

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.

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)

| |
|-------------------|
| Gastroenterologie |
|-------------------|

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: Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie (?) |
| <input type="checkbox"/> Nein |

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

6. Art der Änderung *

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> Redaktionell z.B. Schreibfehlerkorrektur, Textkorrektur <input checked="" type="checkbox"/> Inhaltlich z.B. Differenzierung bestehender Codes, Neuaufnahme, Zusammenfassung, Streichung |
|---|

7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags *

| |
|--|
| Kontrastmittelsonographien erfordern den Einsatz von teuren Kontrastmitteln und höheren Personal und Sachmitteleinsatz als herkömmliche Sonographien. Es ist deshalb wünschenswert, diesen Aufwand im OPS darstellen zu können |
|--|

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

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

| |
|---|
| Übernahme der Codes aus 3-04 aus dem Erweiterungskatalog in den amtlichen Katalog |
|---|

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

| |
|---|
| S.o. |
| Ist Ihr Vorschlag für das Entgeltsystem erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ja Begründung: Fallkostenkalkulation. Ermittlung von Splitkriterien und/oder Zusatzentgelten |
| <input type="checkbox"/> Nein |
| Ist Ihr Vorschlag für die externe Qualitätssicherung erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen! |
| <input type="checkbox"/> Ja Begründung: |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nein |
| Verbreitung des Verfahrens (nur bei Vorschlägen für den OPS) |
| <input type="checkbox"/> Standard |
| <input checked="" type="checkbox"/> Etabliert |
| <input type="checkbox"/> In der Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Experimentell |
| <input type="checkbox"/> Unbekannt |
| Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS) |
| k. A |
| Geschätzte Kosten der Prozedur (nur bei Vorschlägen für den OPS) |
| k. A |

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

| |
|-----|
| --- |
|-----|