

Änderungsvorschlag für den OPS 2008

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Namenskonvention für die Übermittlung dieser Formulare Datei

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den hier kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich).

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* sollte dem unter **1.** (Feld 'Name' s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiele: ops-endoprothetikhuefte-musterfrau.doc, ops-komplexeodefruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Hinweis zur Veröffentlichung der Änderungsvorschläge

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen. Mit Einsendung dieses Bogens geben Sie als Antragsteller Ihr Einverständnis zur Veröffentlichung aller darin enthaltenen Daten auf den Webseiten des DIMDI. Falls Sie dies ablehnen, teilen Sie uns das bitte hier mit:

Ich lehne/Wir lehnen die Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI ausdrücklich ab.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Hinweis zum Datenschutz

- Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und im Rahmen des Vorschlagsverfahrens für die Weiterentwicklung der Klassifikation ICD-10-GM und OPS ggf. an Dritte weitergegeben werden.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, abgestimmt mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie
Offizielles Kürzel der Organisation *	DGU und DGOOC
Internetadresse der Organisation *	
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Windolf
Vorname *	Joachim
Straße *	Moorenstr. 5
PLZ *	40225
Ort *	Düsseldorf
E-Mail *	windolf@uni-duesseldorf.de
Telefon *	02 11- 8 10 44 00

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation *	
Offizielles Kürzel der Organisation *	
Internetadresse der Organisation *	
Anrede (inkl. Titel) *	
Name *	
Vorname *	
Straße *	
PLZ *	
Ort *	
E-Mail *	
Telefon *	

3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? * (siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Neudefinition der Kodierung der komplexen Therapie beim Polytrauma

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags * (inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Inklusiva, Exklusiva, Texte und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Vorschlag:

Die komplexe Behandlung von polytraumatisierten Patienten soll folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Fachärztliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie mit Zusatzweiterbildung spezielle Unfallchirurgie
- Schockraumversorgung, Herz-Kreislauf- sowie Beatmungsmonitoring
- Mehrzeitiges operatives Vorgehen zur Sicherung des Behandlungsergebnisses
- Mindestens drei der folgenden Kriterien:

Kombination aus Schädelhirntrauma und/oder Thorax- und/oder abdominelles Trauma und/oder zu operierende Extremitätenverletzung und/oder Becken- und/oder Wirbelsäulentrauma
Traumatisch hämorrhagischer Schock mit Hypovolämie, Hypoxämie und Ischämie
Auftreten von Infekt bzw. nosokomialen Infektionen
Sekundäre Organschäden
Massentransfusion von Blut/(-derivate) und Gerinnungsfaktoren

Begründung:

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 finden Mehrfacheingriffe und mehrzeitige Eingriffe (z.B. Oberschenkelfraktur und Beckenverletzung) inzwischen eine bessere Abbildung.

Durch Differenzierung der notwendigen Voraussetzungen zur Diagnostik, Kodierung der Diagnosen sowie Therapiemaßnahmen kann dennoch der erhöhte Aufwand besser abgebildet werden.

5-970 Spezielle Versorgungssituationen bei komplexem Polytrauma

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags *

a. Problembeschreibung

Problembeschreibung:

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.

Begründung:

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 finden Mehrfacheingriffe und mehrzeitige Eingriffe (z.B. Oberschenkelfraktur und Beckenverletzung) inzwischen eine bessere Abbildung.

Durch Differenzierung der notwendigen Voraussetzungen zur Diagnostik, Kodierung der Diagnosen sowie Therapiemaßnahmen kann dennoch der erhöhte Aufwand besser abgebildet werden.

Literatur:

Pape et al. (2003): Entwicklung eines Modells zur Berechnung der Kosten der Versorgung schwer Verletzter--eine Initiative des Traumaregisters der DGU. Unfallchirurg 106: 348-357T.

Schwermann et al. (2004): Evaluation der Kosten von polytraumatisierten Patienten insbesondere aus der Perspektive des Krankenhauses. Unfallchirurg 107: 563-574

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

Ziel des Vorschlages ist es, die komplexe Behandlung von Polytraumata aufwandgerecht darzustellen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- | | | |
|--|------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Standard | <input type="checkbox"/> Etabliert | <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell | <input type="checkbox"/> Unbekannt | |

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens**e. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt**

Hunderte

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

extrem

- g. **Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant?** (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

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