

# 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) Transplantationsmedizin

--

## 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 checked="" type="checkbox"/> Ja	sofern Sie das wünschen. Von meiner Seite aus muss der Vorschlag nicht abgestimmt werden.
<input type="checkbox"/> Nein	
Name der Fachgesellschaft: Transplantationsmedizin	

**6. Art der Änderung \***

Redaktionell  
z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

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

**7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlages \***

Anpassung der OPS an die NUB.

Den OPS für "AB0 inkompatible NTx" gibt es bisher noch nicht.

Frage ob Zusatzcode oder eigenständiger Code für die AB0 inkompatible NTx. Im folgenden wird der Eigenständige Code favorisiert.

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

5-555.9 AB0 inkompatible Nierentransplantation

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

Dieses Verfahren wird in Deutschland eingeführt. Eine OPS mäßige Klassifikation wäre wichtig.

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

Ja

Nein

Begründung: Zur Abbildung der kleinsten Einheit für die Abrechnung von diesem Präparat.

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

Ja

Nein      Dieses Verfahren wird eingeführt und sollte deshalb qualitätsgesichert sein.

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**)

>10 Kliniken

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

**37500**, Euro sind für eine Transplantation zusätzlich als ZE erforderlich.

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

Die Genauigkeit des DRG-Systems wächst mit der Abbildung aller Prozesse. Dieses Verfahren gehört mit zum DRG-System.