

Änderungsvorschlag für den OPS 2009

Hinweise zum Ausfüllen und Benennen des Formulars

Bitte füllen Sie dieses Vorschlagsformular **elektronisch** aus und schicken Sie es als E-Mail-Anhang an vorschlagsverfahren@dimdi.de. Aus Gründen der elektronischen Weiterverarbeitung der eingegebenen Formulare Daten können nur unveränderte digitale Kopien dieses Dokuments angenommen werden.

Bitte stellen Sie für inhaltlich nicht unmittelbar zusammenhängende Änderungsvorschläge getrennte Anträge!

Bitte fügen Sie die spezifischen Informationen an den folgenden, kursiv gekennzeichneten Textstellen in den Dateinamen ein. Verwenden Sie ausschließlich **Kleinschrift** und benutzen Sie **keine** Umlaute, Leer- oder Sonderzeichen (inkl. Unterstrich):

ops-kurzbezeichnungdesinhalts-namedesverantwortlichen.doc

Die *kurzbezeichnungdesinhalts* soll dabei nicht länger als ca. 25 Zeichen sein.

Der *namedesverantwortlichen* soll dem unter 1. (Feld „Name“ s.u.) genannten Namen entsprechen.

Beispiel: ops-komplexkodefruehreha-mustermann.doc

Hinweise zum Vorschlagsverfahren

Das DIMDI nimmt mit diesem Formular Vorschläge zum **OPS** entgegen, die in erster Linie der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme oder der externen Qualitätssicherung dienen.

Die Vorschläge sollen **primär durch die inhaltlich zuständigen Fachverbände** (z.B. medizinische Fachgesellschaften, Verbände des Gesundheitswesens) eingebracht werden, um eine effiziente Problemerkennung zu gewährleisten. Das Einbringen von Änderungsvorschlägen über die Organisationen und Institutionen dient zugleich der Qualifizierung und Bündelung der Vorschläge und trägt auf diese Weise zu einer Beschleunigung der Bearbeitung und Erleichterung der Identifikation relevanter Änderungsvorschläge bei.

Einzelpersonen, die Änderungsvorschläge einbringen möchten, werden gebeten, sich unmittelbar an die entsprechenden Fachverbände (Fachgesellschaften www.awmf-online.de, Verbände des Gesundheitswesens) zu wenden. Für Vorschläge, die von Einzelpersonen eingereicht werden und nicht mit den inhaltlich zuständigen Organisationen abgestimmt sind, muss das DIMDI diesen Abstimmungsprozess einleiten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Abstimmung nicht mehr während des laufenden Vorschlagsverfahrens abgeschlossen werden kann. Diese Vorschläge können dann im laufenden Vorschlagsverfahren nicht mehr abschließend bearbeitet werden.

Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden (www.bqs-online.de).

Erklärung zum Datenschutz und zur Veröffentlichung des Vorschlags

Ich bin/Wir sind damit einverstanden, dass alle in diesem Formular gemachten Angaben zum Zweck der Antragsbearbeitung gespeichert, maschinell weiterverarbeitet und ggf. an Dritte weitergegeben werden.

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

Das DIMDI behält sich vor, die eingegangenen Vorschläge in vollem Wortlaut auf seinen Internetseiten zu veröffentlichen.

Ich bin/Wir sind mit der Veröffentlichung meines/unseres Vorschlags auf den Internetseiten des DIMDI einverstanden.

Im Geschäftsbereich des



Bundesministerium
für Gesundheit

Pflichtangaben sind mit einem * markiert.

1. Verantwortlich für den Inhalt des Vorschlags

Organisation * DRG-Kompetenzteam Geriatrie
 Offizielles Kürzel der Organisation * DKGER
 Internetadresse der Organisation * <http://www.geriatrie-drg.de>
 Anrede (inkl. Titel) *
 1) Frau
 2) Herr Dr. med.
 Name *
 1) Trilhof
 2) Borchelt
 Vorname *
 1) Gabriele
 2) Markus
 Straße * Reinickendorfer Str. 61
 PLZ * 13347
 Ort * Berlin
 E-Mail *
 1) gabriele.trilhof@geriatrie-drg.de
 2) markus.borchelt@geriatrie-drg.de
 Telefon * 030 / 45941222

2. Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Organisation * DRG-Kompetenzteam Geriatrie
 Offizielles Kürzel der Organisation * DKGER
 Internetadresse der Organisation * <http://www.geriatrie-drg.de>
 Anrede (inkl. Titel) * Frau
 Name * Trilhof
 Vorname * Gabriele
 Straße * Reinickendorfer Str. 61
 PLZ * 13347
 Ort * Berlin
 E-Mail * gabriele.trilhof@geriatrie-drg.de
 Telefon * 030 / 45941222

**3. Mit welchen Fachverbänden ist Ihr Vorschlag abgestimmt? *
(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)**

Abstimmung mit der DVSG wird initiiert

Dem Antragsteller liegt eine/liegen schriftliche Erklärung/en seitens der beteiligten Fachgesellschaft/en über die Unterstützung des Antrags vor.

4. Prägnante Kurzbeschreibung Ihres Vorschlag (max. 85 Zeichen inkl. Leerzeichen) *

Spezifische Sozialdienstleistungen: Organisation einer Langzeitversorgung

5. Art der vorgeschlagenen Änderung *

- Redaktionell (z.B. Schreibfehlerkorrektur)
- Inhaltlich
 - Neuaufnahme von Schlüsselnummern
 - Differenzierung bestehender Schlüsselnummern
 - Textänderungen bestehender Schlüsselnummern
 - Neuaufnahmen bzw. Änderungen von Inklusiva, Exklusiva und Hinweistexten
 - Zusammenfassung bestehender Schlüsselnummern
 - Streichung von Schlüsselnummern

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

A) Neuaufnahme der Schlüsselnummer 9-401.6:

9-401.6 Organisation stationärer Langzeitversorgung

Hinw.: Beratung und organisatorische Maßnahmen hinsichtlich stationärer Langzeitversorgung

Mindestmerkmale: dokumentierte Beratung und Durchführung konkreter Maßnahmen zu mindestens 2 der folgenden Bereiche: Suche und Auswahl einer Langzeiteinrichtung, Leistungen der Sozialversicherung, Durchführung einer Eilbegutachtung, Anregung einer Betreuung

- .22 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
- .23 Mindestens 2 Stunden bis 4 Stunden
- .24 Mehr als 4 Stunden

B) Notwendige zusätzliche Textänderung der bestehenden Schlüsselnummer 9-401.2:

9-401.2 Organisation ambulanter und (teil-)stationärer Nachsorge ohne Langzeitcharakter

Hinw.: Beratung und organisatorische Maßnahmen hinsichtlich ambulanter, teilstationärer und

stationärer Nachsorge ohne Langzeitcharakter. Mindestmerkmale: dokumentierte Beratung und Durchführung konkreter Maßnahmen zu mindestens 2 der folgenden Bereiche: fremdanamnestiche Exploration, Suche und Auswahl eines Versorgungsarrangements, Leistungen der Sozialversicherung

- .22 Mindestens 50 Minuten bis 2 Stunden
- .23 Mindestens 2 Stunden bis 4 Stunden
- .24 Mehr als 4 Stunden:

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

Angesichts einschneidender Folgen multifaktoriellen Krankheitsgeschehens und chronischen Leidens bei nahezu sämtlichen Behandlungsfällen sehen sich die Akteure eines geriatrischen Teams zur frühzeitigen Auseinandersetzung mit versorgungsrelevanten Fragen gezwungen. So steht denn auch im Zentrum ihrer fallabschließenden Behandlung die Sicherstellung stabiler Versorgungsstrukturen bei zahlreichen ko- und multimorbiden Patienten. Dem Ziel verpflichtet, den aus einer Vielzahl an Erkrankungen resultierenden Belastungen und funktionellen Einbußen entgegenzuwirken, werden alle indizierten Maßnahmen individuell angepasst und dabei langfristig ausgerichtet. Damit im unmittelbaren Anschluss an den Krankenhaus-Aufenthalt in die gewohnte Lebensführung zurückgefunden werden und der angestammte Lebensraum erhalten bleiben kann, bedarf es allerdings weitaus mehr als nur einer Restitution im physiologischen Sinne.

Stetig raumgreifende Zeiterfordernisse tun ein Übriges, indem sie Bedeutung und Dringlichkeit der Erarbeitung zielgenauer, auf Ganzheitlichkeit ausgerichteter Handlungsstrategien zusätzlich verstärken. Die Beförderung kohärenter Urteilsbildung innerhalb einer stark ausgeprägten transdisziplinären Dynamik ist alltägliches Kerngeschäft professionell geriatrischer Facharbeit. Damit vielschichtigen psychosozialen Problemlagen und komplexen sozialen Bezugssystemen mit dem zwingend gebotenen breiten Spektrum an kontextbezogener Interaktion begegnet werden kann, bedarf es des spezifischen Fach- und Prozess-Know-Hows eines klinischen Sozialdienstes.

Innerhalb kürzester Zeit das Wesentliche der Lebenswirklichkeit eines Menschen erkennen und erfassen, scheinbar unübersichtliche Problemsituationen entflechten, unter Berücksichtigung der Pluralität von Lebensstilen aus einer Fülle an sozialen Konflikten die zu bearbeitenden Belastungen identifizieren, zentrale Parameter psychosozialer Lebensdimensionen herausarbeiten, alltagsrelevante Funktionssysteme beurteilen, das Umfeld der erkrankten Person partizipativ in das Gesamtgeschehen einbeziehen: der klinische Sozialdienst wendet sich essentiellen Bereichen der holistischen Wahrnehmung seiner Patienten zu. Er prozessiert die Komplexität zahlreicher Interaktionen, entwickelt durch sein kontextsensitives Vorgehen maßgebliche Lösungen für versorgungsrelevante Fragen und erbringt damit eine bedarfsadäquate Dienstleistung bei hoher Umsetzungskompetenz [1].

Eigens auf die besonderen Erfordernisse psychosozialer Patienten- und Multiplikatorenbegleitung sowie die speziellen Bedürfnisse der Geriatrie zugeschnitten, ermöglicht der sozialdienstliche Prozedurenschlüssel der Geriatrie (SozOPS-G) [2] beispielhaft eine differenzierte Prozessabbildung psychosozialer Dienstleistung. „Bei der Darstellung der Leistungen ist es sinnvoll, sich nicht auf Einzelleistungen zu beschränken, sondern notwendige Leistungspakete in Abhängigkeit von Patientenspektren darzustellen“ [3]. Mithilfe des vor sechs Jahren etablierten, modular aufgebauten Instrumentes lassen sich sämtliche Leistungen individuell kombinieren. Die skalierbaren Maßnahmen können verursachungsgerecht zugeordnet werden [4], was wiederum Rückschlüsse auf den Ressourcenverbrauch zulässt. Das Bündeln unterschiedlicher Leistungsarten und -formen [5] erlaubt einerseits die Abbildung des Gesamtgeschehens, andererseits können komplexe Abläufe in einzelne, in sich abgeschlossene Bestandteile zerlegt werden, was deren isolierte Betrachtung ermöglicht. Laufende Analysen [6] zeigen denn auch, dass sich durch die Konzentration auf einige ausgewählte Prozeduren die für alle geriatrischen Patienten bedeutsame Sicherung der poststationären Versorgung in sinnvoller Weise kondensieren lässt. Die Verdichtung psychosozialer Leistungskomponenten kulminiert in den beiden divergierenden Profilen ambulanter und stationärer Nachsorgegestaltung. Die unter dem Begriff der „autonomen Lebensführung“ [7] firmierende Zielsetzung der Wahrung bzw. Stärkung der Patientenautonomie als höchstprioritärem Behandlungsziel weist andere konsequente Nuancen auf, als die verrichtungsbezogenen Leistungen der „Langzeitversorgung“ Dieser Ansatz berücksichtigt, dass sich die Wiederherstellung der Fähigkeit zur (weitestgehend) autonomen Lebensführung nicht für jeden Behandlungsfall realisieren lässt. Nach Abschluss eines Krankenhaus-Aufenthaltes irreversibel pflegebedürftig zu bleiben bzw. unter inkurablen, weit fortgeschrittenen und fortschreitenden Erkrankungen zu leiden, erzwingt nicht selten die Weiterversorgung in einer auf Langzeitversorgung ausgerichteten Pflege-Institution. Im darauf abgestimmten Dienstleistungspaket (s. nachfolgende Aufstellung) finden sich die Beratungs- und Interventionsvolumina zu einer funktionellen Einheit kombiniert, welche im Ergebnis die (unvermeidliche) Institutionalisierung des Patienten ermöglichen. Im einzelnen umfassen die Leistungen Beratung und Intervention zu den vielfältigen Modalitäten vollstationärer Pflege und Versorgung (von Demenz-Wohngemeinschaft über Pflegewohnheim bis hin zu Hospiz), die Beantragung von Leistungen aus der Pflegeversicherung sowie die dieser Intervention vorgelagerte Beratung [8]. In Anbetracht starker Nachfrage werden zusätzlich Unterstützungsbezüge zum

Themenkomplex Vollmacht und/ oder Betreuung angeboten.

Nachfolgende Aufstellung zeigt in verdichteter Form die spezifizierten Detailleistungen des Langzeitversorgungsprofils (ausführliche Beschreibung s. www.geriatrie-drg.de/public/docs/Kodierleitfaden_SozOPSG_2006-08-17.pdf)

- Beratung Langzeitpflege*: Instruktionen, Modalitäten betr. Suche Langzeitpflegeplatz
- Intervention Langzeitpflege*: Organisieren eines Langzeitpflegeplatzes
- Beratung MDK-Eilbegutachtung: Anwendung, Verfahrensabläufe Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Intervention MDK-Eilbegutachtung: Koordination Zeit und Handlungsabläufe Eilbegutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK)
- Intervention Pflegeversicherung: Klärung Anspruchsberechtigung, Antragstellung, etc.
- Beratung Betreuung/ Vollmacht: Vorsorgeregulungen (Patienten-, Betreuungsverfügung), (Eil)Betreuung

*im Kodierleitfaden des SozOPS-G (Version 2006) noch als „vollstationäre Pflege“ bezeichnet

Bei eingehender Betrachtung erweisen sich die im Faktor „Langzeitversorgung“ spezifizierten Arbeitsprozesse notwendigerweise obligat für viele geriatrische Patienten und deren Bezugspersonen. Letztere grundsätzlich in den interpersonalen Kontakt miteinzubeziehen, erweist sich in vielen Fällen für beide Seiten (Adressat und Leistungsanbieter) als unverzichtbar. Eine vertiefende Fremdanamnese mit Folgekontakten gibt Einblicke in die individuelle Lebensgestaltung, eröffnet die Introspektion in Wertesysteme und erlaubt die Berücksichtigung von Selbstwahrnehmung und Willensbekundung eines nicht mehr handlungs- und/oder einwilligungsfähigen Patienten. In der Konsequenz ermöglicht dies, der Individualität auch dort Rechnung tragen zu können, wo es unter Einwirkung eines schweren Krankheitsbildes ansonsten verwehrt bliebe. Den Partizipationsprozess aktiv zu unterstützen ließe sich auch im Sinne der Neuregelung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) deuten. § 11 (4) SGB V beinhaltet das Versorgungsmanagement: „jedem Versicherten [wird gegenüber dem jeweiligen Leistungserbringer] ein individueller Rechtsanspruch auf eine sachgerechte Anschlussversorgung beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche zugesichert“ [9]

Mit den geriatrischen Leistungsziffern 8-550 des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS-G) lassen sich beispielsweise nur etwas mehr als die Hälfte der Behandlungsfälle einer geriatrischen Fachabteilung abbilden. Die hier additiv durchgeführten Maßnahmen münden so auch keinesfalls zwangsläufig in eine Geriatrisch-frührehabilitative Komplexbehandlung (GKB) ein, nichtsdestotrotz kann die Behandlung von „Nicht-GKB-Patienten“ eine hohe Interventionsdichte evozieren. Gelangt ein Patient bspw. zur primär diagnostischen Demenzabklärung in das klinische Untersuchungsverfahren, so werden zwar nicht alle Therapeutengruppen des geriatrischen Teams involviert. Dies ist jedoch fälschlicherweise nicht mit einem geringen oder zu vernachlässigenden Anteil an personal- und zeitintensivem Aufwand gleichzusetzen. Ganz im Gegenteil können sich Teilbereiche (bspw. Medizin und Soziale Arbeit) zu einem eklatant hohen Ressourceneinsatz aufgefordert sehen, welcher in seiner Summe durchaus einen relevanten Kostenfaktor darstellt. Vergleichbare Situationen können für andere Fachbereiche angenommen werden.

Ganz im Sinne der leistungsgerechten Weiterentwicklung sollten die Unterstützungsleistungen und Verfahrensgänge der Langzeitversorgung im amtlichen Code mit spezifizierten Mindestmerkmalen hinterlegt werden. Die bis dato bereitgestellten Ziffern der Prozedur 9-401ff. indizieren ausschließlich unspezifische Maßnahmen mit einem verhältnismäßig hohen Aufwand. Infolge fehlender Differenzierung fungieren sie eher als Platzhalter denn als beschreibendes Abbildungsmerkmal. Die Zusammenfassung von Maßnahmen ambulanter und stationärer Nachsorge in einem Code (9-401.2) erscheint inhaltlich nicht haltbar. Unter Zugrundelegung derzeitiger Kodiermöglichkeiten nicht abbildbar, würde die zukünftige Berücksichtigung eines Codes für „Langzeitversorgung“ einen Beitrag zur Verbesserung der Definition sozialdienstlicher Fallgruppen leisten.

[1] Windolf H (2001) Sozialarbeit als Erfolgsfaktor im Wettbewerb. In: führen und wirtschaften 5: 452-454

[2] Trilhof G, Borchelt M (2006) Kodierleitfaden zur Verschlüsselung der Sozialdienst Prozeduren des SozOPS-G, Version 2006. Kompetenzzentrum DRG & Geriatrie am EGZB (www.geriatrie-drg.de/public/docs/Kodierleitfaden_SozOPSG_2006-08-17.pdf)

[3] Roeder N (2008) Akutkrankenhäuser unter veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen.

Soziale Dienste müssen sich den neuen Herausforderungen stellen. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 1: 32-35

[4] Borchelt M, Trilhof G (2006) Der teamintegrierte Sozialdienst der Geriatrie. Unverzichtbarer Bestandteil der komplexen Behandlung älterer und chronisch kranker Patienten oder ökonomische Last für die Klinik? Eine Einschätzung. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 4: 10-12

[5] Die Leistungen untergliedern sich in Exploration (Erhebung und Dokumentation strukturierter Informationen), Beratung (Vermittlung von Informationen, die individuell auf die persönliche Situation des Patienten zugeschnitten sind) und Intervention (Einleitung oder Durchführung von Maßnahmen)

[6] Aktuelle Untersuchungen der komplexen psychosozialen Leistungsmerkmale zeigen anhand von Interkorrelationsberechnungen ein Ordnungsschema, in dem die Hauptkomponenten sozialdienstlicher Arbeitsprozesse gestaffelt hervortreten.

[7] Gemeinsam mit dem Patienten und ggf. den mit Handlungskompetenzen ausgestatteten stellvertretenden Personen werden Lösungen zu versorgungsrelevanten Fragen entwickelt. Sämtliche Handlungsfelder, die mit ambulanten Versorgungsarrangements assoziiert sind, werden in diesem Faktor gebündelt. Konkret handelt es sich dabei um die SozOPS-G-Prozeduren Beratung Pflegeversicherung (8-550.U0) Beratung und Intervention Häusliche Krankenpflege (8-550.U1 und 8-550.V1), Entlassungsassessment (8-550.4G) und Fremdanamnese (8-550.T1)

[8] Eine Beratung ist mehr als reiner Informationstransfer. Sie dient der Orientierung, Reflexion, Entscheidungsfindung und Planung weiterer Handlungen.

[9] Kraus S (2007) Aktuelle Veränderungen im Gesundheitswesen. Die Gesundheitsreform 2007 und ihre Auswirkungen auf Patienten und Professionelle. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 3: 39-4

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

Leistungen des Sozialdienstes im Krankenhaus sind noch völlig unzureichend im DRG-basierten Entgeltsystem abgebildet. Diese werden von sehr vielen verschiedenen medizinischen und anderen Faktoren ausgelöst (siehe Problembeschreibung). Insofern liegt es nahe, im Rahmen der Fallkostenkalkulation zu überprüfen, ob die Voraussetzungen erfüllt sind, spezifisch beschreibbare Leistungen des klinischen Sozialdienstes über ein (oder mehrere) Zusatzentgelte sach- und leistungsgerecht zu vergüten. Hierfür ist eine eindeutig definierte, hinreichend gut abgegrenzte und überprüfbare Leistungsbeschreibung zwingend erforderlich.

Ein entsprechender Vorschlag zur Überprüfung der Kalkulationsgrundlagen hinsichtlich eines prozedurenabhängigen Zusatzentgelts wird (zunächst auf Basis des bestehenden Codes 9-401.2 der OPS-Version 2007) zeitgleich beim Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) eingereicht. Sollten die Voraussetzungen für ein Zusatzentgelt erfüllt sein, dann könnte dieser OPS-Änderungsvorschlag zu einer klareren Abgrenzung der zu finanzierenden spezifischen Leistung wesentlich beitragen, zumal die ökonomisch relevanten Aufwandswerte (Minuten) einschließlich ihrer Abstufungen unverändert beibehalten werden. Bestimmte Aspekte einer Nachsorgeorganisation können jedoch durchaus als grundsätzlicher Bestandteil einer Krankenhausbehandlung angesehen werden und bedürfen daher keiner zusätzlichen Vergütung. In der bestehenden Ziffer 9-401.2 kommt gerade dieser Aspekt jedoch nur sehr unzureichend zum Ausdruck. Die in der hier vorgeschlagenen neuen Ziffer 9-401.6 explizit aufgeführten spezifischen Leistungsaspekte zählen jedoch sicher nicht zum Basisspektrum der Leistungen einer Krankenhausbehandlung. Gleichwohl müssen sich die Krankenhäuser diesen besonderen Bedarfen einiger ihrer Patienten sehr wohl zeitnah und zuverlässig annehmen.

c. Verbreitung des Verfahrens

- Standard Etabliert In der Evaluation
 Experimentell Unbekannt

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens

Nach vorläufigen Schätzungen 500 € bis 1.500€ pro Fall (je nach tatsächlichem Leistungsaufwand). Ein Evaluationsprojekt mit Kostenanalyse auf Basis sowohl des OPS-Kodes 9-401.2 als auch auf Basis des differenzierteren SozOPS-G ist derzeit in Arbeit und wird voraussichtlich im Sommer 2008

abgeschlossen.

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

Ca. 11% der Behandlungsfälle einer Fachabteilung für Geriatrie, in anderen Fachabteilungen (insb. internistischen) in vermutlich geringerer, gleichwohl nicht zu vernachlässigender Prävalenz

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

unbekannt

g. Inwieweit ist der Vorschlag für die Weiterentwicklung der externen Qualitätssicherung relevant? (Vorschläge für die externe Qualitätssicherung müssen mit der BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH abgestimmt werden.)

Im Zuge der zunehmenden Orientierung der externen Qualitätssicherung auf eine sektorenübergreifende Betrachtungsweise ist gerade auch eine zuverlässige, d.h. fachgerechte und qualitativ hochwertige Indikationsprüfung mit Beratung und Einleitung aller erforderlichen Maßnahmen hinsichtlich einer notwendigen (unvermeidlichen) Langzeitversorgung nach Krankenhausbehandlung von voraussichtlich zunehmender Bedeutung.

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