

Änderungsvorschlag für den OPS 2019

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:
ops2019-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein. **Beispiel: ops2019-komplexe-fruehreha.docx**
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2018** 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.

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

Einzelpersonen werden gebeten, ihre Vorschläge vorab mit allen 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.

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.

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 *	Universitätsklinikum Freiburg
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	UKL FR
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.uniklinik-freiburg.de
Anrede (inkl. Titel) *	Frau Dr.
Name *	Hanser
Vorname *	Susanne
Straße *	Breisacher Str. 153
PLZ *	79110
Ort *	Freiburg
E-Mail *	susanne.hanser@uniklinik-freiburg.de
Telefon *	0761 270 19480

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) *

Elektrische Impedanztomographie zum Lungenmonitoring

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(siehe Hinweise am Anfang des Formulars)

- Dem/Der Vorschlagenden liegen schriftliche Erklärungen über die Unterstützung des Vorschlags oder Mitarbeit am Vorschlag seitens der folgenden Fachverbände vor. Sie werden dem DIMDI zusammen mit dem Vorschlag übersendet.

Bitte entsprechende Fachverbände auflisten:

5. 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.)

Elektrischer Impedanztomograph
Produkte und Hersteller:
- PulmoVista 500, Firma Dräger, Deutschland
- Swisstom BB², Firma Swisstom, Schweiz
- Timpel 1800, Firma Timpel, Brasilien

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

Daten beispielhaft für PulmoVista 500
Datum der letzten CE-Zertifizierung 14.07.2014
Zweckbestimmung
PulmoVista 500 ist ein Monitoringgerät, mit dem es möglich ist, die Verteilung der Ventilation und die Änderungen des Lungenvolumens eines Patienten nicht-invasiv zu bestimmen und zu beurteilen. PulmoVista 500 dient der Messung der thorakalen Bioimpedanz mittels elektrischer Impedanztomographie (EIT).

PulmoVista 500 stellt regionale Informationen zu ventilationsbedingten Änderungen des Luftgehalts in der Elektrodenenebene dar. PulmoVista 500 stellt regionale Informationen zu Änderungen des endexpiratorischen Lungenvolumens in der Elektrodenenebene dar.

PulmoVista 500 stellt diese Informationen folgendermaßen dar:

- EIT Dynamic Images als Echtzeit-Querschnittsbilder
- EIT Status Images als Querschnittsbilder
- Echtzeit-Impedanzkurven
- Abgeleitete numerische Parameter
- Trenddaten

PulmoVista 500 ist für den Einsatz bei Patienten mit einem Brustumfang von 70 cm (27,6 in) bis 150 cm (59 in) konzipiert.

PulmoVista 500 darf nur von qualifiziertem medizinischem Fachpersonal bedient werden.

Die angezeigten Informationen dienen lediglich als zusätzliche Quelle zur Beurteilung der Lungenfunktion.

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 Neuzuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Bei der Elektrischen Impedanz Tomographie (EIT) handelt es sich um ein Monitoring-Verfahren, bei dem mittels Bioimpedanz-Messungen des Thorax, Änderungen des Luftgehalts innerhalb der Lunge festgestellt werden und graphisch dargestellt werden können. Darüber erhält der Anwender Informationen über die Verteilung des Atemzugvolumens sowie Änderungen des end-expiratorischen Lungenvolumens.

Einzuzuordnen wäre die Maßnahme z.B. unter 8-93 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf. (Alternativ als Bildgebendes Verfahren unter 'Andere bildgebende Verfahren' (3-90...3-90))

Synonyme: die Elektrische Impedanz Tomographie wird auch als 'Thorax-EIT-Messung', 'EIT-Monitoring der Lunge' oder kurz 'EIT-Messung' bezeichnet.

7. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Durch eine lungenprotektive Beatmung können mechanische Lungenschädigungen (Lungenkollaps, Überdehnung von Alveolen, ARDS) minimiert und das Risiko eines 'Biotraumas' reduziert werden. Beim sog. Biotrauma handelt es sich um die biologische Antwort des Körpers auf eine Lungenschädigung durch unphysiologischen 'stress and strain', die in eine Inflammation resultieren und dadurch zu einem Multiorganversagen bis hin zum Tod führen kann.

Inhomogene Ventilation der Lungen kann bei ARDS Patienten zu einer erhöhten Mortalität führen, daher ist es wichtig Inhomogenitäten in der Lunge frühzeitig zu erkennen und bei der Beatmung zu berücksichtigen. In einer experimentellen Studie wurde gezeigt, dass auch während Spontanatmung eine unerwartete Überdehnung der Lunge auftreten kann. Selbst kleine Tidalvolumina gemäß heutigen Empfehlungen können zu einer Lungenschädigung führen.

Das EIT ersetzt kein bestehendes Verfahren (CT, MRT, Röntgen der Lunge), sondern schließt eine Lücke in den aktuellen Monitoring Modalitäten. Das EIT-Monitoring ist die erste Untersuchungsmethode, mit der am Krankenbett eine kontinuierliche, nicht-invasive und strahlenfreie Darstellung der regionalen Lungenfunktion möglich ist.

Monitoring Möglichkeiten, die vom Beatmungsgerät zur Verfügung gestellt werden, sowie Blutgasanalysen, geben keinen Aufschluss über die regionale Belüftung der Lunge. Diese regionalen

Informationen sind allerdings essentiell um potenzielle beatmungsbedingte Lungenschäden zu reduzieren oder ganz zu vermeiden.

Zur Durchführung der Bioimpedanzmessungen des Thorax wird ein Elektrodengürtel mit 16 oder 32 integrierten Elektroden (Anzahl variiert je Hersteller) um den Brustkorb des Patienten gelegt.

Durch Anlegen eines geringen Wechselstroms an ein erstes Elektrodenpaar werden an den verbleibenden Elektrodenpaaren die resultierenden Spannungen gemessen. Hieraus wird die elektrische intrathorakale Bioimpedanz zwischen den Strom einspeisenden und den messenden Elektrodenpaaren ermittelt. Daraufhin wechselt die Stromeinspeisung zum nächsten Elektrodenpaar bis sie von allen 16 (bzw. 32) Elektrodenpaaren erfolgt ist.

Ein vollständiger Umlauf ergibt ein Spannungsprofil, aus dem, ähnlich wie bei einer Computertomographie (CT) Querschnittsbilder rekonstruiert werden. Die Impedanz des Lungengewebes und damit die intrathorakalen Stromflüsse variieren mit dem Luftgehalt und führen dadurch zu entsprechenden Änderungen im Spannungsprofil. Anders als beim CT, in welchem der absolute Luftgehalt der Lunge dargestellt wird, werden mit der EIT die Änderungen des Luftgehaltes in Folge der Ventilation bzw. Änderungen des Lungenvolumens dargestellt.

Durch diese spezifischen Eigenschaften, empfiehlt sich der Einsatz der EIT vor allem bei Patienten mit eingeschränkter respiratorischer Funktion (das heißt beispielsweise mit einem Oxygenierungsindex bzw. $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ Quotient < 300 mmHg), um die Ursachen des insuffizienten Gasaustausches näher zu untersuchen und die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen zeitnah bewerten zu können. Klinische Studien haben aufgezeigt, dass EIT-Monitoring die Beatmungstherapie unterstützen kann. Die gilt insbesondere bei Patienten mit schwerwiegenden Lungenerkrankungen, wie:

- Atelektasen [5], [16], [20], [21]
- ARDS [15], [22]–[25]
- Lungenödem [26], [27]
- Pneumothorax [20], [24], [26]
- Pneumonie [28]
- Pleuraerguss [26], [28]–[30]
- COPD [31]

Darüber hinaus ist die EIT beispielsweise bei folgenden Maßnahmen zur Beurteilung des Behandlungserfolges einsetzbar:

- Recruitment Maneuver [2], [15], [32]–[34]
- PEEP Titration [12], [16], [18], [18], [19], [22], [35]–[38]
- Patientenumlagerung [4], [39]–[42]
- Entwöhnung [10], [43]–[45]
- Bronchoskopie und Lungenabsaugung [20], [37]
- ECMO [37]

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass durch den Einsatz von EIT die Beatmung individualisiert werden kann. Die Personalisierung der Beatmungseinstellungen kann unmittelbar die Lungenmechanik verbessern, was zu einer höheren Oxygenierung des Blutes führt. Zusätzlich konnte gezeigt werden, dass eine EIT gestützte PEEP Wahl zu niedrigeren 'Driving pressures' führen kann. Niedrigere 'Driving pressures' sind deutlich mit einer Reduzierung der Mortalität bei ARDS Patienten assoziiert. In einer experimentellen Studie konnte das Potential der EIT aufgezeigt werden, beatmungsinduzierte Komplikationen zu verringern und somit Lungenschäden (VILI) zu reduzieren.

Die EIT wird seit 2015 vermehrt in der klinischen Routine eingesetzt.

Die nicht-invasive, zeitlich hochauflösende Methode zur Darstellung der regionalen Lungenfunktion am Krankenbett ist aktuell nicht im OPS-Klassifikationssystem abgebildet.

Die Anwendung der EIT kann nach aktuellem Stand nicht adäquat in der Gruppierung der

pauschalierenden Entgelte für die Abrechnung und Dokumentation im stationären Bereich berücksichtigt werden.

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

Aktuell existiert kein alternatives Verfahren zur EIT, welches ähnliche Einblicke in die Dynamik der Lungenventilation bietet [12], [35], [43].

Durch die fehlende Kodierbarkeit gibt es aktuell keine Möglichkeit, den Einsatz von EIT zu dokumentieren und entstehende Mehrkosten für den Einsatz des neuen Verfahrens abzudecken. Aktuelle Fallzahlen können nicht bestimmt werden. Der klinische Einsatz der EIT ist durch das fehlende Entgelt eingeschränkt, obwohl durch die Verwendung der EIT eine schonendere Beatmungsstrategie für den individuellen Patienten möglich wäre [12], [17], [29], [35], [43].

Aus diesem Grund wird hiermit die notwendige, neu zu definierende OPS-Klassifikation für die Messung der thorakalen Bioimpedanz mittels elektrischer Impedanz Tomographie (EIT) zur Überwachung der regionalen Lungenfunktion beantragt.

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

Falls für die Bearbeitung des Vorschlags relevant: Angaben zu Leitlinien, Literatur, Studienregistern usw. (maximal 5 Angaben)

d. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Abgesehen von den Investitionskosten für einen Elektrischen Impedanztomographen entstehen Mehrkosten im Personalbereich und anteilige Kosten am Verschleiß des Patienteninterface:

Sachkosten

Investitionskosten für einen Elektrischen Impedanz-Tomographen werden in der aufgeführten Berechnung der Sachkosten nicht mit einbezogen. Das EIT Gerät kann, ähnlich wie ein mobiles Sonographie Gerät, täglich für mehrere Messungen an verschiedenen Patienten genutzt werden.

Für eine EIT Messung ist zusätzlich zum Hauptgerät ein Patienteninterface notwendig. Je nach Hersteller können die Elektrodengürtel mehrfach verwendet werden (z.B. PulmoVista 500, Dräger)

oder sind für eine einmalige Benutzung vorgesehen.

Sachkosten beispielhaft für PulmoVista 500:

- Bei PulmoVista 500 besteht das Patienteninterface aus Patientenkelabel und Elektrodengürtel in 5 verschiedenen Größen: S - XXL
- Der Elektrodengürtel sowie das dazugehörige Patientenkelabel unterliegen einer natürlichen Abnutzung.
- Pro Messzeitraum entstehen deshalb anteilige Kosten aufgrund von Verschleiß.
- In der Gebrauchsanweisung wird eine Lebensdauer der Elektrodengürtel von einem Jahr angegeben.
- Ein Elektrodengürtel und ein dazugehöriges Patientenkelabel haben durchschnittliche Anschaffungskosten von 3000 €. Um alle Patientengruppen zu versorgen müssen 5 verschiedene Größen angeschafft werden. Dies führt zu jährlichen Kosten für Verbrauchsgüter in Höhe von 15.000 €.
- Pro Jahr und Intensivtherapiestation werden durchschnittlich 100 EIT Messungen durchgeführt.
- Damit entstehen pro Messzeitraum Sachkosten für Verbrauchsgüter in Höhe von 150 €.

Personalkosten

Das Anlegen des Patientengürtels erfordert zwei geschulte Pflegekräfte für ca. 10 Min. Die Befundung der EIT Bilder und die daraus folgende Intervention erfordert eine geschulte ärztliche Fachkraft für min. 0,5h pro EIT Messung.

Die Gesamtkosten pro EIT Messung setzen sich aus den anteiligen Sachkosten, den Personalkosten für den ärztlichen Dienst und den Personalkosten für den Pflegedienst zusammen.

Für die Kosten des ärztlichen Dienstes wird der Bruttostundensatz, ausgehend vom Tariflohn für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken für die Entgeltgruppe Ä2, Facharzt (<https://www.praktischerarzt.de/arzt/tv-aerzte-tarifvertraege/>; aufgerufen am 19.09.2017) berechnet. Die Aufstellung der Kosten für den Pflegedienst erfolgt mit Hilfe der entsprechenden Entgelttabelle des öffentlichen Dienstes (<http://www.oeffentlichen-dienst.de/images/pdf/TVoeD-B-VKA.pdf>; geltend für 2017; heruntergeladen 09/2017).

- Aus dem monatlichen Bruttogehalt und durchschnittlichen Arbeitszeiten resultiert ein Bruttostundenlohn von 35€ für einen Facharzt im 3. Jahr.
- Bei einem Einsatz von 0,5h pro EIT Messung ergeben sich Kosten für den ärztlichen Dienst von 18€.
- Nach dem Tariflohn des öffentlichen Dienstes ergibt sein ein durchschnittliches Bruttoentgelt von 20€ pro Stunde für den Pflegedienst.
- Bei einem Einsatz von 0,3h pro EIT Messung ergeben sich Kosten für den Pflegedienst von 7€.
- Es entstehen insgesamt Personalkosten in Höhe von 25€ pro EIT Messung.

Die Gesamtkosten einer EIT-Messung belaufen sich somit auf ca. 175€.

Typischerweise dauern therapeutische Interventionen bis zu 15 Minuten. In vielen Fällen (beispielsweise bei Rekrutierungs-Manövern) kann ein längerer Nachbeobachtungszeitraum von ca. 60 Minuten zur Beurteilung des Behandlungserfolges oder eine Wiederholung der Messung notwendig sein. Die Gesamtkosten für eine Beatmungsstrategie/-therapie mit EIT bei einem Patienten können folglich stark variieren. Zur Überwachung von medizinischen Maßnahmen, wie beispielsweise der Entwöhnung vom Beatmungsgerät (Weaning), sollten kürzere Überwachungsintervalle gewählt werden. In der Studie von Bickenbach J. et al. [43] werden 3 Messungen innerhalb einer Stunde während der verschiedenen Entwöhnungsstufen empfohlen.

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

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

- 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.)

8. Sonstiges

(z.B. Kommentare, Anregungen)