



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

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGKJ
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.dgkj.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Lutterbüse
Vorname *	Nicola
Straße *	Wilhelmstr. 2a
PLZ *	93049
Ort *	Regensburg
E-Mail *	nicola.lutterbuese@gkind.de
Telefon *	0941-2983668

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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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) *

Teilstationäre pädiatrische Erstversorgung mit intensivstationärer Verlegung

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:

Verbändeübergreifende DRG-AG 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) und Sektion Kinder der Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI)

5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird*

- 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. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung und die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen



6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird *

Nein

Ja

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

b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Anwendungsgebiet laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

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

x-xxx Teilstationäre pädiatrische Erstversorgung eines Notfallpatienten mit Verlegung in eine externe intensivmedizinische Versorgungseinheit

Hinw.: Dieser Kode ist anzuwenden, wenn ein Patient über die stationäre Notaufnahme in das Krankenhaus kommt oder dort geboren wird, dort, im Kreissaal oder in der Aufnahmestation pädiatrisch erstversorgt wird, aber keine stationären intensivmedizinischen Versorgungskapazitäten (personell, technisch, belegbares Bett) zur Verfügung stehen oder eine andere Stufe der pädiatrischen stationären Notfallversorgung angelaufen werden soll. Dies kann eine höhere oder eine niedrigere Versorgungsstufe sein.

Diese Codes sind nur für Patienten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres anzugeben.

• Strukturmerkmale:

o Vorhandensein einer Fachabteilung für Kinder- und Jugendmedizin am Standort des Krankenhauses

o Vorhandensein mindestens der Basisstufe der Stationären Notfallversorgung nach § 25 Modul Notfallversorgung Kinder aus der Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)

• Mindestmerkmale:

Kinderärztliche und kinderkrankenpflegerische Versorgung

Stabilisierung der Vitalfunktionen

Intravenöser Zugang

Organisation der Verlegung

• Durchführung von mindestens einer Leistung aus folgenden Bereichen:

Labor

Applikation von Medikamenten, intravenös

Bildgebung

x-xxx.0 Ohne Transportbegleitung

x-xxx.1 Mit Transportbegleitung

8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Notfälle im Kindesalter können jederzeit in jedem Krankenhaus auftreten, auch in Krankenhäusern mit einer Stufe für die stat. Notfallversorgung von Kindern gemäß G-BA-Richtlinie, die für den speziellen Fall fachlich und / oder apparativ nicht ausgerüstet sind oder zeitweise keine belegbaren Betten mehr zur Verfügung haben. Das schließt Früh- und Neugeborene mit unerwarteten Problemen unmittelbar nach Geburt ein und kann Krankenhäuser jeder Versorgungsstufe treffen. Diese Kinder müssen durch das vor Ort vorhandene ärztliche und pflegerische Personal stabilisiert werden, bis das Kind an ein für die Problematik ausgerüstetes Krankenhaus verlegt oder von einem solchen abgeholt worden ist. Das bedeutet für dieses erstversorgende Krankenhaus einen hohen Personal- und Materialeinsatz, der im aG-DRG System nicht abgebildet ist, weil es nicht zu einer Aufnahme für mindestens eine Nacht kommt. D.h. Leistungen für eine bestimmte Patientengruppe werden im aktuellen System trotz erheblicher Kosten grundsätzlich nicht vergütet.

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

Die stationäre Versorgung von Kindern in Notfällen mit Weiterverlegung nach Stabilisierung noch am selben Tag ist trotz erheblichem Personal- und Materialaufwand momentan im aG-DRG-System nicht abgebildet.

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)

AWMF Leitlinie ‚Neugeborenen Transport‘ Microsoft Word - 024-003l_Neugeborenentransport_2015-05.docx (awmf.org)

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Zeitlicher Aufwand geschätzt im Mittel 2 x 3 Stunden ärztliches (Fachärztin/-arzt + Assistenzärztin/-arzt) und 3 Stunden pflegerisches Personal + Abschreibung für die Infrastruktur sowie Kosten für Diagnostik + Verbrauchsmaterial = ca. 1.200€



Kosten durch Transportbegleitung: zusätzlich im Mittel 3 Stunden kinderärztliches und 3 Stunden kinderkrankenpflegerisches Personal + Abschreibung für Transportausrüstung (z.B. spezielles transportables Beatmungsgerät) = ca. 650€

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

entfällt

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

Jedes Perinatalzentrum Level 1 übernimmt pro Jahr etwa 10 Neonaten aus anderen Krankenhäusern, die für die dort durchgeführte aufwändige Erstversorgung nicht bezahlt werden. Damit liegt die Fallzahl bei geschätzt 1.800 Früh- und Neugeborene pro Jahr.

10 Verlegungen pro Klinik und Jahr sind geschätzt auch für ältere Kinder anzusetzen, d.h. nochmals mind. 1.800 Patienten jenseits der Neonatologie.

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

9. 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)

keine

10. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)