Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

# Änderungsvorschlag für den OPS 2024

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 Formulardaten 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: ops2024-*kurzbezeichnungdesinhalts.docx*; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2024-komplexkodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2023** 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).

## 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.bfarm.de – Kodiersysteme – Klassifikationen – OPS, ICHI – 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, 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 auf unseren Internetseiten.

**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 Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Kommission für Medizinische Klassifikation und Gesundheitsökonomie |
| Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden) | DGVS |
| Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden) | www.dgvs.de |
| Anrede (inkl. Titel) * | Herr Prof. Dr. |
| Name * | Albert |
| Vorname * | Jörg |
| Straße * | Kriegsbergstr. 60 |
| PLZ * | 70174 |
| Ort * | Stuttgart |
| E-Mail * | jo.albert@klinikum-stuttgart.de |
| Telefon * | 0711/278-35444 |

## 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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der 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 Expertinnen und 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)** *

EFTR Rektum

**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 oder mehrerer Medizinprodukte charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Medizinprodukt benötigt bzw. eingesetzt wird***

☐ Nein

☒ Ja

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

colonic FTRD® Set der Firma Ovesco

**b. Datum der letzten CE-Zertifizierung und Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung. Es wird darum gebeten, die CE-Zertifizierung und die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

Letzte CE-Zertifizierung: 20. Mai 2019

Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung: Instrument für die flexible Endoskopie zur Vollwandentfernung und diagnostischen Gewebegewinnung durch Resektion geeigneter Läsionen im Kolon und Rektum

**6. Der Vorschlag betrifft ein Verfahren, das durch die Verwendung eines oder mehrerer Arzneimittel charakterisiert ist oder bei dem für die Durchführung der Prozedur ein Arzneimittel benötigt bzw. eingesetzt wird** *

☒ Nein

☐ Ja

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

**b. Datum der letzten Arzneimittelzulassung, Name der erteilenden Institution und Anwendungsgebiet laut Fachinformation. Es wird darum gebeten, die Fachinformation zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen**

**7. Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags** *
(ggf. inkl. Vorschlag für (neue) Schlüsselnummern, Klassentitel, Inklusiva, Exklusiva, Hinweise und Klassifikationsstruktur; bitte geben Sie ggf. auch Synonyme und/oder Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Aufnahme eines Hinweises beim Fünfsteller 5-482.8 (da die Sechssteller nicht ausmultipliziert sind):

5-482.8 Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, lokal

Hinw.: Eine EFTR ist mit 5-482.81 zu kodieren

**8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags**

**a. Problembeschreibung** *

Eine lokale endoskopische Vollwandexzision am Rektum wird in Deutschland fast ausschließlich mittels EFTR durchgeführt.

In Bezug auf die korrekte Kodierung besteht Unklarheit.

Folgende beide OPS-Kodes werden derzeit für das Verfahren genutzt:

5-482.81 Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, lokal: Endoskopisch

5-482.82 Peranale lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Rektums: Vollwandexzision, lokal: Endoskopisch-mikrochirurgisch

Bei der EFTR am Rektum handelt es sich allerdings unstrittig nicht um ein endoskopisch-mikrochirurgisch Verfahren. Dies soll durch den unter 7. aufgeführten Hinweis klargestellt werden.

Erläuterung des Verfahrens:

Zur endoskopischen Vollwandresektion (EFTR – endoscopic full thickness resection) von neoplastischen Läsionen (z.B. breitbasige Adenome, Frühkarzinome, Nachresektion nach nicht im Gesunden erfolgter Polypektomie, endoskopischer Mukosaresektion (EMR) oder endoskopischer Submukosadissektion (ESD)) im Kolon wurde ein Verfahren entwickelt. Es handelt sich hierbei um ein kombiniertes Clip-Elektroresektion-Verfahren zur Vollwandresektion und diagnostischen Gewebegewinnung. Es basiert auf dem bekannten Over-the-scope Clip (OTSC) System und ermöglicht die Entfernung geeigneter Läsionen unter Einbeziehung aller Wandschichten des Dickdarms und Rektums, incl. der Serosa. Das Design des endoskopischen Vollwandresektionssystems stellt sicher, dass die Transsektion der Darmwand erst erfolgt, nachdem sie an der Basis sicher verschlossen ist. Die Abdominalhöhle wird daher beim Eingriff nie eröffnet, so dass die Gefahr der komplizierenden postinterventionellen Peritonitis minimiert wird.

Mit Hilfe des neuen Verfahrens können solche Vollwandresektionen mit einem flexiblen Endoskop durchgeführt werden, ohne dass eine operative (offen-chirurgische oder laparoskopische) Maßnahme erforderlich wird.

Das endoskopische Vollwandresektionssystem wird auf ein Endoskop aufgesetzt und besteht aus einer Applikationskappe mit darauf vorgeladenem, großlumigem, ringförmigem Clip und integrierter Schlinge, Faden, Fadenholer, Endoskopüberzug und Handrad. Der Clip besteht aus Nitinol, einer superelastischen Gedächtnislegierung aus Titan und Nickel, und ist gewebeseitig zahnförmig ausgebildet. Es wird empfohlen, das zu entfernende Gewebe zuvor zu markieren, beispielsweise mittels punktförmigen Koagulationen, die ringförmig um den zu resezierenden Bereich gesetzt werden. Die Systembox enthält zusätzlich eine Markierungssonde und einen speziellen Gewebegreifer.

Die Applikationskappe wird auf die Endoskopspitze montiert, wobei die Schlinge außerhalb des Endoskops verläuft, geschützt durch einen Endoskopüberzug. Nach Einführen des Endoskops und Vorschieben bis in den betroffenen Darmabschnitt wird das betroffene Gewebe mit Hilfe eines Greifinstrumentes in die Kappe gezogen. Durch Drehen des Handrads wird der Faden gespannt und damit der Clip ausgelöst. Dabei „beißt“ sich der Clip in die Basis des eingezogenen Gewebes und fixiert damit alle Darmwandschichten incl. der Serosa, so dass danach mit der integrierten Hochfrequenzschlinge (HF-Schlinge) das Gewebe oberhalb des Clips abgetrennt werden kann.

Es resultiert ein Vollwandresektat mit glatten Resektionsrändern bzw. -flächen lateral bzw. basal, so dass eine uneingeschränkte Beurteilbarkeit des R-Status (Neoplasie-Freiheit der lateralen Resektionsränder und der basalen Resektionsfläche (Tiefenausdehnung der Neoplasie)) durch den Pathologen gewährleistet ist.

Literatur:

Wannhoff A et al. Systematic review and meta-analysis on effectiveness and safety of the full-thickness resection device (FTRD) in the colon. Z Gastroenterol 2022; 60(05): 741-752

DOI: 10.1055/a-1310-4320.

Hajifathalian K et al. Full-thickness resection device (FTRD) for treatment of upper gastrointestinal tract lesions: the first international experience. Endosc Int Open. 2020 Oct; 8(10): E1291–E1301. Published online 2020 Sep 22. doi: 10.1055/a-1216-1439

Mahadev S et al. Outcomes of hybrid technique using endoscopic mucosal resection and endoscopic full-thickness resection for polyps not amenable to standard techniques Gastrointestinal Endoscopy (2021) https://doi.org/10.1016/j.gie.2021.02.009

Schmidbaur S et al. Risk of appendicitis after endoscopic full-thickness resection of lesions involving the appendiceal orifice: a retrospective analysis Endoscopy 2021; 53: 424–428 DOI 10.1055/a-1227-4555 published online 7.9.2020

Agnihotri A et al. Safety and efficacy of endoscopic fullthickness resection device (ftrd) in the gastrointestinal tract: a systematic review and meta-analysis AB260 GASTROINTESTINAL ENDOSCOPY Volume 91, No. 6S : 2020

Meier B et al. Efficacy and Safety of Endoscopic Full-Thickness Resection in the Colorectum: Results From the German Colonic FTRD Registry Am J Gastroenterol 2020;115:1998–2006. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000795

Kuellmer A et al. Endoscopic full-thickness resection and its treatment alternatives in difficult-to-treat lesions of the lower gastrointestinal tract: a cost-effectiveness analysis. BMJ Open Gastroenterol. 2020; 7(1): e000449. Published online 2020 Aug 18. doi: 10.1136/bmjgast-2020-000449

Krutzenbichler I et al. Technical success, resection status, and procedural complication rate of colonoscopic full-wall resection: a pooled analysis from 7 hospitals of different care levels Surgical Endoscopy https://doi.org/10.1007/s00464-020-07772-5

Zwager LW et al. Endoscopic full-thickness resection (eFTR) of colorectal lesions: results from the Dutch colorectal eFTR registry. Endoscopy. 2020 Jun 4. doi: 10.1055/a-1176-1107

Ichkhanian Y et al. A large multicenter cohort on the use of full-thickness resection device for difficult colonic lesions. Surg Endosc. 2020 Mar 16. doi: 10.1007/s00464-020-07504-9. [Epub ahead of print]

Brewer Gutierrez OI et al. Endoscopic full-thickness resection using a clip non-exposed method for gastrointestinal tract lesions: a meta-analysis. Endosc Int Open. 2020 Mar;8(3):E313-E325. doi: 10.1055/a-1073-7593. Epub 2020 Feb 21.

Meier B et al. Full-thickness resection of neuroendocrine tumors in the rectum. Endoscopy 2020; 52(01): 68-72. DOI: 10.1055/a-1008-9077.

Kuellmer A et al. Endoscopic full-thickness resection for early colorectal cancer. Gastrointest Endosc. 2019 Jan 14. pii: S0016-5107(19)30013-6. doi: 10.1016/j.gie.2018.12.025.

Bronzwaer MES et al. Endoscopic full-thickness resection of polyps involving the appendiceal orifice: a prospective observational case study. Endosc Int Open. 2018 Sep;6(9):E1112-E1119. doi: 10.1055/a-0635-0911. Epub 2018 Sep 11.

Andrisani G et al. Colo-rectal endoscopic full-thickness resection (EFTR) with the over-the-scope device (FTRD®): A multicenter Italian experience. Dig Liver Dis. 2018 Oct 12. pii: S1590-8658(18)31177-0. doi: 10.1016/j.dld.2018.09.030. [Epub ahead of print]

Schmidt A et al. Colonoscopic full-thickness resection using an over-the-scope device: a prospective multicentre study in various indications Gut 2017 Aug 10. pii: gutjnl-2016-313677 doi:10.1136/gutjnl-2016-313677

Meier B et al. Hybrid endoscopic mucosal resection and full-thickness resection: a new approach for resection of large non-lifting colorectal adenomas (with video). Surg Endosc. 2017 Mar 9. doi: 10.1007/s00464-017-5461-9. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 28281119.

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

Während die Kodierung des OPS-Kodes 5-482.81 hauptsächlich in die konservativen DRGs G60B bzw. G71Z führt (Entgelt ca. 1.500 bzw. 1.700€), erfolgt bei der Kodierung des OPS-Kodes 5-482.82 hauptsächlich eine Eingruppierung in die DRG G21B (Entgelt ca. 3.200€). Diese unterschiedliche DRG-Zuordnung und die damit verbundene Vergütung erfordert dringend eine Klarstellung der korrekten Kodierung.

**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)**

Wannhoff A et al. Systematic review and meta-analysis on effectiveness and safety of the full-thickness resection device (FTRD) in the colon. Z Gastroenterol 2022; 60(05): 741-752
DOI: 10.1055/a-1310-4320.

Meier B et al. Efficacy and Safety of Endoscopic Full-Thickness Resection in the Colorectum: Results From the German Colonic FTRD Registry Am J Gastroenterol 2020;115:1998–2006. https://doi.org/10.14309/ajg.0000000000000795

Zwager LW et al. Endoscopic full-thickness resection (eFTR) of colorectal lesions: results from the Dutch colorectal eFTR registry. Endoscopy. 2020 Jun 4. doi: 10.1055/a-1176-1107

Meier B et al. Full-thickness resection of neuroendocrine tumors in the rectum. Endoscopy 2020; 52(01): 68-72. DOI: 10.1055/a-1008-9077

Schmidt A et al. Colonoscopic full-thickness resection using an over-the-scope device: a prospective multicentre study in various indications Gut 2017 Aug 10. pii: gutjnl-2016-313677 doi:10.1136/gutjnl-2016-313677

**e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens** *

Das komplette, erforderliche Set eines endoskopischen Vollwandresektionssystems ist mit Materialkosten von. 1.047,53 Euro (inkl. MwSt.) verbunden.

Hinzukommen die durch den Eingriff bedingten Personalkosten. Die durchschnittliche Eingriffszeit am Rektum liegt bei ca. 45 Minuten. Für den Eingriff sind zwei Ärzte und zwei Assistenzkräfte erforderlich. Insofern entspricht dies ca. 460 Euro Personalkosten.

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

Das endoskopisch-mikrochirurgische Verfahren (5-482.82) wird von chirurgischen Kollegen durchgeführt und ist hauptsächlich durch Personalkosten geprägt.

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

Laut InEK-Datenbrowser 2021 wurden 308 Fälle mit dem OPS-Kode 5-482.81 bzw. 385 Fälle mit dem OPS-Kode 5-482.82 kodiert.

**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.)

## 9. Bisherige Kodierung des Verfahrens

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

Siehe 8a.

## 10. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen, Literaturangaben bitte ausschließlich unter 8.d aufführen)