auswertung/2019/16n1gebh/QSKH_16n1-GEBH_2019_BUAW_V02_2020-07-14.pdf)
6. Chauhan M, Henderson G, McGuire W. Enteral feeding for very low birth weight infants: reducing the risk of necrotising enterocolitis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2008;93:F162-6. doi: 10.1136/adc.2007.115824.
7. Quigley M, Embleton ND, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018 Jun 20;6(6):CD002971. doi: 10.1002/14651858.CD002971.pub4. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2019;7:CD002971.
8. Shulhan J, Dicken B, Hartling L, Larsen BM. Current Knowledge of Necrotizing

Enterocolitis in Preterm Infants and the Impact of Different Types of Enteral Nutrition Products. *Adv Nutr.* 2017;8:80-91. doi:10.3945/an.116.013193.

9. AWMF Leitlinie 024-009. Nekrotisierende Enterokolitis.

[https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/024-009l\\_S2k\\_Nekrotisierende\\_Enterokolitis\\_2018-02.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/024-009l_S2k_Nekrotisierende_Enterokolitis_2018-02.pdf)

10. Johnson TJ, Patel AL, Bigger HR, Engstrom JL, Meier PP. Cost savings of human milk as a strategy to reduce the incidence of necrotizing enterocolitis in very low birth weight infants. *Neonatology* 2015;107:271–6

11. Schanler RJ, Lau C, Hurst NM, Smith EO. Randomized trial of donor human milk versus preterm formula as substitutes for mothers' own milk in the feeding of extremely premature infants. *Pediatrics.* 2005;116:400-6. doi: 10.1542/peds.2004-1974.

12. Haiden N, Ziegler EE. Human Milk Banking. *Ann Nutr Metab.* 2016;69 Suppl 2:8-15. doi: 10.1159/000452821.

13. Nolan LS, Rimer JM, Good M. The Role of Human Milk Oligosaccharides and Probiotics on the Neonatal Microbiome and Risk of Necrotizing Enterocolitis: A Narrative Review. *Nutrients.* 2020;12:3052. doi: 10.3390/nu12103052.

14. Utrera Torres MI, Medina López C, Vázquez Román S, Alonso Díaz C, Cruz-Rojo J, Fernández Cooke E, Pallás Alonso CR. Does opening a milk bank in a neonatal unit change infant feeding practices? A before and after study. *Int Breastfeed J.* 2010;5:4. doi: 10.1186/1746-4358-5-4.

15. Berti E, Puglia M, Perugi S, Gagliardi L, Bosi C, Ingargiola A, Magi L, Martelli E, Pratesi S, Sigali E, Tomasini B, Rusconi F. Feeding Practices in Very Preterm and Very Low Birth Weight Infants in an Area Where a Network of Human Milk Banks Is in Place. *Front Pediatr.* 2018;6:387. doi: 10.3389/fped.2018.00387.

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

Der neue OPS ist für die sachgerechte Abbildung dieser Ernährungsform im G-DRG System und ggf. für die Einführung eines Zusatzentgeltes erforderlich.

**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

**d. Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)**

1. WHO/UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/924/56221/8.pdf>. 2003.
2. American Academy of Pediatrics. Section on Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012;129:e827-41.
3. ESPGHAN Committee on Nutrition, Arslanoglu S, Corpeleijn W, Moro G, Braegger C, Campoy C, Colomb V, Decsi T, Domellöf M, Fewtrell M, Hojsak I, Mihatsch W, Mølgaard C, Shamir R, Turck D, van Goudoever J. Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013;57:535-42.

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

Laut der Studie "Fengler et al. Cost analysis showed that feeding preterm infants with donor human milk was significantly more expensive than mother's milk or formula. Acta Paediatr. 2018; 109:959-966" liegen die jährlichen Ausgaben für 300 Liter humaner Spendermilch bei 92.085,02 €, das entspricht für einen Neugeborenen 14,34 € pro Pflage tag.

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

Laut o.g. Studie sind die Behandlungskosten eines Neugeborenen von 14,34 € pro Pflage tag um 12,56 € höher als die Ausgaben für industrielle Milchprodukte und um 7,69 € höher als die nicht pasteurisierte Muttermilch der eigenen Mutter.

**g. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt \***

Die enterale Ernährung mit humaner Spendermilch ist insbesondere für Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g geeignet.

2019 kamen in Deutschland 10.724 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g zur Welt. Im Perinatalzentrum des Universitätsklinikums Frankfurt am Main wurden in den letzten fünf Jahren durchschnittlich 90 Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht unter 1.500 g pro Jahr behandelt (<https://perinatalzentren.org/standortsuche/>).



**h. 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.)

entfällt

**8. Bisherige Kodierung des Verfahrens**

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

Das Verfahren kann zurzeit nicht abgebildet werden.

**9. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)

entfällt