

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 *	Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V. (BWKG)
Name *	Jagdfeld
Vorname *	Frank
Titel	Dr. med.
Straße	Birkenwaldstr. 151
PLZ	70191
Ort	Stuttgart
eMail-Adresse *	jagdfeld@bwkg.de
Telefon *	0711-2577740
Telefax	0711-2577799

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? *

Ja
Name der Fachgesellschaft:

Nein
Status der Abstimmung:

Begonnen
 Abgeschlossen

5. Muss Ihr Vorschlag mit weiteren Fachgesellschaften abgestimmt werden? Wenn ja, mit welcher? *

Ja
Name der Fachgesellschaft: ggfs. Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)

Nein

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit
und Soziale Sicherung

6. Art der Änderung *

<input checked="" 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 *

Unter K91.4 soll auch die Gastrostomie aufgenommen werden. Alternativ könnte auch ein neuer Code z.B. K91.6 gebildet werden

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

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

K91.4 Funktionsstörung nach Kolostomie, Enterostomie oder Gastrostomie oder K91.6 Funktionsstörung nach Gastrostomie
--

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

Eine Funktionsstörung nach Gastrostomie kann bisher nicht korrekt abgebildet werden, weil kein ICD-Kode passt.

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

<input checked="" type="checkbox"/> Ja Begründung: evtl. Vergabe eines CCL-Werts <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 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)

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

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

--