

## 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)

Angiologie, Cardiologie
-------------------------

### 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: Cardiologie
<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 \***

Definition eines neuen Codes für den Einsatz gecoverter nicht-medikamentefreisetzender Stents
---

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

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

5-836.r Einlegen eines nicht-medikamentefreisetzenden gecoverten Stents (Stent-Graft)
Die Lokalisation ist in der 6. Stelle gemäß Liste anzugeben.

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

Seit einigen Jahren sind nicht-medikamentefreisetzende gecoverte Stents nicht nur für Koronargefäße sondern auch für andere Gefäße verfügbar geworden. Eine differenzierte Abbildbarkeit dieser kostenrelevanten Produkte ist bisher allerdings nur für die Koronargefäße vorgesehen. Bei anderen Gefäßen ist z.Zt. nur die Kodierung als einfacher nicht-medikamentefreisetzender Stent oder alternativ die Kodierung mit der Resteklasse 8-836.x- möglich.

Ist Ihr Vorschlag für das <b>Entgeltsystem</b> erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!
<input checked="" type="checkbox"/> Ja Begründung: Ein eigenständiger Kode zur Identifizierung dieses neuen Verfahrens ist für die sachgerechte Kalkulation von DRGs und ggf. Zusatzentgelten erforderlich.
<input type="checkbox"/> Nein

Ist Ihr Vorschlag für die externe <b>Qualitätssicherung</b> erforderlich? Wenn ja, bitte kurz begründen!
<input checked="" type="checkbox"/> Ja Begründung: Zur Evaluation der Ergebnisqualität perkutan-transluminale Stentverfahren ist die differenzierte Abbildbarkeit prinzipiell unterschiedlicher Materialien erforderlich.
<input type="checkbox"/> Nein

<b>Verbreitung des Verfahrens</b> (nur bei Vorschlägen für den OPS)
<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Etabliert <input checked="" type="checkbox"/> In der Evaluation <input type="checkbox"/> Experimentell <input type="checkbox"/> Unbekannt

<b>Geschätzte Häufigkeit des Verfahrens</b> (z.B. Zahl der Fälle, Zahl der Kliniken) (nur bei Vorschlägen für den OPS)
ca. 40 Kliniken, ca. 300 Anwendungen

<b>Geschätzte Kosten der Prozedur</b> (nur bei Vorschlägen für den OPS)
1.600 - 2.400 €

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

--