

## Änderungsvorschlag für den OPS 2022

Dieses Formular ist urheberrechtlich geschützt und darf nur zur Einreichung eines Vorschlags heruntergeladen und genutzt werden. Eine Veröffentlichung z.B. auf Webseiten, in Internetforen oder vergleichbaren Medien ist nicht gestattet.

### Bearbeitungshinweise

1. Bitte füllen Sie für inhaltlich nicht zusammenhängende Vorschläge jeweils ein eigenes Formular aus.
2. Füllen Sie dieses Formular elektronisch aus. Die Formulare Daten werden elektronisch weiterverarbeitet, so dass nur **strukturell unveränderte digitale** Kopien im DOCX-Format angenommen werden.
3. Vergeben Sie einen Dateinamen gemäß unten stehendem Beispiel; verwenden Sie Kleinschrift ohne Umlaute und ß, ohne Leer- oder Sonderzeichen und ohne Unterstrich:  
*ops2022-kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2022-komplexeinzelreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2021** an **vorschlagsverfahren@bfarm.de**.
5. Der fristgerechte Eingang wird Ihnen per E-Mail bestätigt. Heben Sie diese **Eingangsbestätigung** bitte als Nachweis auf. Sollten Sie keine Eingangsbestätigung erhalten, wenden Sie sich umgehend an das Helpdesk Klassifikationen (0228 99307-4945, [klassi@bfarm.de](mailto:klassi@bfarm.de)).

### Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das Vorschlagsverfahren wird gemäß [Verfahrensordnung](#) für die Festlegung von ICD-10-GM und OPS gemäß § 295 Absatz 1 Satz 9 und § 301 Absatz 2 Satz 7 SGB V durchgeführt.

Bitte berücksichtigen Sie bei der Erarbeitung eines OPS-Vorschlags die "Gesichtspunkte für zukünftige Revisionen des OPS" in der aktuellen Fassung:

[www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – ...

Änderungsvorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** eingebracht werden. Dies dient der fachlichen Beurteilung und Bündelung der Vorschläge, erleichtert die Identifikation relevanter Vorschläge und trägt so zur Beschleunigung der Bearbeitung bei.

Einzelpersonen und auch einreichende Fachverbände werden gebeten (§3 Absatz 3 Verfahrensordnung), ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften [www.awmf-online.de](http://www.awmf-online.de), Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen und mit den schriftlichen Stellungnahmen dieser Fachverbände einzureichen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das BfArM diesen Abstimmungsprozess ein. Kann die Abstimmung nicht während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden, so kann der Vorschlag nicht umgesetzt werden.

Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.

**Wir weisen ausdrücklich darauf hin**, dass Vorschläge nur im eigenen Namen oder mit ausdrücklicher Einwilligung der unter 1. genannten verantwortlichen Person eingereicht werden dürfen. Das BfArM führt vor der Veröffentlichung keine inhaltliche Überprüfung der eingereichten Vorschläge durch. Für die Inhalte sind ausschließlich die Einreichenden verantwortlich. Bei Fragen oder Unstimmigkeiten bitten wir, sich direkt an die jeweiligen im Vorschlagsformular genannten Ansprechpersonen zu wenden.

### Einräumung der Nutzungsrechte und Erklärung zum Datenschutz

Mit Einsendung des Vorschlags räumen Sie dem BfArM das Nutzungsrecht an dem eingereichten Vorschlag ein.

Datenschutzrechtliche Hinweise zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und zu Ihren Rechten finden Sie unter: [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) – Datenschutzerklärung



**Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu bestätigen.**

**Pflichtangaben sind mit einem \* markiert.**

### 1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	DGP
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://pneumologie.de/">https://pneumologie.de/</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Prof. Dr. med.
Name *	Darwiche
Vorname *	Kaid
Straße *	Tüschener Weg 40
PLZ *	45239
Ort *	Essen
E-Mail *	kaid.darwiche@rlk.uk-essen.de
Telefon *	0201/ 433 4222

### Einräumung der Nutzungsrechte

\* Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:  
„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem BfArM werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

- \* Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.  
Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



## 2. Ansprechpartner/-in (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation \*

Offizielles Kürzel der Organisation  
(sofern vorhanden)

Internetadresse der Organisation  
(sofern vorhanden)

Anrede (inkl. Titel) \*

Name \*

Vorname \*

Straße \*

PLZ \*

Ort \*

E-Mail \*

Telefon \*

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten

\* Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z.B. Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Experten). Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Ich bin als Ansprechpartner/-in für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung jederzeit widerrufen.

Sollten Sie damit nicht einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



**Bitte beachten Sie: Wenn Sie damit einverstanden sind, dass die Seiten 2 und 3 mitveröffentlicht werden, setzen Sie bitte das entsprechende Häkchen auf Seite 2 bzw. Seite 3. Sollten Sie nicht damit einverstanden sein, wird der Vorschlag ab Seite 4, also ab hier, veröffentlicht.**

**3. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlags (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) \***

Periphere Bronchoskopie

**4. Mitwirkung der Fachverbände \***

(siehe **Hinweise** am Anfang des Formulars)

- Es liegen keine schriftlichen Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der Fachverbände vor.
- Dem BfArM werden zusammen mit dem Vorschlag schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

**5. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines bisher nicht spezifisch kodierbaren Medizinproduktes charakterisiert ist \***

- Nein
- Ja

**a. Name des Medizinproduktes und des Herstellers (Ggf. mehrere. Falls Ihnen ähnliche Produkte bekannt sind, führen Sie diese bitte auch auf.)**

Es sind mehrere (ultra-)dünne Bronchoskope verfügbar. Beispielhaft seien hier genannt:

- Ultrathin Bronchoskop BF-MP190F, Fa. Olympus Deutschland GmbH
- EB-530P, Fa. Fujifilm Europe GmbH
- Slim Modell für ENDOCAM Logic, Fa. Richard Wolf GmbH
- LIVE Super Slim, Fa. Karl Storz SE & Co KG

**b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung**

Ultrathin Bronchoskop BF-MP190F:

14.06.2017

Verwendungszweck:

Dieses Instrument ist für den Gebrauch zusammen mit Olympus Geräten (Videoprozessor, Lichtquelle, Dokumentationseinrichtungen, Monitor, Endo-Therapie-Instrumenten, wie zum Beispiel Biopsiezangen) und sonstigen in der Endoskopie und in der endoskopischen Chirurgie eingesetzten Peripheriegeräten vorgesehen. Dieses Instrument ist für den Gebrauch innerhalb der Atemwege und des Tracheobronchialbaums indiziert.

**6. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags \***

(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Etablierung des folgenden Zusatzkodes:

1-620.3 Periphere Bronchoskopie von Bronchien mindestens der 5. Generation

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn die Bronchoskopie (1-620.0 ff.) mindestens die 5. Generation der Bronchienaufteilung erreicht

Etablierung des folgenden Zusatzkodes:

5-339.a Periphere Bronchoskopie von Bronchien mindestens der 5. Generation

Hinw.: Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist nur anzugeben, wenn die Bronchoskopie bei der Durchführung einer bronchoskopischen Intervention (5-320 ff. oder 5-339.2 ff.) mindestens die 5. Generation der Bronchienaufteilung erreicht

Etablierung eines Zusatzkodes im Kapitel 8 ist nicht erforderlich, da im Rahmen einer peripheren Bronchoskopie keine Fremdkörperentfernungen durchgeführt werden.

Etablierung folgender Hinweise:

1-620.0 Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument

Hinw.: Die Durchführung einer peripheren Bronchoskopie ist gesondert zu kodieren (1-620.3)

5-320 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus

Hinw.: Die Durchführung einer peripheren Bronchoskopie ist gesondert zu kodieren (5-339.a)

5-339.2 Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Destruktion von erkranktem Lungengewebe

Hinw.: Die Durchführung einer peripheren Bronchoskopie ist gesondert zu kodieren (5-339.a)

5-339.91 Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Lunge: Bronchoskopisch

Hinw.: Die Durchführung einer peripheren Bronchoskopie ist gesondert zu kodieren (5-339.a)

**7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags****a. Problembeschreibung \***

Die Bronchoskopie ist als endoskopische Methode zur Untersuchung der Trachea und der Bronchien seit Jahren etabliert. Herkömmliche flexible Bronchoskope haben einen Außendurchmesser von ca. 5-6mm mit einem Arbeitskanal von 2,0-3,0 mm. Hiermit ist, abhängig von der Patienten-Anatomie, eine Bronchoskopie bis in die Segmentbronchien bzw. Subsegmentbronchien möglich. Da die meisten (73%) Lungentumoren im peripheren Bereich der Lunge liegen, ist eine Biopsie mittels herkömmlichen Bronchoskopen unter Sicht nicht möglich. In solchen Fällen musste bisher auf minimal-invasive Verfahren (z.B. CT-gesteuerte perkutane Punktion) bzw. invasive Verfahren (z.B. thorakoskopische Biopsie) mit den damit verbundenen Unannehmlichkeiten für den Patienten und erhöhtem Risiko von Komplikationen (z.B. Pneumothoraxrate bei CT-gesteuerte perkutane Punktion bis zu 25%) zurückgegriffen werden, soweit der Zustand des Patienten dies zuließ.

Mittlerweile stehen (ultra-)dünne Bronchoskope zur Verfügung, die einen Außendurchmesser von ca. 3mm mit einem Arbeitskanal von 1,7mm oder geringer aufweisen. Dadurch ergibt sich für die Bronchoskopie ein Quantensprung, da nunmehr eine „periphere“ Bronchoskopie mit der Möglichkeit einer Biopsie unter Sicht von peripheren Rundherden realisierbar ist und somit ein nicht-invasives Verfahren zur Verfügung steht, welches auch bei den Patienten angewendet werden kann, die einer invasiven Diagnostik bisher nicht zugänglich waren. Da das Verfahren eine entsprechende manuelle Fertigkeit und Fachkenntnis voraussetzt, wird es ausschließlich in hoch spezialisierten Abteilungen durchgeführt.



Mit diesem Antrag soll kein Gerät abgebildet werden, sondern wie bei der Cholangioskopie ein medizinisches Verfahren, das zwischen den Versorgungsstufen trennt und aufgrund den deutlich verlängerten Untersuchungszeiten mit höheren Personalkosten sowie mit dem Einsatz zusätzlicher Biopsiehilfsmittel einhergeht. Dem folgend wurde zur Abgrenzung der peripheren Bronchoskopie von der konventionellen Bronchoskopie die anatomische Tiefe der Bronchoskopie gewählt, die im Bedarfsfall mittels Videodokumentation belegt werden kann.

Die aktuell übliche Terminologie zur Tiefenbeschreibung der Bronchoskopie benutzt die Begrifflichkeit „Generation“, die die Aufästelung von der Trachea bis zum Alveolarsack einbezieht (siehe Netter-Atlas):

- 0. Generation = Trachea
- 1. Generation = Hauptbronchus
- 2. Generation = Lappenbronchus
- 3. Generation = Segmentbronchus
- 4.-8. Generation = Subsegmentbronchus
- 9.-23. Generation = periphere Bronchien
- 24. Generation = Bronchioli terminales
- 25.-27. Generation = Bronchioli respiratorii
- 28. Generation = Ductuli und Sacculi alveolares

Bisher stehen für diagnostische Bronchoskopien im Wesentlichen die OPS-Kodes des Fünfstellers 1-620.0 Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument zur Verfügung.

Interventionelle Bronchoskopien sind durch die OPS-Kodes des Vierstellers

5-320 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus, des Fünfstellers

5-339.2 Destruktion von erkranktem Lungengewebe und des Sechstellers  
5-339.91 Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Lunge: Bronchoskopisch

derzeit kodierbar.

Aus diesem Grund wurde ein Zusatzkode sowohl für Kapitel 1 als auch für Kapitel 5 beantragt.

**b. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme relevant? \***

Aufgrund der unter 7e und 7f aufgeführten Kosten ist eine Abbildung im G-DRG-System erforderlich, insbesondere da durch die ausschließliche Erbringung durch hoch spezialisierte Abteilungen eine Schiefe vorliegt. Da das Verfahren derzeit lediglich über den unspezifischen OPS-Kode der konventionellen Bronchoskopie kodiert werden kann, werden die Fälle in DRGs eingruppiert, in denen die Material- und Personalkosten nicht ausreichend vergütet sind. Eine Analyse der behandelten Fälle ist momentan aufgrund der unspezifischen Kodierung nicht möglich. Zur sachgerechten Abbildung des Verfahrens bedarf es daher eines spezifischen OPS-Kodes.

**c. Verbreitung des Verfahrens \***

- Standard (z.B., wenn das Verfahren in wissenschaftlichen Leitlinien empfohlen wird)
- Etabliert (z.B., wenn der therapeutische Stellenwert in der Literatur beschrieben ist)
- In der Evaluation (z.B., wenn das Verfahren neu in die Versorgung eingeführt ist)
- Experimentell (z.B., wenn das Verfahren noch nicht in die Versorgung eingeführt ist)
- Unbekannt

**d. Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)**

Multimodality bronchoscopic diagnosis of peripheral lung lesions. R. Eberhardt et al. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2007. DOI: 10.1164/rccm.200612-1866OC

Radial endobronchial ultrasound for the diagnosis of peripheral pulmonary lesions: a systematic review and meta-analysis. M. All et al. Asian Pacific Society of Respirology 2017. DOI: 10.1111/resp.12980

Characteristics of lung cancers detected by computer tomography screening in the randomized NELSON trial. N. Horeweg et al. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2013. DOI: 10.1164/rccm.201209-1651OC

Ultrathin bronchoscopy with multimodal devices for peripheral pulmonary lesions. M. Oki et al. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 2015. DOI: 10.1164/rccm.201502-0205OC

Technologies for targeting the peripheral pulmonary nodule including robotics. D. Fielding et al. Respirology (2020) 25, 914–923

SuperDimension Navigation System to help diagnostic sampling of peripheral lung lesions. National Institute for Health and Care Excellence, Manchester. Medtech innovation briefing 11 October 2019. [www.nice.org.uk/guidance/mib194](http://www.nice.org.uk/guidance/mib194)

**e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \*****Personalkosten:**

Die periphere Bronchoskopie ist mit deutlich verlängerten Untersuchungszeiten und damit mit höheren Personalkosten verbunden. Während für eine konventionelle Bronchoskopie eine Untersuchungszeit von etwa 15 min veranschlagt werden kann, liegt diese bei einer peripheren Bronchoskopie bei durchschnittlich 60 min (45 min – 120 min). Für die Durchführung ist in der Regel 1 Arzt und 2 Assistenzkräfte erforderlich. Die periphere Bronchoskopie wird üblicherweise mit Anästhesie durchgeführt. Insbesondere periphere Interventionen sind nur in Narkose möglich, da ein Husten des Patienten unbedingt verhindert werden muss.

Daraus ergeben sich Personalmehrkosten von etwa 320 € (1 Arzt x 45 min Untersuchungszeit x 1,60 € + 2 Assistenzkräfte x 60 min Untersuchungszeit plus Vor-/Nachbereitung x 0,80 € + 1 Anästhesist oder Pneumologe mit Intensivverfahren x 60 min Untersuchungszeit plus Vor-/Nachbereitung x 1,60 € + 1 Anästhesie-Assistenzkraft x 60 min Untersuchungszeit plus Vor-/Nachbereitung x 0,80 €).

**Sachkosten:**

Für die Gewinnung einer Histologie, was die Zielsetzung einer peripheren Bronchoskopie darstellt, ist der Einsatz von folgenden Hilfsmitteln erforderlich:

- transbronchiale Aspirationsnadel: 175€
- Zytologie-Bürste: 50€



- Biopsie-Zange: 65€
- Kryo-Biopsie-Sonde: 300€
- Ultraschall-Minisonde; es handelt sich um eine wiederverwendbare Sonde, die für ca. 50 Eingriffe verwendet werden kann, was Kosten von etwa 100 € pro Einsatz ergibt

Insofern entstehen Mehrkosten von 370 – 800 €.

Der Vollständigkeit halber seien hier noch die Investitionskosten erwähnt. Die Anschaffungskosten eines wiederverwendbaren (ultra-)dünnen Bronchoskops liegen in der Größenordnung von 25.000 bis 33.000 €.

**f. Kostenunterschiede (ggf. geschätzt) zu bestehenden, vergleichbaren Verfahren (Schlüsselnummern) \***

Siehe Punkt 7e

**g. Fallzahl (ggf. geschätzt), bei der das Verfahren zur Anwendung kommt \***

Lt. Destatis wurde im Jahr 2019 allein die OPS-Kodes des diagnostischen Fünfstellers 1-620.0 Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument insgesamt knapp 388.000 mal kodiert.

Die Inzidenz des Bronchialkarzinoms beträgt in Deutschland etwa 50.000/a. Unter der Annahme, dass laut Nelson-Studie (1) ca. 62% davon peripher liegen, läge die Inzidenz des peripheren Bronchialkarzinoms bei etwa 31.000/a. Sollte die vom G-BA geplante Ausweitung des Lungenkrebscreenings mittels Low-Dose-CT zur Detektion von nur 1/3 davon in der Frühphase mit einem peripheren Rundherd führen, läge die Größenordnung bei etwa 10.000 Rundherden pro Jahr, die u.U. mittels peripherer Bronchoskopie abzuklären wären.

Eine alternative Herleitung wäre:

Der Anteil von Rauchern in der Bevölkerung Deutschlands wird auf ca. 12 Mio. geschätzt (<https://www.rauchfrei-info.de/informieren/verbreitung-des-rauchens/raucherquote-bei-erwachsenen/>). Weiterhin wird angenommen, dass der Anteil von Starkrauchern bei ca. 21% liegt (<https://www.krebsgesellschaft.de/onko-internetportal/basis-informationen-krebs/bewusst-leben/rauchen-zahlen-und-fakten.html>), was absolut wiederum ca. 2,5 Mio. Starkrauchern entspricht.

Bei Anwendung der Ergebnisse aus der Nelson-Studie würde man bei 6,23% (493/7915) der Starkraucher pro Jahr einen positiven Befund per CT-Screening finden. Davon lägen 62% in der Lungenperipherie, nämlich bei ca. 4.800 Fällen.

Hieraus lässt sich eine Fallzahl von 5.000-10.000 mit einem diagnostisch bronchoskopisch abzuklärenden peripheren Rundherd abschätzen.

Die periphere Bronchoskopie wird derzeit in etwa 70-100 deutschen Kliniken durchgeführt.

(1) Characteristics of Lung Cancers Detected by Computer Tomography Screening in the Randomized NELSON Trial. Horeweg N. et al. Am J Respir Crit Care Med Vol 187, Iss. 8, pp 848–854, Apr 15, 2013. DOI: 10.1164/rccm.201209-1651OC



**h. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? \***

(Vorschläge, die die externe Qualitätssicherung betreffen, sollten mit der dafür zuständigen Organisation abgestimmt werden.)

Auch in Bezug auf die Qualitätssicherung hat die Etablierung der beantragten Codes Relevanz, da davon ausgegangen werden kann, dass durch die periphere Bronchoskopie die Anzahl der „blinden“ Biopsien zurückgehen wird.

**8. Bisherige Kodierung des Verfahrens**

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Codes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

Bisher stehen für diagnostische Bronchoskopien die OPS-Kodes des Fünfstellers

1-620.0 Diagnostische Tracheobronchoskopie: Mit flexiblem Instrument zur Verfügung.

Interventionelle Bronchoskopien sind durch die OPS-Kodes des Vierstellers

5-320 Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe eines Bronchus, des Fünfstellers

5-339.2 Destruktion von erkranktem Lungengewebe und des Sechstellers

5-339.91 Andere Operationen an Lunge und Bronchien: Implantation von Bestrahlungsmarkern an der Lunge: Bronchoskopisch derzeit kodierbar.

Da Zusatzcodes beantragt werden, ist eine Überleitung der neuen Codes nicht erforderlich.

**9. Sonstiges**

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 7.c. aufführen)