

Änderungsvorschlag für den OPS 2020

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:
ops2020-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2020-komplexxodefruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2019** an **vorschlagsverfahren@dimdi.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 (0221 4724-524, klassi@dimdi.de).

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

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

www.dimdi.de – Klassifikationen – OPS – Vorschlagsverfahren – 5. Gesichtspunkte ...

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, ihre Vorschläge **vorab mit allen bzw. allen weiteren für den Vorschlag relevanten Fachverbänden** (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) abzustimmen. Für Vorschläge, die nicht mit den inhaltlich zuständigen Fachverbänden abgestimmt sind, leitet das DIMDI 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.

Einräumung der Nutzungsrechte

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

Erklärung zum Datenschutz

Speicherung, Verarbeitung und Weitergabe an Dritte

Alle im Formular gemachten Angaben werden zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und an die an der Bearbeitung des Vorschlags Beteiligten weitergegeben.

Veröffentlichung auf den Internetseiten des DIMDI

Die Veröffentlichung der Vorschläge auf den Internetseiten des DIMDI ist zeitlich nicht befristet. Sie dient einerseits der Transparenz des jeweiligen laufenden Verfahrens. Andererseits soll sichergestellt werden, dass den Anwendern des OPS alle eingegangenen Vorschläge auch über das konkrete Verfahren hinaus als Grundlage für Vorschläge in künftigen Verfahren zur Verfügung stehen und dass Interessierte mit Einreichern von Vorschlägen in Kontakt treten können.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Wir bitten Sie, die Einräumung der Nutzungsrechte und die gemäß Datenschutzgesetzgebung erforderliche Erklärung zum Datenschutz zu bestätigen.

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation *	MedDevConsult - Dr. H.-J. Lau
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel) *	Herr Dr.
Name *	Lau
Vorname *	Hans-Joachim
Straße *	Flughafenstr. 52a
PLZ *	22335
Ort *	Hamburg
E-Mail *	hjlau@meddevconsult.de
Telefon *	+49 160 857 6962

Einräumung der Nutzungsrechte *

- Ich als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem DIMDI 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 DIMDI 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.“

Erklärung zum Datenschutz *

- Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.
- Ich bin als Verantwortliche/-r für diesen Vorschlag damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.
- 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 DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

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 *

Erklärung zum Datenschutz *

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die nachstehenden Einwilligungen in Bezug auf die personenbezogenen Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte (Selbstverwaltungspartner und Vertreter der Fachverbände sowie Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im stationären und ambulanten Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe OPS und weitere an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligte Experten) weitergegeben werden.

Ich bin als Ansprechpartner/-in damit einverstanden, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des DIMDI veröffentlicht wird.

Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an den Datenschutzbeauftragten des DIMDI, den Sie unter dsb@dimdi.de erreichen.

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) *

Koronarangiographie mit quantitativer Bestimmung der Flussreserve (QFR)

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 DIMDI 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.)

QAngio XA 3D
des Herstellers Medis medical imaging systems bv, Niederlande

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

CE-Zertifikat BE04/61243, 03.04.2017.
Zweckbestimmung: Physiologische Bewertung von koronaren Engstellen im Katheterlabor

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 eines neuen, eigenständigen Prozedurenkodes

z.B.

1-275.7 Koronarangiographie mit quantitativer Bestimmung der Flussreserve (QFR)

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Die Methode der Messung der quantitativen Flussreserve (QFR) ist ein alternatives, auf der Auswertung angiographischer Bilder bestehendes, nicht-invasives Verfahren zur Beurteilung der physiologischen Relevanz einer koronaren Stenose im Rahmen einer Koronarangiographie; das bisherige Verfahren hierfür besteht im Einführen eines Druckmessdrahtes in eine Koronararterie zur Messung der FFR oder iFR.

Die Messung der QFR benötigt nur zwei nach klinischer Routine erhobene angiographische Projektionen, deren Projektionsrichtungen mindestens 25-40 Grad auseinanderliegen. Über die Auswertung der 2-dimensionalen quantitativen Koronarangiographien wird eine dreidimensionale Rekonstruktion des Koronarsegments erstellt. Aufgrund dieser 3-dimensionalen Beschreibung in Verbindung mit der Messung der Flussgeschwindigkeit in diesem Gefäßsegment, die mittels der sog. "TIMI frame count" Methode bestimmt wird, kann der Druckabfall entlang des Gefäßsegments mittels vereinfachter Fluss-dynamischer Gleichungen berechnet werden. Die wesentlichen Vorteile bei Bestimmung der QFR sind:

- Es wird kein Vasodilatator benötigt, d.h. das Verfahren vermeidet die Gabe von Adenosin, die bei einigen Patienten Unwohlsein oder Herzrhythmusstörungen hervorruft,
- es wird kein Führungsdraht in die Koronararterien eingeführt, entsprechend können mögliche arterielle Komplikationen durch die Drahtmanipulation nicht entstehen,
- die Methode kann einfach wiederholt werden, vor, während und nach jeder Koronarintervention im Zielgefäß, aber auch in anderen Gefäßen.

Da die QFR allein aufgrund der ohnehin aufgezeichneten Röntgenbilder mit einer eigenständigen (stand-alone) Softwarelösung (QAngio XA 3D/QFR) berechnet wird, ist sie deutlich einfacher in der Handhabung als die bisher eingeführten Draht-basierten Verfahren FFR und iFR, wodurch der zusätzliche Aufwand reduziert und die Risiken der Drahtmanipulationen bzw. der pharmakologischen Provokationen vermieden werden können, während gleichzeitig die gleiche Qualität für die physiologische Beurteilung gewährleistet werden kann.

In der FAVOR II Studie (in Europa und Japan) konnte gezeigt werden, dass Bestimmung der QFR, einschließlich Bildgewinnung und Bildanalyse im Mittel 4.8 Minuten dauert, im Gegensatz zu etwa 7.0 Minuten für die Draht-basierte Bestimmung der FFR.

In den vergangenen Jahren wurde aus den Daten mehrerer klinischer Studien mit klinischen Prüfern in vielen Ländern eine umfangreiche klinische Evidenz erhoben. Bis heute wurden mehr als 30 wissenschaftliche Artikel in der internationalen Literatur veröffentlicht, und eine ähnliche Anzahl von Abstracts/Postern wurde bei wissenschaftlichen Kongressen vorgestellt [1]. Die klinischen Daten umfassen mindestens Daten von 4.000 Patienten.

Die erste Veröffentlichung von Tu et.al. aus dem Jahr 2014 [2] zeigte das Potenzial für die Bestimmung der Bild-basierten QFR durch dieses neue und schnelle Computermodell auf und zeigte an 77

Gefäßen mit mittelgradigen Stenosen (Stenosegrad 46,6±7,3%) bei 68 Patienten, dass die QFR sehr gut mit der als Referenz gemessenen FFR korrelierte: Es gab eine gute Korrelation ($r=0,81$; $p<0,001$) und es gab keine wesentlichen Unterschiede bei den gemessenen Werten (mittlere Abweichung betrug 0,00±0,06; $p=0,541$).

In der nachfolgenden internationalen, multizentrischen FAVOR Pilotstudie [3] wurde untersucht, ob auch ein Modell für die QFR- Messung entwickelt werden konnte, bei dem die Gabe von Adenosin nicht mehr erforderlich wäre. Dazu wurden drei unterschiedliche Flussmodelle untersucht: 1) ein einfaches Modell mit fester Flussgeschwindigkeit (fQFR), 2) ein Modell ohne Adenosin (cQFR) und 3) ein Modell mit Adenosin, so wie bis dahin üblich (aQFR). Diese Studie beinhaltete 84 Gefäße von 73 Patienten mit mittelgradigen Stenosen (Stenosegrad 46,1±8,9%) aus mehreren Zentren. Die beste Übereinstimmung mit der FFR- Messung als Vergleich ergab sich für eine QFR-Analyse ohne pharmakologische Stimulation (Modell: cQFR) mit einer Sensitivität von 74%, einer Spezifität von 91% und einer Genauigkeit von 85%. Die Fläche unter der ROC-Kurve betrug 0,92. Die aQFR ergab sehr ähnliche Werte wie die cQFR, die fQFR war etwas weniger genau. Aufgrund dieser Studie konnte geschlossen werden, dass die physiologische Bewertung koronarer Läsionen mit einer hohen Genauigkeit ohne die Gabe von Adenosin erfolgen kann, was den Einsatzbereich der bildbasierten QFR-Bestimmung erweitert.

Während der TCT- Tagung der interventionellen Kardiologen (30. Oktober-01. November 2017) wurden die Ergebnisse von zwei weiteren Studien zur QFR mit je ca. 300 Patienten vorgestellt, und zwar die „FAVOR II Europa/Japan – multicenter und prospektive Studie“ in 10 europäischen und 1 japanischen Zentrum und die „FAVOR II China- Studie“, die an 5 Kliniken in China durchgeführt worden waren.

In beiden Studien wurde die während einer Koronarangiographie erhobenen QFR- und die mittels Druckmessdraht erhobenen FFR-Werte paarweise miteinander verglichen. Die Hauptergebnisse waren wie folgt: Bei den o.g. Studien waren die Ergebnisse in einem Zentrallabor ausgewertet worden. Daher wurde in einem nächsten Schritt geprüft, ob die QFR- Bestimmung in der klinischen Routine in Krankenhäusern zu ähnlich guten Ergebnissen führt, wenn die Bilder durch ausgebildete Anwender erstellt wurden. Daher wurden zwei multizentrische, prospektive, internationale Studien initiiert, die FAVOR II- Studien in Europa und Japan sowie die FAVOR II- Studie in China.

FAVOR II Europe/Japan [4]:

Insgesamt 317 Gefäße von 272 Patienten wurden ausgewertet. Sensitivität und Spezifität waren jeweils 88%, die Fläche unter der ROC betrug 0,93. In 97% aller Fälle (361 von 373 Gefäßen) konnte die QFR erfolgreich durchgeführt werden, Gründe für nicht erfolgreiche QFR Bestimmung waren zumeist in unzureichender Bildqualität begründet. Die Zeit für die Bestimmung der QFR betrug 4,7 Minuten, einschließlich der Bildakquisition gegenüber 7,0 Minuten für die Draht-basierte FFR-Bestimmung.

FAVOR II China [5]:

Insgesamt wurden 332 Gefäße von 308 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Übereinstimmung zwischen den online QFR- und den FFR- Daten betrug 92,7%, die Sensitivität 94,6% und die Spezifität 91,7%. Der Korrelationskoeffizient zwischen QFR und FFR war 0,867, und die Fläche unter der ROC- Kurve betrug 0,96.

Meta-Analyse zu den vier QFR-Studien: Bei der Tagung der CIT 2018 in China präsentierte N. Holm eine Meta-Analyse der vier QFR-Studien mit 969 Gefäßen von 819 Patienten und zeigte eine Fläche unter der Kurve (AuC) von 0,92, wobei erneut die FFR als Referenz fungierte.

Anhand der Liste der Publikationen [1] wird deutlich, dass viele weitere Studien unterschiedlicher Studienleiter durchgeführt wurden - alle mit konsistenten Ergebnissen. Einige Veröffentlichungen umfassen auch die QFR-Bestimmung von nicht-relevanten Stenosen. Von der Medizinischen Fakultät der Universität Leiden [6] wurde gezeigt, dass bei Bestimmung der QFR in einem reinen Diagnostikzentrum, das keine Interventionen durchführt, die Rate von Patienten, die zu einer Intervention in ein anderes Zentrum überwiesen wurden, um 50% gesenkt werden konnte, da die Bestimmung der QFR für diese Patienten zeigen konnte, dass keine signifikanten Läsionen vorlagen,

obwohl die Betrachtung der Angiogramme eine andere Interpretation ergab. Dadurch lassen sich signifikante Kosten im Gesundheitswesen senken.

Die Arbeitsgruppe von Prof. PW Serruys [7] führte eine systematische Bewertung und Metaanalyse verschiedener Angiographie-basierter Lösungen (einschließlich der QFR) durch, in die 13 Veröffentlichungen und 1.842 Gefäße berücksichtigt wurden. Die Arbeitsgruppe fand eine gepoolte Sensitivität von 89%, eine gepoolte Spezifität von 90% und eine gesamte ROC Analyse der Fläche unter der Kurve (AuC) von 0.84. Daraus folgerten sie, dass die Genauigkeit von Angiographie-basierten FFR-Messungen gut ist, um hämodynamisch signifikante Läsionen zu detektieren im Vergleich zur Draht-basierten FFR Messung als Referenz.

Der bereits bestehende OPS Kode 1-279.a für die Bestimmung der koronaren Flussreserve (FFR) umfasst die Koronarangiographie mit intrakoronarer Druckmessung und ist verbunden mit der Verwendung eines Druckmessdrahts. Da bei der neuen Methode kein Druckmessdraht verwendet wird, ist dieser Kode für die neue Methode nicht anwendbar. Da mit der Anwendung der neuen Methode der QFR-Bestimmung zusätzliche Kosten gegenüber einer alleinigen Linksherzkatheteruntersuchung (OPS 1-275.*) verbunden sind, ist ein eigenständiger Kode für die sachgerechte Kodierung dieser Methode erforderlich.

Literatur:

[1] Liste der QFR-Publikationen (siehe zusätzlich eingereichte Liste)

[2] Tu S, Barbato E, Koeszegi Z, et al: Fractional Flow Reserve Calculation From 3-Dimensional Quantitative Coronary Angiography and TIMI Frame Count. JACC-Interv 2014; 7(7):768-777

[3] Tu S, Westra J, Junquin Y, et al: Diagnostic Accuracy of Fast Computational Approaches to Derive Fractional Flow Reserve From Diagnostic Coronary Angiography - The International Multicenter FAVOR Pilot Study, JACC-Interv 2016; 9(19): 2024-2035

[4] Westra J, Andersen BK, et al: Diagnostic performance of in-procedure angiography-derived Quantitative Flow Reserve compared to pressure-derived Fractional Flow Reserve: The FAVOR II Europe-Japan Study, J Am Heart Assoc 2018; 7: e009603. Doi:10.1161/JAHA.118.00960

[5] Xu B, Tu S, Qiao S, Qu X, Chen Y, Yang J, Guo L, Sun Z, Li Z, Tian F, Fang W, Chen J, Li W, Guan C, Holm NR, Wijns W, Hu S, Angiography-Based Quantitative Flow Ratio for Online Assessment of Coronary Stenosis: FAVOR II China Study, Journal of the American College of Cardiology (2017), doi: 10.1016/j.jacc.2017.10.035.

[6] Smit JM, Koning G, et al. Referral of patients for fractional flow reserve using Quantitative Flow Ratio, EHJ Cardiovasc Imaging, 2018. Doi: 10.1093/ehjci/ehy187

[7] Collet C, Onuma Y, et.al. Diagnostic performance of angiography-derived fractional flow reserve: a systematic review and Bayesian meta-analysis, Eur Heart J 2018 00: 1-9. doi:10.1093/eurheartj/ehy445

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

Die neue Methode ist derzeit nicht kodierbar, ist aber mit zusätzlichen Kosten verbunden. Um die Methode für das Entgeltsystem eindeutig mit einem Schlüssel identifizierbar zu machen und Kostendaten zuordnen zu können, ist ein eigenständiger Prozedurenkode unumgänglich

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

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

s.o. Abschnitt 7.a, Literaturhinweise

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Das Verfahren arbeitet ohne Verwendung eines Druckmessdrahtes, allerdings wird für die Nutzung der QFR-Analysesoftware eine Nutzungsgebühr erhoben. Die Kosten für die Nutzung der Software liegen bei ca. € 350/Patient. Zusätzlich entstehen Kosten für den zusätzlichen Zeitaufwand in Höhe von € 100 (=5 Minuten bei OP-Kosten von € 20/Minute).

Auf die Gabe von Vasodilatoren wie Adenosin o.ä. kann verzichtet werden.

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

Die QFR wird aktuell in 7 Krankenhäusern in Deutschland durchgeführt (weltweit sind es 80 Krankenhäuser). Es wird damit gerechnet, dass die QFR teilweise die Messung der FFR oder der iFR ablösen wird, da auf eine Adenosinprovokation verzichtet werden kann und das Verfahren weniger invasiv ist als die Funktionsmessung über entsprechende Koronardröhte. Aufgrund einfacherer Handhabung kann auch erwartet werden, dass zusätzliche Zentren die physiologische Messung an Koronararterien vornehmen werden.

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

Die neue Methode ist mit Zusatzkosten von ca. € 450 gegenüber einer alleinigen Linksherzkatheteruntersuchung verbunden, und ca. € 300 günstiger als die Draht-basierte FFR/iFR-Messung (OPS: 1-279.a)

g. 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.)

n.a.

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)