



OPS 2025

Änderungsvorschlag für den OPS 2025

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:
ops2025-kurzbezeichnungdesinhalts.docx; *kurzbezeichnungdesinhalts* sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
Beispiel: ops2025-komplekkodefruehreha.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **29. Februar 2024** 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 unter www.bfarm.de - Datenschutzerklärung.



OPS 2025

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

Kontaktdaten	Angaben der verantwortlichen Person
Organisation *	BVMed
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	BVMed
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	www.bvmed.de
Anrede (inkl. Titel) *	Herr
Name *	Winkler
Vorname *	Olaf
Straße *	Georgenstrasse 25
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	winkler@bvmed.de
Telefon *	+49 (0)24625526

Einräumung der Nutzungsrechte



* Ich als Verantwortliche oder Verantwortlicher 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 willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt 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 mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Der Widerruf kann über das Funktionspostfach klassi@bfarm.de erfolgen. Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird Ihr Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



OPS 2025

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

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

Kurzbeschreibung

funkgesteuerte kardiologische Telemetrie

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:

Fachverbände mit schriftlicher Unterstützung

Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen (DGPR)

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.)

Medizinprodukt

- Portrait Mobile Monitoring-System (GE-HealthCare).
- M-Wear (Mindray)
- W1 (Masimo)
- IntelliVue MX40 (Philips Healthcare)



OPS 2025

- 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

CE-Zertifizierung

- Verwendungszweck: Der Portrait Mobile-Patientenmonitor ist für die ortsunabhängige kontinuierliche Überwachung der Parameter Pulsoximetrie (SpO₂), Pulsfrequenz (PF) und Atemfrequenz (AF) vorgesehen.
- EU Zertifikatsnummer: CR-03-1004-804-22 / CE 0537 / 13 Juli 2023 (14 April 2022)

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.)

Arzneimittel

nicht zutreffend

- 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

Arzneimittelzulassung

nicht zutreffend

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 Neuordnungen für das Alphabetische Verzeichnis an)

Inhaltliche Beschreibung

Das kontinuierliche telemetrische Monitoring von Patient:innen ist bis unter der Kategorie 8-93 "Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf" und mit dem Code 8-933 "Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie" ist bisher nur im kardiologischen Zusammenhang kodierbar. Es wird vorgeschlagen die Kodierung zu konkretisieren, damit noch mehr Patienten profitieren können. Dafür stehen zwei Optionen zur Verfügung.

1. Mit einem neuen Code abzubilden:

8-93: Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf

8-930 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des Pulmonalarteriendruckes und des zentralen Venendruckes

8-931 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des zentralen Venendruckes

8-932 Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf mit Messung des Pulmonalarteriendruckes

8-933 Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie



OPS 2025

Inhaltliche Beschreibung

8-934 Teilstationäre Beobachtung bei Vergiftungen unbekanntes Ausmaßes bei Kindern

Neu: 8-935 Kontinuierliches telemetrisches Monitoring

Hinw.: Der Kode ist nur für nicht-intensivmedizinisch versorgte Patienten anzugeben. Dieser Kode umfasst die kabellose SpO₂-Messung (Pulsoxymetrie), die kabellose Atemfrequenzmessung sowie ggf. sonstige Vitalparameter.

Variante 2

Aufnahme eines Hinweises zum Kode 8-933.

Hinweis: Der Kode ist anzugeben bei allen Patienten, die im Rahmen eines stationären Aufenthalts nicht-intensivmedizinisch versorgt, aber telemetrisch überwacht werden. Dieser Kode umfasst neben den kardiologischen Parametern auch die kabellose SpO₂-Messung (Pulsoxymetrie), die kabellose Atemfrequenzmessung sowie ggf. sonstige Vitalparameter.

8. Problembeschreibung und Begründung des Vorschlags

a. Problembeschreibung *

Problembeschreibung

Derzeit werden Vitalparameter von Patient:innen postoperativ oder nach besonderen Ereignissen stationär nur auf Intensivstationen oder sogenannten Intermediate-Care-Stationen sowie im rein kardiologischen Kontext überwacht. Auf peripheren oder Normalstationen erfolgt die Kontrolle nicht kontinuierlich sondern lediglich stichprobenartig etwa alle vier Stunden. Dies ist unter anderem auf die derzeit verfügbaren Überwachungssysteme zurückzuführen. Diese kostenintensiven Geräte sind kabelgebunden oder kardiale Implantate und schränken Betroffene in ihrer Mobilität und Selbstständigkeit ein. Damit sind diese Systeme nicht für den regelhaften Einsatz außerhalb von Intensivstationen geeignet.

Durch technische Weiterentwicklungen stehen nun Systeme zur Verfügung, die kabellos, nicht invasiv und kontinuierlich Vitalparameter, wie die Atemfrequenz und Hypoxämie telemetrisch überwachen können. Über das krankenhauseigene WLAN stehen die erhobenen Daten in einer zentralen Überwachungseinheit Pflegekräften zur Verfügung. Um die Übertragung sicherzustellen, erfolgt zusätzlich eine lokale Speicherung auf der mobilen Einheit für vier Stunden. Die Daten können über spezifische Schnittstellen direkt in das jeweilige Informationssystem des Krankenhauses (KIS) übertragen und auch für die Dokumentation genutzt werden.

Eine kontinuierliche, kabellose Überwachung von Patient:innen könnte dazu beitragen, Zustandsverschlechterungen frühzeitig zu erkennen und entsprechende Therapieschritte einzuleiten. Die Identifikation prädiktiver Faktoren für klinische Verschlechterungen, wie sie in den Arbeiten von Churpek et al. (2012) und Bates et al. (2015) dargestellt werden, unterstreicht die Bedeutung frühzeitiger Interventionen. Zu diesen prädiktiven Faktoren zählen die Atemfrequenz und die Hypoxämie. Die Bedeutung der Atemfrequenz wird in den Studien von Loughlin et al. (2018), Cretikos et al. (2008) und Keir et al. (2015) unterstrichen. Sun et al. (2015) betonen zudem die häufige und persistente postoperative Hypoxämie als Indikator für schwerwiegende Komplikationen. Hypoxämie, also ein niedriger Sauerstoffgehalt im Blut, könnte daher zu längeren Krankenhausaufenthalten bis hin zu ernst gesundheitlichen Konsequenzen führen.

Die Integration moderner Überwachungstechnologien, die ein Monitoring der Sauerstoffsättigung und Atemfrequenz ermöglichen, könnte sich - insbesondere außerhalb von Intensivstationen - positiv auf die Outcome-Qualität der Patienten auswirken.

Ein kabelloses Monitoring ermöglicht zudem, Patient:innen frühzeitig zu mobilisieren. Dass eine zeitnahe Mobilisation einen medizinischen Nutzen hat, ist durch eine Vielzahl an Studien belegt: Schweickert et al.



OPS 2025

Problembeschreibung

(2009) zeigten in einer randomisierten Studie bei mechanisch beatmeten Patienten nicht nur eine verkürzte Beatmungsdauer, sondern auch verbesserte funktionelle Ergebnisse. Morris et al. (2008) fanden heraus, dass frühzeitige Mobilisation bei Patienten mit akutem Atemversagen sicher und mit verbesserten funktionellen Ergebnissen verbunden ist. Kayambu et al. (2013) deuteten in ihrer Meta-Analyse darauf hin, dass Physiotherapie, einschließlich Mobilisation, zu einer verbesserten Funktionsfähigkeit und verkürzten Beatmungsdauer bei intensivpflichtigen Patienten beitragen kann. Die Studie von Burtin et al. (2009) zeigte, dass frühzeitige körperliche Aktivität bei kritisch kranken Patienten zu einer verbesserten funktionellen Unabhängigkeit und Mobilität führt. Piva et al. (2016) betonen die Bedeutung der Mobilisation bei der Prävention von auf Intensivstation erworbener Schwäche. Die Relevanz der Mobilisation gilt neben Intensiv- auch für Normalstationen. Auch Brown et al. (2009) verdeutlichen die Problematik der eingeschränkten Mobilität älterer Erwachsener während eines Krankenhausaufenthalts auf Normalstationen. Insbesondere Maßnahmen zur Frühmobilisation seien notwendig, um den mit Hospitalisierung verbundenen Funktionsverlust zu minimieren. Covinsky et al. (2011) weisen auf das Risiko von Hospitalisations-assoziierten Beeinträchtigungen hin und betonten Unsicherheiten von Patient:innen hinsichtlich ihrer Mobilisation und funktioneller Beeinträchtigung auf Normalstationen. Als konkretes Beispiel spielt eine frühzeitige Aktivierung bei der Implantation kardialer Aggregate wie Schrittmachern und Defibrillatoren eine wichtige Rolle. Bongiorno et al. (2018) heben hervor, dass ein rascher Beginn der Mobilisation nach der Implantation von Herzschrittmachern sowohl sicher ist als auch dazu beiträgt, die postoperative Erholung zu fördern. Durch eine frühe Mobilisation können potenzielle postoperative Komplikationen wie Thrombosen oder Infektionen reduziert werden. Zusammenfassend unterstreichen diese Erkenntnisse die klinische Relevanz der Mobilisation auf Normalstationen und unterstützen die Integration von Frühmobilisationsstrategien als integralen Bestandteil der Patient:innenversorgung, um eine bestmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Bisher lässt sich ein kontinuierliches telemetrisches Monitoring außerhalb des rein kardiologischen Kontext nicht über die bestehenden OPS kodieren. Die Subkategorien 8-930, 8-931 und 8-932 sind nur für intensivmedizinisch versorgte Patient:innen anzugeben. Technische Weiterentwicklungen auf Basis der oben genannten wissenschaftlichen Erkenntnisse ermöglichen nun eine kontinuierliche Überwachung von Vitalparametern in einem nicht-intensivmedizinischen Setting. Für die Dokumentation und korrekte Kodierung dieser neuen Systeme im Unterschied zu kabelgebundenen Überwachungssystemen auf Intensivstationen wird ein eigenständiger OPS-Code benötigt.

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

Relevanz Entgeltsysteme

Bisher ist das Monitoring außerhalb von Intensivstationen oder im rein kardiologischen Kontext nicht im OPS-Katalog abgebildet. Folglich kann ein kontinuierliches telemetrisches Monitoring bisher nicht bei der Weiterentwicklung der Entgeltsysteme berücksichtigt werden.

Mit der Aufnahme in den OPS kann die Prozedur sowohl im DRG-System als auch in der außerklinischen Pflege oder Rehabilitation für Kalkulationen Berücksichtigungen finden. Da das kontinuierliche Monitoring fachgruppenübergreifend angewendet werden kann und nicht auf einzelne Indikationen beschränkt ist, ist zudem von umfangreichen Anwendungsgrad auszugehen.

Für die Weiterentwicklung der Entgeltsysteme ist insbesondere die Auswirkungen auf die Verweildauer im Krankenhaus relevant. Da die Überwachungsgeräte es ermöglichen, frühzeitig auf Zustandsveränderungen zu reagieren, könnten unerwünschte Komplikationen einschließlich Verlegungen auf die Intensivstation vermindert werden. Ebenso könnte eine schnelle Mobilisation von Patient:innen dazu führen die Liegedauer zu verkürzen.



OPS 2025

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)

Leitlinien, Literatur, Studienregister

Auszug relevantester Studien; Literaturverzeichnis als Anhang

- Mizner RL, Petterson SC, Stevens JE, et al. (2005). Early quadriceps strength loss after total knee arthroplasty. The contributions of muscle atrophy and failure of voluntary muscle activation.
- Brown CJ, Redden DT, Flood KL, Allman RM. (2009). The underrecognized epidemic of low mobility during hospitalization of older adults. J Am Geriatr Soc.
- Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. (2017). Enhanced Recovery After Surgery: A Review. JAMA Surg
- Sun Z, et al. (2015). Postoperative hypoxemia is common and persistent: a prospective blinded observational study. Anesth Analg.
- Schweickert WD, et al. (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial.

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Kosten

Annahme eines Lebenszyklus des Überwachungssystems von 9 Jahren

Gesamt Investition: 2.903.133,74

Hardware / Service: 1.098.353,84

Verbrauchsmaterial (Sensoren und Zubehör): 1.804.779,90

Basierend auf der Annahme eines Lebenszyklus des Überwachungssystems von 9 Jahren und einem Szenario von 48 Patientenbetten, 3 Tage Liegezeit und 100 Patienten pro Bett/Jahr liegen die Kosten pro Patienten bei ca. 30 - 40 € netto / Überwachungsplatz / Kalendertag

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

Kostenunterschiede

Die bisherigen Codes zum Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf (8-93) weisen gemäß dem G-DRG Definitionshandbuch keine Zuordnungsrelevanz in den Fallpauschalen auf. Zudem sind die Codes für intensivmedizinische Patient:innen und damit eine andere Patient:innenpopulation vorgesehen. Die Darstellung der Kostenunterschiede kann somit nicht im Vergleich zu diesen Verfahren erfolgen.

Kostenunterschiede werden möglicherweise durch die folgenden Effekte erzielt:

- Vermeidung / Verkürzung von Aufenthalten auf Intensivstation und Intermediate-Care-Stationen
- Geringerer Pflegeaufwand (kein Entkoppeln vom Monitoring für Physiotherapie oder zur Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens)
- Steigerung der Patientensicherheit



OPS 2025

Kostenunterschiede

- Steigerung der Dokumentationsqualität

Potenzielle jährliche Kosteneinsparungen für stationäre Aufenthalte werden auf 3.974.368,58 € und 7.948.737,30 € geschätzt, bei einer Adoptionsrate von 50% bzw. 100%.

Der größte Beitrag zu den Kosteneinsparungen kommt dabei durch die Reduzierung der durchschnittlichen Verweildauer auf den Stationen für Patienten, die nicht auf die Intensivstation verlegt wurden. Zusätzliche Kosteneinsparungen resultierten aus der Verringerung der Verweildauer auf der Intensivstation, dem Auftreten von krankenhausinternen Herzstillständen und der Aktivierung des Rapid Response Teams (RRT). Khan, SN; Luchetti, M; Beard, JW (2022) Real World Evidence (RWE) Evaluation of Cost Savings through Continuous Vital Sign Monitoring in the Medical-Surgical Ward: A National Health Service (NHS) Experience

Investitionsunterschied bei Annahme eines klassischen Spot-Monitoring für die Normalstation:

Investitionskosten: 168.000,- €

Laufende Kosten für Zubehör und Verbrauchsmittel/Jahr: 16.000,- € (144.000,- € für 9 Jahre)

Gesamtkosten: 312.000,- €

Kostenunterschied: ca. 2.591.133,- €

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

Fallzahl

Die Prozedur kann bisher nicht kodiert werden. In Deutschland sind die Überwachungsgeräte zudem noch nicht im Einsatz. Theoretisch eignet sich das Gerät für das kontinuierliche Monitoring von ca. 20-25% der postoperativ überwachten Patienten.

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.)

Relevanz Qualitätssicherung

Keine Angaben.

9. 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)

Bisherige Kodierung

keine Angaben.

10. Sonstiges

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

Sonstiges