

# 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](mailto: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)

Herz-, Thorax- und Gefäßchirurgie, Kinderkardiologie, Kardiologie

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

Ja

Nein

Name der Fachgesellschaft:

Status der Abstimmung:

Begonnen

Abgeschlossen

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

Ja

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 \***

Unterteilung des OPS-Kodes 8-836

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

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

8-836.o Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden **Wachstumsstents**

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

Das Einlegen eines Wachstumsstents kann z. Zt. nicht präzise kodiert werden. Hilfsweise wird der OPS 8-836.f (Einlegen eines nicht medikamentenfreisetzenden Stents) verwendet.

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

Ja

Nein

Begründung:

Die Kosten für Wachstumsstents liegen deutlich über den Kosten für sonstige nicht medikamentenfreisetzende Stents.

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)**

Hierzu ist auch ein entsprechender Antrag (neues Zusatzentgelt) an das InEK vorgesehen. Ggf. kann auch eine weitere Unterteilung des OPS-Kodes in nicht medikamentenfreisetzende und medikamentenfreisetzende Stents erwogen werden.

