

## Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie es als eMail Anhang ans DIMDI an folgende eMail Adresse: [Vorschlagsverfahren@dimdi.de](mailto:Vorschlagsverfahren@dimdi.de)

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2007 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags (Anschrift des Einsenders und vertretene Organisation)

Organisation *	
Name *	
Vorname *	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse *	
Telefon *	
Telefax	

### 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)

Name	
Vorname	
Titel	
Straße	
PLZ	
Ort	
eMail-Adresse	
Telefon	
Telefax	

### 3. Fachgebiet \* (Mehrfachnennungen möglich)

Unfallchirurgie, Orthopädie
-----------------------------

### 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?\*

<input checked="" type="checkbox"/> Ja Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie <input type="checkbox"/> Nein Status der Abstimmung: <input type="checkbox"/> Begonnen <input checked="" type="checkbox"/> Abgeschlossen
---

### 5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? \*

--

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

Ja  
Name der Fachgesellschaft:  
 Nein

#### 6. Art der Änderung \*

Redaktionell  
z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur  
 Inhaltlich  
z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung

#### 7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \*

**Problemstellung:**  
Die Abbildung polytraumatisierter Patienten mit einem pauschalierten Vergütungssystem ist eine große Herausforderung.  
Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie hat anhand von stichprobenartigen Analysen Aufwand-, Leistungs- und Verweildaueranalysen durchgeführt, um Merkmale zu definieren, die eine Identifikation von polytraumatisierten Patienten mit einem erhöhten Ressourcenverbrauch innerhalb der Fallgruppen ermöglicht. Da schwerer verletzte Patienten auch einen höheren Aufwand verursachen, sollte die Verletzungsschwere in die Aufwandsabbildung mit einbezogen werden.

**Lösungsvorschlag:**  
Es wird vorgeschlagen, den Injury-Severity-Score (ISS) als eigenen OPS-Code anzulegen.

**Begründung:**  
Aus der Analyse an 15245 Patienten aus dem deutschen Traumaregister lässt sich nachweisen, dass der ISS bis zu einem Wert von 55 Punkten direkt mit den Behandlungskosten, über alle Punkte sogar mit Mortalität und Liegedauer der Überlebenden korreliert. Dabei zeigen nur 3% aller Patienten einen Wert von mehr als 55 Punkten. Der ISS ist seit seiner Veröffentlichung 1974 vielfach evaluiert und validiert worden.  
Da sich die hohen Kosten der Behandlung polytraumatisierter Patienten vor allem aus der Intensivliegezeit und den multiplen Prozeduren zusammensetzen, bietet es sich an, diesen Aufwand besonders abzubilden. Für die Intensivzeit ist dies über die SAPS/TISS-Kodierung bereits eingeleitet. Im Bereich der Prozeduren werden Mehrfacheingriffe und mehrzeitige Eingriffe (z.B. Oberschenkelfraktur und Beckenverletzung) aber weiterhin unzureichend abgebildet. Durch Kodierung des ISS liesse sich dennoch der erhöhte Aufwand damit abbilden.

**Literatur:**  
Baker SP, O'Neill B, Haddon W, Long WB (1974): The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma 14: 187-196  
Pape et al. (2003): Entwicklung eines Modells zur Berechnung der Kosten der Versorgung schwer Verletzter--eine Initiative des Traumaregisters der DGU. Unfallchirurg 106: 348-357  
T. Schwermann et al. (2004): Evaluation der Kosten von polytraumatisierten Patienten insbesondere aus der Perspektive des Krankenhauses. Unfallchirurg 107: 563-574  
Lefering R. (2005): Auswertung des Deutschen Traumaregisters 1993-2004: Berechnung Schweregrad (ISS) gegen Liegedauer und Kosten, PPT-Präsentation anliegend

**8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur**

(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

5-97 Spezielle Versorgungssituationen

5-970 Verletzungsschwere (ISS)

5-970.1 ISS = 16 - 31

5-970.2 ISS = 32 - 55

5-970.3 ISS > 55

**9. Begründung des Vorschlags** (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) \*

Ist Ihr Vorschlag für das **Entgeltsystem** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

**Begründung:** Trotz der aktuellen Verbesserungen im G-DRG-System 2006 werden nach aktuellen Analysen der Universitäten Hannover, Essen und Düsseldorf bis zu 30 % der schwerstverletzten Patienten nicht einer Polytrauma-DRG oder einer Prä-MDC für Langzeitbeatmung zugeordnet. Mit der Einführung dieses neuen Kodes kann die Trennschärfe des Entgeltsystems erhöht werden.

Nein

Ist Ihr Vorschlag für die externe **Qualitätssicherung** erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!

Ja

**Begründung:** Es handelt sich um einen gut validierten und international angewandten Score um die Verletzungsschwere zu vergleichen. Der Begriff Polytrauma kennzeichnet die Verletzungsschwere nur unzureichend und ist nicht für eine Vergleichbarkeit nutzbar.

Gerade für Zertifizierungen kann hier eine Beobachtung von z.B. Mortalität, ICU-Dauer, Beatmungsdauer, Transfusionsmengen usw. in Relation zur Verletzungsschwere gesetzt werden.

Nein

**Verbreitung des Verfahrens** (nur bei Vorschlägen für den OPS)

Standard

Etabliert

In der Evaluation

Experimentell

Unbekannt

**Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens** (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)

20.000 Fälle / Jahr

**Geschätzte Kosten der Prozedur** (nur bei Vorschlägen für den OPS)

keine

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

--