## 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

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

Vorname * Titel			
Organisation) Organisation * Name * Vorname * Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse * Telefon * Titel Straße 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch) Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse * Telefax  2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch) Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*    Nein   Status der Abstimmung:   Begonnen   Abgeschlossen   Begonnen   Abgeschlossen   Ja   Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *   Ja   Ja   Name der Fachgesellschaft:	Pflichtangaben sind mit einem * mar	kiert.	
Organisation) Organisation * Name * Vorname * Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse * Telefon * Titel Straße 2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch) Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse * Telefax  2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch) Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*    Nein   Status der Abstimmung:   Begonnen   Abgeschlossen   Begonnen   Abgeschlossen   Ja   Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *   Ja   Ja   Name der Fachgesellschaft:	1. Verantwortlich für den Inhalt de	s Vorschlags (Anschrift des Einsenders und vertretene	
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  2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch) Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*		<u> </u>	
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) Chirurgie/Viszeralchirurgie 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*    Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*   Abgeschlossen   Abgeschlossen   Abgeschlossen     Straße     Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie   Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft matter viszeralchirurgie   Abgeschlossen   Abgeschlossen     Janame der Fachgesellschaft:			
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) Chirurgie/Viszeralchirurgie 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*    Ja   Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft nabgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*   Ja   Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft nabgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*   Ja   Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft nabgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*   Ja   Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*   Ja   Name der Fachgesellschaft:	Name *		
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) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*	Vorname *		
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) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*    Ja   Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft nabgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*   Abgeschlossen   Status der Abstimmung:     Begonnen     Abgeschlossen   Abgeschlossen   Begonsen     Abgeschlossen	Titel		
Ort eMail-Adresse * Telefax  2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch) Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*	Straße		
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) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*	PLZ		
Telefax  2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)  Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  3. Ja Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*  3. And Degonnen Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *  3. Ja Name der Fachgesellschaft:	Ort		
Telefax  2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)  Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*    Ja	eMail-Adresse *		
2. Ansprechpartner (wenn nicht mit Einsender identisch)  Name  Vorname  Titel  Straße  PLZ  Ort  eMail-Adresse  Telefon  Telefox  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich)  Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  S Ja  Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie  Nein  Status der Abstimmung:  Begonnen  Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*  J Ja  Name der Fachgesellschaft:	Telefon *		
Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*	Telefax		
Name Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie 4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*			
Vorname Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  \[ \] Ja Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*  \[ \] Ja Name der Fachgesellschaft:	2. Ansprechpartner (wenn nicht mit	Einsender identisch)	
Titel Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  Ja Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie  Begonnen Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*  Ja Name der Fachgesellschaft:	Name		
Straße PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  3 Ja Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie Nein Status der Abstimmung: Begonnen Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher?*  Ja Name der Fachgesellschaft:	Vorname		
PLZ Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  Ja Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie Nein Status der Abstimmung: Begonnen Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *  Ja Name der Fachgesellschaft:	Titel		
Ort eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  3 Ja Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie Nein Status der Abstimmung: Begonnen Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *  3 Ja Name der Fachgesellschaft:	Straße		
eMail-Adresse Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  3 Ja Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie Nein Status der Abstimmung: Begonnen Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *  Ja Name der Fachgesellschaft:	PLZ		
Telefon Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  3 Ja Name der Fachgesellschaft: Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie  Nein Status der Abstimmung: Begonnen Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *  Ja Name der Fachgesellschaft:	Ort		
Telefax  3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*	eMail-Adresse		
3. Fachgebiet * (Mehrfachnennungen möglich) Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  Ja Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie Nein Status der Abstimmung: Begonnen Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *  Ja Name der Fachgesellschaft:	Telefon		
Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*	Telefax		
Chirurgie/Viszeralchirurgie  4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*	2 Fachgobiet * (Mahrfachnannunga	on mäglich)	
4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit einer Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*  ☐ Ja Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie ☐ Nein Status der Abstimmung: ☐ Begonnen ☐ Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? * ☐ Ja Name der Fachgesellschaft:			
	Chirurgie/ viszeraichirurgie		
Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie  Nein  Status der Abstimmung: Begonnen Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *  Ja  Name der Fachgesellschaft:	4. Ist Ihr Vorschlag bereits mit ein	er Fachgesellschaft abgestimmt? Wenn ja, mit welcher?*	
<ul> <li>Nein</li> <li>Status der Abstimmung:</li> <li>Begonnen</li> <li>Abgeschlossen</li> <li>Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *</li> <li>Ja</li> <li>Name der Fachgesellschaft:</li> </ul>	⊠ Ja		
Status der Abstimmung: ☐ Begonnen ☑ Abgeschlossen  5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? * ☐ Ja Name der Fachgesellschaft:	Name der Fachgesellschaft:Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie		
<ul> <li>☐ Begonnen</li> <li>☑ Abgeschlossen</li> <li>5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *</li> <li>☐ Ja</li> <li>Name der Fachgesellschaft:</li> </ul>	☐ Nein		
<ul> <li>△ Abgeschlossen</li> <li>5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *</li> <li>☐ Ja</li> <li>Name der Fachgesellschaft:</li> </ul>			
5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *  Ja  Name der Fachgesellschaft:			
welcher? *  ☐ Ja  Name der Fachgesellschaft:	∆ Abgeschlossen		
welcher? *  ☐ Ja  Name der Fachgesellschaft:	5. Muss Ihr Vorschlag mit weiterei	n Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit	
☐ Ja Name der Fachgesellschaft:	welcher? *		
Nein     Nei	Name der Fachgesellschaft:		
	⊠ Nein		

Im Geschäftsbereich des





6. Art der Änderung *
Redaktionell
z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur
☐ Inhaltlich
z.B. Differenzierung bestehender Kodes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung
7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *
Die Peritonektomie wird bei Patienten mit Peritonealkarzinose oder Pseudomyxoma peritonei angewandt.
Es wird eine makroskopisch komplette Zytoreduktion angestrebt. Hierfür wird operativ eine
Peritonektomie ggf. mit Multiviszeralresektion durchgeführt. Im Anschluss sollte eine hypertherme
intraperitoneale Chemotherapie erfolgen.
8. Vorschlag für (neuen) Kode, Text und Klassifikationsstruktur
(Bitte geben Sie auch Synonyme für das Alphabetische Verzeichnis an)
Es wird eine Differenzierung der bestehenden Kodegruppe 5-543 Exzision und Destruktion von
peritonealem Gewebe vorgeschlagen, da die bestehenden Kodes dieser Gruppe die Maßnahmen im
Rahmen einer Peritonektomie nur ungenügend abdecken.
5-543.4 Peritonektomie
9. Begründung des Vorschlags (bei redaktionellen Änderungen nicht erforderlich) *
Ist Ihr Vorschlag für das Entgeltsystem erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!
□ Ja     □ Ja     □ Table T
Begründung: Das Verfahren verbreitet sich zunehmend in Deutschland, doch es ist bisher nur unter 5-
543.x "Sonstige" kodierbar. Ein selbständiger OPS-Kode führt zu einer einheitlichen und genaueren
Leistungsdokumentation dieser extrem aufwändigen Methode.  ☐ Nein
Ist Ihr Vorschlag für die externe <b>Qualitätssicherung</b> erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!
Ja
Begründung:
Nein Nein
Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS)
☐ Standard
In der Evaluation
Experimentell
Unbekannt
Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für
den OPS) unbekannt, mindestens 200 Operationen in mehreren Kliniken deutschlandweit, an der Uniklinik
Regensburg 38 im Jahr 2005  Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS)
unbekannt, häufig wird eine Multiviszeralresektion durchgeführt, die dann DRG-bestimmend ist.
10. Sonstiges (z.B. Kommentare, Anregungen)