

Formular für Vorschläge zur ICD-10 und zum OPS

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen in einem Textbearbeitungsprogramm aus und schicken Sie ihn als e-mail-Anhang ans DIMDI an folgende e-mail-Adresse Vorschlagsverfahren@dimdi.de

Das DIMDI behält es sich vor, die Vorschläge für 2006 ggf. auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

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

| | |
|------------------|--|
| Organisation * | |
| Name * | |
| Vorname * | |
| Titel | |
| Straße | |
| PLZ | |
| Ort | |
| E-Mail-Adresse * | |
| Telefon * | |
| Telefax | |

2. Ansprechpartner (wenn nicht Einsender)

| | |
|----------------|--|
| Name | |
| Vorname | |
| Titel | |
| Straße | |
| PLZ | |
| Ort | |
| E-Mail-Adresse | |
| Telefon | |
| Telefax | |

3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)

| |
|----------------|
| Fetalchirurgie |
|----------------|

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

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ja |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Name der Fachgesellschaft: |
| Status der Abstimmung: |
| <input type="checkbox"/> Begonnen |
| <input type="checkbox"/> Abgeschlossen |

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

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Ja |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Name der Fachgesellschaft: |

6. Art der Änderung *

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung)

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages *

Im aktuell gültigen OPS Prozedurenverzeichnis stehen nur wenige Codes zur korrekten Abbildung der minimalinvasiven fetalchirurgischen Operationen zur Verfügung. Eine spezifischere Beschreibung der Leistungen, die derzeit durch fetoskopische Operationstechniken behandelt werden können, über die vorhandenen Codes nur durch die Resteklassen 5-754.x „Sonstige intrauterine Therapie des Feten“ oder 5-754.y „N.n. bez. Intrauterine Therapie des Feten“ oder den Markerkode 5-755 „Andere intrauterine Operationen am Feten“ möglich. Eine differenzierte Abbildung für die übrigen, derzeit durchgeführten und zunehmenden intrauterinen fetoskopischen Leistungen ist somit nicht möglich.

8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur (Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)

Zur korrekten OPS-Kodierung für minimalinvasive fetalchirurgische Operationen muss für folgende Prozeduren eine OPS Kodierung im 5-754 oder 5-755 erfolgen:

- *Intrauterine Therapie des Feten, fetoskopischer temporärer Verschluss der Luftröhre des Ungeborenen mittels Latexballons*
- *Intrauterine Therapie des Feten, Entfernung des Latexballons*
- *Intrauterine Therapie des Feten, operativer Verschluss/Abdeckung des offenen Rückens*
- *Intrauterine Therapie des Feten, Hochfrequenzablation von Tumorgefäßen oder Plazentaefäßen*
- *Intrauterine Therapie des Feten, Implantation eines Herzschrittmachers*
- *Intrauterine Therapie des Feten, fetoskopische Überstimulation bei Herzrhythmusstörungen*
- *Intrauterine Therapie des Feten, Vorgeburtliche Eröffnung einer Herzklappe*
- *Intrauterine Therapie des Feten, Vorgeburtliche Eröffnung des Foramen ovale*
- *Intrauterine Therapie des Feten, Eröffnung des Kehlkopf- oder Luftröhrenverschlusses*
- *Entbindung des Feten mit Kehlkopf- oder Luftröhrenverschluss beim Feten durch EXIT Operation*
- *Intrauterine Therapie des Feten, fetoskopische Eröffnung von posterioren Harnklappen*
- *Intrauterine Therapie des Feten, serieller Fruchtwasseraustausch*

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

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

- Ja
 Nein

Begründung:

Bislang ist keine Abbildbarkeit dieser Leistungen und der entsprechenden Hauptdiagnosen im DRG System möglich, da keine differenzierte ICD- und keine OPS-Kodierung möglich ist. Siehe auch InEK Vorschlag zur Abbildung dieser Leistung innerhalb einer völlig neuen, eigenen fetalchirurgische DRG

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

- Ja
 Nein

Begründung:

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**)

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

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

Siehe auch InEK Vorschlag zur Abbildung dieser Leistung innerhalb einer völlig neuen, eigenen fetalchirurgische DRG