

MBS: Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik und Behandlung in der Sozialpädiatrie

Einführung und Glossar

Eine der wesentlichen ärztlichen Aufgaben in der interdisziplinär arbeitenden Sozialpädiatrie ist eine korrekte Diagnosestellung anhand aktueller fachlicher Standards als Grundlage der Behandlungsplanung. Diese **ganzheitliche Sichtweise** gründet dabei auf dem Verständnis von wechselseitiger Bedingung der Merkmalsausprägung zwischen genetischer Disposition und Anlage einerseits sowie Einflüssen aus der Umgebung andererseits, die fördernd oder hemmend, positiv oder negativ sein können. Durch den aktuellen Stand der Neurowissenschaften und der Entwicklungspsychologie ist diese Auffassung von Entwicklung, Störung und Krankheit als **bio-psycho-soziales Modell** gut begründet. Ebenso verweisen **Humangenetik und epigenetische Prägung** auf die permanente wechselseitige Beeinflussung von Individuum und Umwelt. Epidemiologisch und soziologisch hat der bundesweite repräsentative **Kinder- und Jugend-Gesundheitssurvey „KiGGS“ 2007** nochmals die seit Jahrzehnten bekannte enorme Auswirkung der sozialen Kontextfaktoren auf Entwicklung, Verhalten und Gesundheit belegt. Das bio-psycho-soziale Modell ist elementare Grundlage im fachlich-wissenschaftlichen Selbstverständnis der Sozialpädiatrie. Es beeinflusst sowohl das Vorgehen in der Diagnostik als auch die Planung von entwicklungsunterstützenden Interventionen in Absprache mit den primären Bezugspersonen.

Die Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik in der Sozialpädiatrie sieht die systematische Erfassung aller für das Kind relevanter Ebenen vor. Ausgehend von der **biographischen Anamnese** mit vertiefender **Exploration von krankheits- und störungsbildspezifischen anamnestischen Daten** weist die MBS fünf Bereiche diagnostisch aus:

- E**ntwicklung und Intelligenz
- K**örperlich-neurologischer Befund
- P**sychischer Befund und Verhalten
- S**oziale Kontextfaktoren
- A**klärung der Ätiologie

Die differenzierte diagnostische Zuweisung nach der **Internationalen Klassifikation der Krankheiten ICD der WHO** ermöglicht eine Annäherung an den wichtigsten Behandlungsauftrag für gravierend entwicklungsgestörte oder behinderte Kinder unter Einbezug der Familie: Erreichung der Realisation von Lebensqualität, größtmöglicher Selbständigkeit und sozialer Teilhabe.

Insbesondere der Hinweis auf die notwendige **Klärung der Ursache** einer Krankheit, Störung oder Behinderung führt über die Beschreibung in der ICD hinaus und fordert die Berücksichtigung des Bedingungsgefüges der Faktoren, die zur klinischen Ausprägung der Symptomatik beitragen. Wichtig zum Verständnis für die Möglichkeiten der Darstellung nach MBS ist ebenso, dass die Dynamik der Entwicklung und zerebralen Reifung erfasst werden kann. Es handelt sich somit zumindest bei den Kontextfaktoren um Zustandsbeschreibungen, die sich verändern können oder deren Wertigkeit im Lauf der individuellen Entwicklung wechselt.

Die Rahmenbedingungen und Kontextfaktoren werden in der **Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen ICF-CY der**

WHO zusammen mit individualspezifischen Aspekten erfasst. Deshalb sieht die WHO neben der diagnostischen Ausweisung nach ICD komplementär die Angaben zu den 4 Komponenten der ICF-CY (Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten und Teilhabe, Umweltfaktoren, Persönliche Faktoren). Demzufolge muss die sozialpädiatrische Behandlungsplanung nicht einzelne Symptome oder Diagnosen berücksichtigen, sondern die Lebenssituation des Kindes und seiner Familie in der Gesamtheit erfassen.

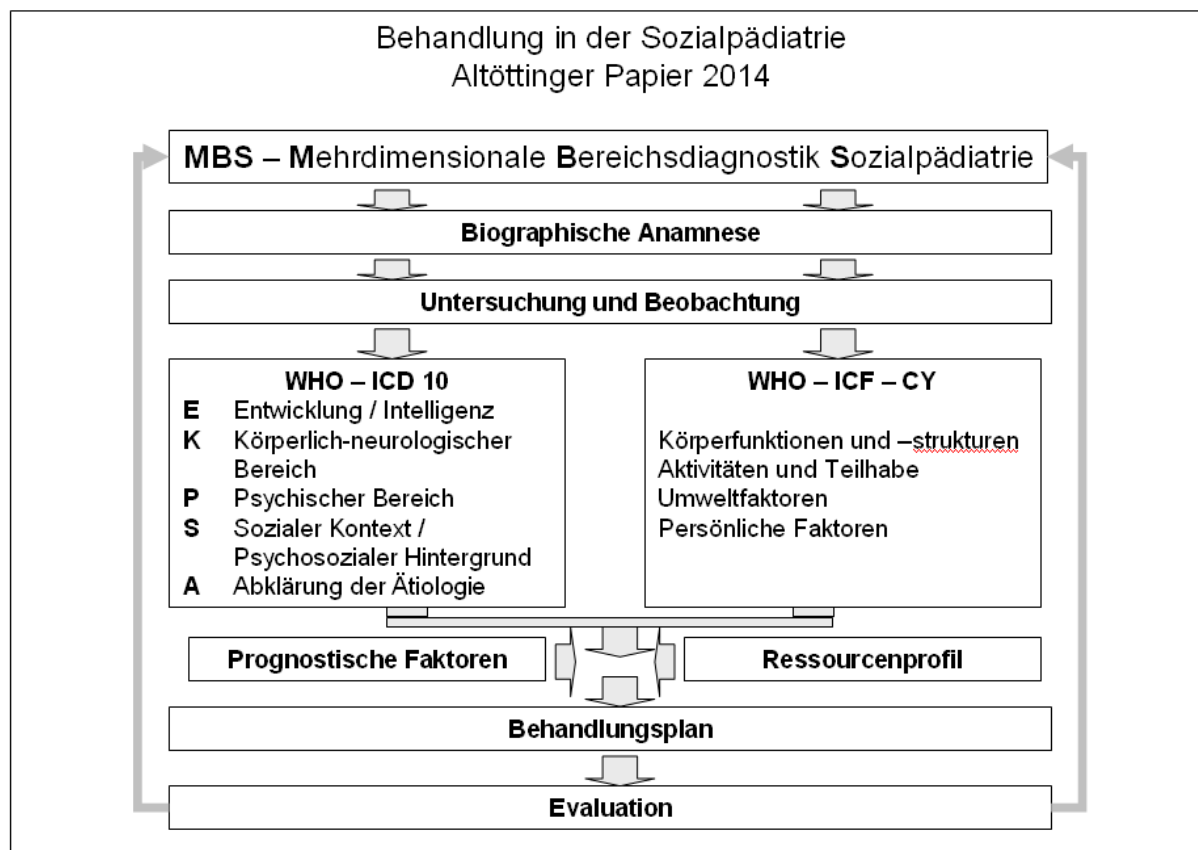
Da aktuell noch keine im klinischen Alltag umsetzbare Version der ICF-CY zur Verfügung steht, werden im **Sozialpädiatrischen Bericht (Arztbrief)** übergangsweise Kernbegriffe und Formulierungen ausgewiesen. Zu den oben bezeichneten fünf Dimensionen der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik kommt in der Kurz-Angabe der Behandlungsplanung somit noch der Bereich hinzu:

Teilhabe-Faktoren in Anlehnung an Kriterien und Terminologie der ICF.

Bei der **Behandlungsplanung** sind **Ressourcenprofile** von Patient, Bezugspersonen und weiterer Umgebung wie Institutionen oder Therapeuten zu berücksichtigen. Ebenso müssen **krankheits- und störungsspezifische prognostische Faktoren** einbezogen werden.

In regelmäßigen Abständen ist eine **Evaluation** der eingeleiteten Maßnahmen erforderlich, um die Adaptation des Behandlungsplans zu erreichen. Hierbei muss je nach Verlauf und Situation auch die mehrdimensionale Bereichsdiagnostik wiederholt werden, um die diagnostische Klassifikation zu ergänzen oder zu erweitern.

Das nachfolgende Schema fasst die vorstehenden Ausführungen als Schaubild zusammen.



Das System der Mehrdimensionalen Bereichsdiagnostik und Behandlung in der Sozialpädiatrie ist langfristig angelegt. Es berücksichtigt damit den Versorgungsbedarf von entwicklungsstörungen, chronisch kranken oder behinderten Kindern und Jugendlichen. Für die Bezugspersonen bietet es die Möglichkeit, Beratung und Unterstützung jeweils im erforderlichen Umfang zu gestalten.

Hinweise zur praktischen Umsetzung im SPZ

Die Darstellung der Diagnosen, Kontextfaktoren und Teilhabe-Aspekte im Schema nach MBS ermöglicht eine rasche und vollständige Erfassung aller derzeit für den Patienten relevanten Aspekte. Empfohlen wird die Auflistung der Diagnosen in allen sozialpädiatrischen Berichten nach dem EKPSA-Schema. Die aktuellen Behandlungsdiagnosen können hervorgehoben bzw. separat ausgewiesen werden.

Die Zusatzbuchstaben zur Kennzeichnung der Diagnose-Sicherheit G, A, Z und V müssen dabei (auch aus abrechnungstechnischen Gründen) im ambulanten Bereich angewendet werden.

Die Zusatzkennzeichen sind nach ICD-10 wie folgt geregelt:

- V** Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose
- Z** (symptomloser(!)) Zustand nach der betreffenden Diagnose
- A** ausgeschlossene Diagnose
- G** gesicherte Diagnose (auch anzugeben, wenn A, V oder Z nicht zutreffen)

Für den stationären Bereich der sozialpädiatrischen Fachkliniken bedeutet dies im DRG-System, dass im Arztbrief bei der Aufführung der „Behandlungsdiagnose“ dieselbe Hauptdiagnose und nachfolgend identische Reihung der Nebendiagnosen erfolgen muss wie im jeweiligen EDV-System, dessen Daten an die Krankenkassen übermittelt werden. Die Zusatzbuchstaben zur Kennzeichnung der Diagnose-Sicherheit G, A, Z und V dürfen im stationären Bereich nicht angewendet werden.

Kapitel Z der ICD

Die sozialen Kontextfaktoren und familiären psychosozialen Belastungsfaktoren (Kapitel Z der ICD-10) sind grundsätzlich im Rahmen der MBS mit zu verschlüsseln. Eine Weitergabe an die Krankenkassen ist abzuwägen. Einerseits sind dies teilweise sehr persönliche Hinweise auf Begleitumstände in den Familien, die geschützt werden sollten. Andererseits erschweren gerade diese Begleitumstände häufig die Diagnostik und Behandlung des Kindes oder Jugendlichen. Die Kostenträger verlangen zur Leistungsabrechnung die Ausweisung mindestens einer Diagnose. Im Einzelfall kann die Verwendung von Z-Diagnosen auch dazu dienen, eine aggravierende diagnostische Etikettierung zu vermeiden.

Die Z-Diagnosen waren in früheren Auflagen der deutschen Version der ICD stark untergliedert. Dies wurde weitgehend verlassen, wodurch eine gewisse Charakterisierung möglich ist, ohne zu viele Details mitzuteilen. Angegeben wird bei den psychosozialen Begleitumständen in aller Regel nur noch der 3-stellige alphanumerische Code.

Derzeit wird empfohlen, die Ausweisung sozialer Kontextfaktoren nach Kapitel Z in der MBS zu verschlüsseln und unbedingt in der SPZ-Software statistisch zu erfassen, diese Daten aber nicht bei der Abrechnung an die Krankenkassen zu übermitteln.

Neben diesen psychosozialen Variablen, die im Kapitel Z ausgewiesen werden, besteht ebenso die Möglichkeit, bestimmte körperliche Zustände und Begleitfaktoren zu kennzeichnen, z. B. Vorhandensein von PEG, CI u. a.. Diese müssen dann im Bereich K aufgeführt werden und können ohne Bedenken auch an die Krankenkassen übermittelt werden.

Textformulierung der Diagnosen

Bei der Diagnosestellung ist der aktuelle Stand der medizinischen, psychologischen und neurowissenschaftlichen Forschung zu berücksichtigen, wie in den jeweils gültigen Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften AWMF festgelegt. Die ICD-10 ist in ihrer Terminologie teilweise veraltet. Dies gilt beispielsweise bei den Klassifikationen für Epilepsie und Cerebralparese, aber auch in Bezug auf die sogenannten Tiefgreifenden Entwicklungsstörungen, da der Begriff der Autismus-Spektrum-Störungen erst in den letzten Jahren entwickelt worden ist. Dementsprechend sollten in der MBS solche Termini verwendet werden, die das Kind nach dem gesicherten Stand des Wissens am besten charakterisieren. Gleichzeitig müssen aber nach geltendem Recht die Grundlagen der ICD-10 berücksichtigt werden. Wenn also auch eine gewisse Formulierungsfreiheit in der MBS besteht, bedeutet dies dennoch keine Beliebigkeit. Spätestens bei der Formulierung der Behandlungsdiagnose ist zwingend zu berücksichtigen, dass im Rahmen des elektronischen Leseverfahrens sowohl die Praxis-Software beim niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt als auch die Abrechnungsabteilung der Krankenkassen stets nur den alphanumerischen ICD-10-Schlüssel erfasst und den in der jeweils jährlich gültigen deutschen Version (www.dimdi.de) vorgegebenen Textbaustein der ICD-10 dann ausweisen.

Zuordnung zu den verschiedenen Bereichen der MBS

Die ICD-10 sieht eine Verschlüsselung von Diagnosen nach dem Komorbiditätsprinzip vor. Nach diesem sollen bei einem Patienten so viele Diagnosen gestellt werden, wie für die Gesamtbeschreibung der klinischen Problematik notwendig sind. Der diagnostische Prozess erfolgt über die Erfassung von Symptomen und zusammengehörigen Symptomkonstellationen. Die Prüfung weiterer Ein- und Ausschlusskriterien nach ICD-10 führt dann zur Diagnose. Die diagnostische Einordnung soll zum einen zu einem (ätiologischen) Grundverständnis der vorliegenden Erkrankung(en) führen, zum anderen bildet sie die Grundlage der Therapieplanung.

In der MBS ist mitunter die Zuordnung zu den Bereichen „Entwicklung und Intelligenz“, „Körperlich-neurologischer Befund“ und „Psychischer Befund und Verhalten“ nicht völlig eindeutig. Hier ist im Einzelfall zu entscheiden, wo der ätiologische Schwerpunkt zu suchen ist.

Nachfolgend werden Einordnungs- und Formulierungshilfen gegeben.

Mehrdimensionale Bereichsdiagnostik Sozialpädiatrie (MBS):

E

Entwicklung und Intelligenz:

- Alle Diagnosen aus dem Kapitel F8.
Ausschluss: F84.x (Autismus-Spektrum-Störungen) gehört zum Bereich „P“.
- Alle Diagnosen aus dem Kapitel F7

Eine Intelligenzminderung sollte dann verschlüsselt werden, wenn sie sicher (klinisch oder testpsychologisch) gestellt werden kann. Bei höhergradiger Intelligenzminderung ist die klinische Einschätzung meist früher möglich, während leichte Intelligenzminderungen zunächst klinisch nur als Verdacht formuliert werden können und testpsychologisch zu verifizieren sind.

Intelligenzminderungen sollen auch dann spezifisch unter F7 verschlüsselt werden, wenn sie ätiologisch auf ein Syndrom zurückzuführen sind oder wenn sie zusätzlich zu einer autistischen Störung bestehen.

Formulierungshilfen:

Altersentsprechende Entwicklung (F88A)

Allgemeiner Entwicklungsrückstand / Globale Entwicklungsstörung bei unterdurchschnittlicher Intelligenz (F83G/F81.9G)

Globale Entwicklungsstörung bei Intelligenzminderung (Geistige Behinderung) (F7x.xG)

Wenn F7x.1 verschlüsselt wird, ist die „Verhaltensstörung“ spezifisch im Bereich „P“ anzugeben.

Heterogenes Begabungsprofil mit Störung in relevanten Teilfunktionen (F88G)

(Achtung: ein heterogenes Begabungsprofil mit Teilfunktionen ausschließlich im Normalbereich darf nicht als Krankheitsdiagnose verschlüsselt werden, sondern die individuellen Auswirkungen sind im Text des Arztbriefes in der „Beurteilung“ darzustellen).

Dissoziierte Intelligenz bei insgesamt unterdurchschnittlicher Begabung (F74.xG)

(Codierung je nach Ausprägung, wobei die F7-Gruppe die Nähe zur Geistigen Behinderung ausdrückt).

Normale/überdurchschnittliche/weit überdurchschnittliche/außergewöhnliche Intelligenz, gegebenenfalls um den Zusatz „in Teilbereichen“ ergänzen; keine ICD-Codierung vorhanden. Für die abrechnungsbezogene Ausweisung können als Abbildung des Arbeitsaufwandes in der Ambulanz verwendet werden: F 83A, F 81.9A, F 70.0A.

Angabe der verschiedenen „Umschriebenen Entwicklungsstörungen“ (F80, F 81, F82)

Bei gleichzeitigem Vorliegen mehrerer F80.-, F81.- und F82.- Diagnosen verlangt die ICD-10 eine Verschlüsselung als „Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen (F83)“. Laut ICD-10 ist dies eine Restkategorie für Störungen, bei denen eine gewisse Mischung von umschriebenen Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache, schulischer Fertigkeiten und motorischer Funktionen vorliegt, von denen jedoch keine so dominiert, dass sie eine Hauptdiagnose rechtfertigt. Diese Mischkategorie soll nach ICD-10 nur dann verwendet werden, wenn weitgehende Überschneidungen mit allen diesen umschriebenen Entwicklungsstörungen vorliegen. Meist sind die Störungen mit einem gewissen Grad an allgemeiner Beeinträchtigung kognitiver Funktionen verbunden. Sie ist nach ICD-10 dann zu verwenden, wenn Funktionsstörungen vorliegen, welche die Kriterien von zwei oder mehr Kategorien von F80.-, F81.- und F82 erfüllen.

Für den Gebrauch in der Sozialpädiatrie wird empfohlen, die Kodierung F83 dann zu verwenden, wenn bei einem Patienten im Vorschulalter motorische, sprachliche und –leichte- kognitive Beeinträchtigungen vorliegen. Dabei bringt die Kodierung F83 zum Ausdruck, dass eine homogene (globale) Entwicklungsstörung besteht. In der Regel ist um den Zeitpunkt der Einschulung eine testpsychologische Untersuchung möglich, mit der entweder eine geistige Behinderung oder eine Lernbehinderung gesichert werden kann. Die Kodierung F83 geht dann in F81.9 (Lernbehinderung) oder F70.- (Geistige Behinderung) über. Die F83 wird ab Einschulungsalter dementsprechend nicht mehr verwendet.

Neben der F83 können die anderen Ziffern (F80.-, F82.-) nicht eingesetzt werden. Ebenso kann die F70.- nicht neben die F83 gesetzt werden.

Wenn ein inhomogenes Fähigkeiten- bzw. Störungsprofil vorliegt, dann müssen die Einzelbereiche (F80.-, F82.-) ausgewiesen werden.

Bei Kindern und Jugendlichen ab Einschulung sollen die schulischen Teilleistungsstörungen abgegrenzt werden. Diese sind neben motorischen und sprachlichen Entwicklungsstörungen zusätzlich und separat zu verschlüsseln. Mit der Kodierung F81.3 werden kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten erfasst. Das Intelligenzniveau wird separat als „normal“ (ohne ICD-10-Code), „unterdurchschnittlich“ (F81.9) oder im Bereich der Intelligenzminderung liegend (F7x.-) ausgewiesen.

Wenn die Kriterien für die Zuordnung zum Störungsbegriff nach ICD-10 nicht erfüllt sind, kann es notwendig sein, eine bestehende Entwicklungs-„Verzögerung“ oder „Funktionsschwäche“ dennoch auszuweisen. Beispiele hierfür sind die Sprachentwicklungsverzögerung unter 3 Jahren („late talker“), Schwächen in der Motorik oder in schulischen Fertigkeiten. Die korrekte Codierung hierfür ist: R62.0G

K

Körperlich-neurologischer Befund:

- Verschlüsselung der augenblicklich vorhandenen somatischen Störung nach ICD10
- alle Kapitel der ICD-10
- **Ausschluss:** Kapitel F
- **Aus dem Kapitel Z:** somatische Zustände

Formulierungshilfen:

Normaler/altersentsprechender Untersuchungsbefund.

Anamnestisch Normalbefund (wenn vom überweisenden FA bereits erhoben)

Körperliche Zustände und Hilfsmittel im Kapitel Z

Z45.3 Anpassung und Handhabung eines implantierten Hörgerätes

Z45.80 Anpassung und Handhabung eines Neurostimulators

Z46.- Versorgen mit und Anpassen von anderen medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln

Z51.5 Palliativbehandlung

Z93.- Vorhandensein einer künstlichen Körperöffnung

Z93.0 Vorhandensein eines Tracheostomas

Z93.1 Vorhandensein eines Gastrostomas

Z93.2 Vorhandensein eines Ileostomas

Z93.3 Vorhandensein eines Kolostomas

Z96.2 Vorhandensein von Implantaten im Gehörorgan

Z97.- Vorhandensein anderer medizinischer Geräte oder Hilfsmittel

Z97.1 Vorhandensein einer künstlichen Extremität (komplett) (partiell)

Z97.8 Vorhandensein sonstiger und nicht näher bezeichneter medizinischer Geräte oder Hilfsmittel

Z98.1 Zustand nach Arthrodesse

Z98.2 Vorhandensein einer Drainage des Liquor cerebrospinalis

Z99.- Langzeitige Abhängigkeit von unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln, anderenorts nicht klassifiziert

Z99.0 Langzeitige Abhängigkeit vom Aspirator

Z99.1 Langzeitige Abhängigkeit vom Respirator

Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz

Z99.3 Langzeitige Abhängigkeit vom Rollstuhl

Z99.8 Langzeitige Abhängigkeit von sonstigen unterstützenden Apparaten, medizinischen Geräten oder Hilfsmitteln

Z99.9 Langzeitige Abhängigkeit von einem nicht näher bezeichneten unterstützenden Apparat, medizinischen Gerät oder Hilfsmittel

P

P sychischer Befund und Verhalten:

Alle Diagnosen aus dem Kapitel F der ICD-10:

- Altersbezogene Störungen (F9)
- Autistische Störungen (F84)
- Störungen ohne Altersbezug (F0 bis F6)
- **Ausschluss:** F7x, F80/F81/F82/F83/F88,: zu Bereich „E“ .

Formulierungshilfen:

Kein Hinweis auf psychische Störung.

Unauffälliges/altersentsprechendes Verhalten, kein Hinweis auf psychische Störung

S

S oziale Kontextfaktoren:

Kapitel Z der ICD10

- Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten führen
- ohne Anspruch darauf, ob man glaubt, dass sie die psychische Störung verursacht haben
- kein festgelegter Zeitraum

Formulierungshilfen:

Angemessen/gut/sehr gut fördernde (familiäre) Rahmenbedingungen.

Drohende elterliche/mütterliche Erschöpfung (Z84.8)

Verschlüsselt werden können hier:

- Belastung im Zusammenhang mit Schule oder Ausbildung (Z55)
 - Inadäquater Unterricht mit Analphabetentum oder geringem Niveau des Lese-Schreib-Vermögens
 - Mangelnde Anpassung an schulische Anforderungen
 - Nicht bestandene Prüfungen
 - Schulunterricht nicht verfügbar oder nicht erreichbar
 - Unstimmigkeiten mit Lehrern und Mitschülern
 - Unzulängliche schulische Leistungen
- schwieriges Wohnumfeld oder schwierige wirtschaftliche Lage (Z59)
 - Äußerste Armut
 - Inadäquate Unterkunft
 - Mangel an adäquater Nahrung
 - Niedriges Einkommen
 - Obdachlosigkeit
 - Probleme mit Bezug auf das Leben in einer Wohneinrichtung
 - Ungenügende soziale Sicherung und Fürsorgeunterstützung
 - Unstimmigkeit mit Nachbarn, Mietern oder Vermieter

- Schwierige soziale Situation, auch Migrationshintergrund (Z60)
 - Anpassungsprobleme an die Übergangsphasen im Lebenszyklus
 - Atypische familiäre Situation (z. B. Adoption)
 - Schwierigkeiten bei der kulturellen Eingewöhnung
 - Soziale Ausgrenzung oder Ablehnung
 - Zielscheibe feindlicher Diskriminierung und Verfolgung

- belastende oder traumatische Erlebnisse in der Anamnese (Z61)
 - Verlust einer Bezugsperson
 - Herauslösen aus der Herkunftsfamilie (z. B. Pflegefamilie)
 - Vermutete Misshandlung / vermuteter Missbrauch
 - Ereignisse in der Kindheit, die den Verlust des Selbstwertgefühls zur Folge haben
 - Herauslösen aus dem Elternhaus in der Kindheit
 - Persönliches angsterregendes Erlebnis in der Kindheit
 - Veränderung der Struktur der Familienbeziehungen in der Kindheit

- Störungen der familiären Interaktion (Z62)
 - Elterliche Überprotektion
 - Emotionale und andere Formen der Vernachlässigung eines Kindes
 - Feindseligkeit gegenüber dem Kind und ständige Schuldzuweisung an das Kind
 - Unangebrachter elterlicher Druck oder andere abnorme Erziehungsmerkmale
 - Ungenügende elterliche Überwachung und Kontrolle
 - Institutionelle Unterbringung

- Schwierigkeiten im engeren Familienkreis /in der Ehe der Eltern (Z63)
 - Abwesenheit eines Familienangehörigen
 - Familienzerrüttung durch Trennung oder Scheidung
 - Probleme in der Beziehung zu den Eltern oder anderen Verwandten
 - Probleme in der Beziehung der Eltern untereinander
 - Ungenügende familiäre Unterstützung
 - Unselbständiger Verwandter, der häusliche Betreuung benötigt
 - Verschwinden oder (vermuteter) Tod eines Familienangehörigen

- Psychische Erkrankung der Eltern oder Geschwister (Z81)
- Chronische körperliche Erkrankung oder Behinderung der Eltern oder Geschwister (Z82)

Manche der von der ICD-10 vorgegebenen Formulierungen wirken sprachlich hölzern, wenig präzise oder sogar stigmatisierend. Sie sollten ggf. durch passendere, spezifischere eigene Formulierungen ersetzt werden.

A

A bklärung der Ätiologie

Der Bereich erfasst die ätiologische Zuordnung der Dimensionen E, K, P (und S). Somit kann auch die Ursache des vorliegenden Zustands- und Ausprägungsbildes zusammengesetzt sein. Nebendiagnosen (z. B. Fehlsichtigkeit, pes plano-valgus etc.) werden dabei nicht berücksichtigt, sondern nur im Bereich „Körperlich-neurologischer Befund“ verschlüsselt.

Formulierungshilfen:

Angabe der Diagnose mit ICD-Code, wenn die Ursache einer oder mehrerer Dimensionen geklärt ist, z.B. Freie Trisomie 21 (Q90.0G). Zusätzliche, für die Trisomie 21 typische Diagnosen werden in den anderen Bereichen der MBS verschlüsselt, z.B. Hypothyreose im Bereich „Körperlich-neurologische Befunde“. Die häufig komorbide Intelligenzminderung wird im Bereich „Entwicklung/Intelligenz“ zusätzlich kodiert.

Perinatale Hirnschädigung (G93.8G) bei Z. n. Frühgeburt (595g) der 27. SSW mit multiplen postnatalen Komplikationen (P07.-G/Z87.6)

Z 87.6 („Bestimmte, in der Perinatalperiode entstandene Zustände in der Eigenanamnese“) soll zur Verschlüsselung zusätzlich verwendet werden (ambulant ebenso wie stationär einsetzbar!).

Individuelle/familiär-genetische Disposition (Autismus-Spektrum-Störung) in Verbindung mit familiären psychosozialen Faktoren (Symptomverstärkung bei Trennung der Eltern)

Sonstige Verwendung von beschreibenden Formulierungen:

- Ursache ungeklärt.
- Spezifische Ursache anzunehmen, noch ungeklärt.
- Verdacht auf Anlagestörung (Q 87.8V).
- Keine spezifische Ursache, individuelle Disposition.
- Keine spezifische Ursache, Zusammenwirken von individueller Disposition und Umgebungsfaktoren.
- Keine spezifische Ursache, bio-psycho-soziale Genese.

Eine besondere Problematik bestand beim Thema **Kindesmisshandlung / Vernachlässigung / Missbrauch**. Die Ausweisung mit dem Code T 74.- hatte früher zur Folge, dass die Krankenkassen verpflichtet waren, die Kosten nach dem Verursacher-Prinzip auf die misshandelnde Person zu übertragen. Hier hat der Gesetzgeber zum Sommer 2013 eine Änderung veranlasst. Im stationären Bereich sind die Kosten bei Berücksichtigung der Vorgaben der OPS 1-945 (Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit) abrechenbar. Es wird empfohlen, den Code T74.- zu verwenden, wenn eine Misshandlung, Vernachlässigung oder ein Missbrauch vorliegt oder vorgelegen hat.

Bei ätiologisch-anamnestischen Angaben zu zurückliegenden Ereignissen kommen auch folgende Kodierungen in Betracht:

- Z 04.5: Untersuchung und Beobachtung nach durch eine Person zugefügter Verletzung (Inkl.: Untersuchung von Opfer oder Beschuldigtem nach angegebener Vergewaltigung oder sexuellem Missbrauch)
- Z 87.8: Sonstige näher bezeichnete Krankheiten oder Zustände in der Eigenanamnese (Inkl.: Zustände, klassifizierbar unter S 00 – T 98)
- Z 91.8: Sonstige näher bezeichnete Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert (Inkl.: Mangelhafte persönliche Hygiene; Missbrauch; Misshandlung, Parasuizid; Psychisches Trauma; Selbstbeschädigung und andere Körperverletzung; Selbstvergiftung; Ungesunder Schlaf-Wach-Rhythmus; Versuchte Selbsttötung)

T

T eilhabe-Faktoren nach ICF-CY

Grundsätzlich ist wie im Gesamt-Schema –vgl. Abb. oben- angegeben eine Ausweisung auf den Ebenen der 4 Komponenten (Körperfunktionen und –strukturen, Aktivitäten und Teilhabe, Umweltfaktoren, Persönliche Faktoren) anzustreben. Dazu muss aber eine im klinischen Alltag einsetzbare und mit vertretbarem zeitlichem Aufwand anzuwendende Version der ICF-CY entwickelt werden.

Übergangsweise kann auf das inhaltliche Gedankengut der ICF und einzelne Beschreibungen zurückgegriffen werden mit Verwendung von beschreibenden Formulierungen wie z. B.:

- (Derzeit) keine Einschränkung der Teilhabe.
- Drohende/leichte/umfassende Einschränkung der sozialen Teilhabe, Notwendigkeit spezifischer Maßnahmen und Rahmenbedingungen.
- (Ausgeprägte/multiple/umfassende) Funktionsstörungen (in Motorik/Sprache/Kognition) mit (ausgeprägter) Einschränkung der sozialen Teilhabe; spezifische Maßnahmen und Rahmenbedingungen erforderlich.
- Drohende Gefährdung der seelischen Entwicklung und Gesundheit; spezifische Maßnahmen und Rahmenbedingungen erforderlich.

Bei der Beurteilung der Teilhabe ist auf die aktuelle Leistungsfähigkeit eines Patienten hinsichtlich seiner psychischen, sozialen und schulischen bzw. Ausbildungssituation einzugehen. Die psychische Situation schließt die Fähigkeit ein, sich selbst (entsprechend des Alters) zu versorgen und alltäglichen Anforderungen nachzukommen.

Die soziale Situation umfasst die familiären Beziehungen ebenso wie die Beziehungen zu Gleichaltrigen und nicht zur Familie gehörenden Erwachsenen.

Die schulische bzw. Ausbildungssituation ist entsprechend den intellektuellen Fähigkeiten des Patienten einzuschätzen.

Benannt werden sollen sowohl Schwierigkeiten /Beeinträchtigungen in diesen Bereichen als auch Ressourcen.

Beachtet werden sollte bei sozialpädiatrischen Patienten insbesondere das Ausmaß an Unterstützungs- und Fürsorgebedarf im Alltag.

Es ist zu empfehlen, ähnlich wie bei der Zuordnung von Diagnosen zum Schema der ICD-10 auch die mehrdimensionale Verschlüsselung in der MBS im SPZ-Team zu trainieren. Neben der inhaltlich und abrechnungstechnisch korrekten Ausweisung kommt es hier nicht so sehr auf eine akribische Umsetzung an, sondern vielmehr soll über die systematische Befassung mit der Lebenssituation des Kindes oder Jugendlichen und seiner Familie erreicht werden, dass der sozialpädiatrische Behandlungsplan tatsächlich alle wesentlichen Aspekte erfasst und deshalb mit seinen Interventionen über die unmittelbare kurzfristige Therapieverordnung im Bereich der Heilmittel hinausreicht. Insbesondere bei gravierend entwicklungsgestörten oder behinderten Kindern und Jugendlichen ist es in der sozialpädiatrischen Versorgung notwendig, den Behandlungsplan so früh wie möglich antizipierend zu durchdenken und kindheitslang bis zum Erreichen des jungen Erwachsenenalters zu gestalten.

Dr. Helmut Hollmann
Chefarzt
Kinderneurologisches Zentrum
LVR-Klinik Bonn

Dr. Ute Mendes
Ärztliche Leiterin
SPZ
Vivantes-Klinikum
Berlin-Friedrichshain

Dr. Karl-Heinz Spörkmann
Ärztlicher Leiter
SPZ Landau/Pfalz
CFZ St. Laurentius und Paulus

Beispiele:

1. Pat. mit Trisomie 21, leichter Intelligenzminderung und komorbiden körperlichen und psychischen Störungen:

E – Entwicklungsstand / Intelligenz

Leichte Intelligenzminderung (Geistige Behinderung) mit Verhaltensstörung F70.1G

K – Körperlich-neurologische Befunde

Obstipation K59.0G

P – Psychische Befunde

Störung mit oppositionellem Verhalten F93.1G

S – Soziale Begleitumstände

Migrationshintergrund Z60

A – Abklärung der Ätiologie

Down-Syndrom, meiotische Nondisjunktion Q 90.0G

T- Teilhabe

schwere und durchgängige Beeinträchtigung in den meisten Bereichen; spezifische Maßnahmen und Rahmenbedingungen erforderlich

2. Pat. mit ICP nach Frühgeburt mit Komplikationen:

E – Entwicklungsstand / Intelligenz

Mittelgradige Intelligenzminderung (Geistige Behinderung) F71.0G

K – Körperlich-neurologische Befunde

Rechts- und armetonte Zerebralparese mit Spastik, GMFCS-Niveau IV G80.2G

Lokalisationsbezogene symptomatische Epilepsie mit komplexen Partialanfällen G40.2G

Sekundäre Mikrozephalie R62.8

P – Psychische Befunde

Verhalten im Rahmen der Gesamtentwicklung

S – Soziale Begleitumstände

Institutionelle Unterbringung (Mutter minderjährig) Z 62

A – Abklärung der Ätiologie

Z. n. Frühgeburt (760 g) in der 27. SSW P07.2 G/Z87.6

Z. n. intrazerebraler Blutung III° links P52.2Z

Hirnschubstanzschädigung mit Leukomalazie G93.88G

T- Teilhabe

Umfassende Funktions- und Fertigkeitenstörung aufgrund der Intelligenzminderung; tiefe und durchgängige Beeinträchtigung, benötigt ständige 1:1-Betreuung

3. Pat. mit Einkoten, Obstipation und sozialer Ängstlichkeit:

E – Entwicklungsstand / Intelligenz

Altersentsprechende Entwicklung F83A

K – Körperlich-neurologische Befunde

Obstipation K59.0G

Ev. zusätzlich: Koprostase K56.4V

P – Psychische Befunde

Enkopresis F98.1G

Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters F93.2G

S – Soziale Begleitumstände

Elterliche Überfürsorge Z62

A – Abklärung der Ätiologie

Obstipation (= auslösender Faktor) + Störung mit sozialer Ängstlichkeit (= aufrechterhaltender Faktor) führen zu Enkopresis

Individuelle Disposition in Verbindung mit Umgebungsumständen

T- Teilhabe

Ernsthafte und durchgängige psychische, soziale und schulische Beeinträchtigung

4. Pat. mit Einnässen am Tag und im Schlaf und motorischer Entwicklungsstörung:

E – Entwicklungsstand / Intelligenz

Umschriebene Entwicklungsstörung motorischer Funktionen F82G

K – Körperlich-neurologische Befunde

Nichtorganische Harninkontinenz im Sinne einer Dranginkontinenz N39.4

P – Psychische Befunde

Primäre, nichtmonosymptomatische Enuresis (nocturna) F98.0G

S – Soziale Begleitumstände

Angemessene Betreuung und Förderung

Keine psychosoziale Belastung

A – Abklärung der Ätiologie

Vermutlich anlagebedingte Entwicklungsstörung

T- Teilhabe

Mäßige psychische und soziale Beeinträchtigung

Sehr gute Introspektionsfähigkeit und Behandlungscompliance als wichtige Ressource

5. Pat. mit ADHS und LRS:

E – Entwicklungsstand / Intelligenz

Durchschnittliche Intelligenz

Umschriebene Lese-Rechtschreibstörung F81.0G

K – Körperlich-neurologische Befunde

Altersentsprechender Befund

P – Psychische Befunde

ADHS F90.0G

Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion F43.21G

S – Soziale Begleitumstände

Unangemessene schulische Anforderungen, Stigmatisierung des Kindes in der Schule

Z 55

A – Abklärung der Ätiologie

Vermutlich anlagebedingte Entwicklungsstörung für ADHS/LRS

Anpassungsstörung in Folge schulischer Überforderung bei bisher nicht diagnostizierter LRS und unbehandeltem ADHS

T- Teilhabe

Mäßige psychische, soziale und schulische Beeinträchtigung

Fußballbegabung als wichtige Ressource