

## 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](mailto:Vorschlagsverfahren@dimdi.de)

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

Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.

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

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	

### 3. Fachgebiet \* (Mehrfachnennungen möglich)

Hämatologie, Onkologie, Transplantationsmedizin
---

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

<input type="checkbox"/> Ja
Name der Fachgesellschaft:
<input checked="" type="checkbox"/> Nein
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
Name der Fachgesellschaft:s.o.
<input type="checkbox"/> Nein

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium  
für Gesundheit  
und Soziale Sicherung

**6. Art der Änderung \***

Redaktionell

z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur

Inhaltlich

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

**7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

Abbildung der Langzeit-Behandlung Immunsupprimierter

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

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

8-988 Komplexbehandlung bei länger bestehender Neutropenie

Kriterien: Nachweis einer Neutropenie mit  $<1000$  Leukozyten/ $\mu\text{l}$  für 10 oder mehr Tage, (entsprechend den Kriterien für ICD D70.11)

- Behandlung durch spezifisch eingewiesenes Personal unter Aufsicht eines Facharztes für internistische Onkologie / Hämatologie und eines Klinikhygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards
- Durchführung von strikter Isolierung mit eigenem Sanitärbereich, Schutzmaßnahmen (Kittel, Mund-Nasen-Schutz, Handschuhe), täglichem Wechsel der Bettwäsche, täglicher Desinfektion patientennaher Flächen sowie des Fußbodens sowie Durchführung von Untersuchungen im Patientenzimmer
- Einsatz prophylaktischer Chemotherapeutika und/oder Antimykotika
- Gabe von keimarmer Kost
- Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit der Umkehrisolation

- .0 Mindestens 10 bis höchstens 15 Behandlungstage
- .1 Mindestens 16 bis höchstens 20 Behandlungstage
- .2 Mindestens 21 Behandlungstage oder länger

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

Erheblicher Betreuungsaufwand und Kostenaufwand für diese Patienten.

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

Ja

Begründung: ggf zukünftig Splitkriterium oder Gruppierungskriterium im DRg-System

Nein

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

Ja

Begründung:

Nein

**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)

--