



OPS 2026

Änderungsvorschlag für den OPS 2026

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:
`ops2026-kurzbezeichnungdesinhalts.docx`; `kurzbezeichnungdesinhalts` sollte nicht länger als 25 Zeichen sein.
Beispiel: ops2026-komplexxkodefruehreha.docx
4. Senden Sie Ihren Vorschlag ggf. zusammen mit Stellungnahmen der Fachverbände unter einem prägnanten Betreff als E-Mail-Anhang bis zum **28. Februar 2025** 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 2026

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 *	Olaf
Vorname *	Winkler
Straße *	Georgenstrasse 25
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	winkler@bvmed.de
Telefon *	030-24625526

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 und 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 2026

2. Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner (wenn nicht mit 1. identisch)

Kontaktdaten	Angaben der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners
Organisation *	GE Healthcare GmbH
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	GE
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel) *	Frau
Name *	Hasting
Vorname *	Johanna
Straße *	Oskar-Schlemmer-Straße 11
PLZ *	80807 München
Ort *	München
E-Mail *	Hasting, Johanna <Johanna.Hasting@gehealthcare.com>
Telefon *	M +49 1520 467 0043

Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



* Ich willige als Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 2 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 Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 2 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.
Sollten Sie darin nicht einwilligen, wird der Vorschlag ab Seite 4 veröffentlicht.



OPS 2026

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

kontinuierliches tragbares Monitoring bei nicht-intensivpflichtigen Risikopatienten

4. Mitwirkung der Fachverbände *

(eventuelle Stellungnahme(n) bitte als gesonderte Datei(en) mit dem Vorschlag einreichen, s. a. **Hinweise** am Anfang des Formulars. Bitte nur **eine** der beiden nachfolgenden Checkboxes anhaken.)

- ☐ 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

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) in Kombination mit Sensoren für SpO2, Pulsfrequenz und Atemfrequenz und Plattform Guardian oder PIC IX (Philips)
- X3 (Philips) in Kombination mit Sensoren für SpO2, Pulsfrequenz und Atemfrequenz und Plattform Guardian oder PIC IX (Philips)
- viQtor(SmartQare) für SpO2, Pulsfrequenz und Atemfrequenz
- Caretaker(Caretaker medical) für SpO2, Pulsfrequenz und Atemfrequenz



OPS 2026

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

CE-Zertifizierung

- EU Zertifikatsnummer für Medizinprodukt "Portrait Mobile Monitoring-System" (GE HealthCare): CR-03-1004-804-22 / CE 0537 / 13 Juli 2023 (14 April 2022);

- c. **Zweckbestimmung laut Gebrauchsanweisung.** Es wird darum gebeten, die Gebrauchsanweisung zusammen mit dem Vorschlag zu übersenden oder nachzureichen

Zweckbestimmung

Zweckbestimmung für Portrait Mobile (GE HealthCare) als Beispiel für ein kontinuierliches tragbares Monitoring bei nicht-intensivpflichtigen Risikopatienten:

Die Portrait Mobile Monitoring Solution ist zum Akquirieren, Speichern, Berechnen, Anzeigen und Exportieren von Patientenüberwachungsdaten bestimmt und bietet eine Echtzeit-Alarmfunktion zur Überwachung von Erwachsenen und Kindern (ab 3 Jahren und mit einem Gewicht von mehr als 10 kg). Folgende physiologischen Parameter und Kurven werden unterstützt:

- Pulsoximetrie (SpO₂ /Pulsfrequenz)
- Respirationsfrequenz (RF)

Die kontinuierliche Überwachung von Pulsoximetrie und Respirationsfrequenz kann für Patienten verwendet werden, bei denen die Gefahr von kardiorespiratorischen und infektiösen Komplikationen besteht. Die Portrait Mobile Monitoring Solution ist zur Nutzung in einer medizinischen Einrichtung unter der direkten Aufsicht eines Arztes, medizinischen Fachpersonals oder durch hinsichtlich der Handhabung des Geräts geschultes Personal bestimmt. Die Portrait Mobile Monitoring Solution ist nicht für die Verwendung in einer kontrollierten MR Umgebung konzipiert.

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



OPS 2026

7. Inhaltliche Beschreibung der klassifikatorischen Änderungen *

(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 des Vorschlags

Es wird vorgeschlagen, das kontinuierliche tragbares Monitoring von Patienten außerhalb von Intensivstationen unter der Kategorie 8-93 "Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf" mit einem neuen Code abzubilden.

8-935 kontinuierliches tragbares Monitoring

Info: Dieser Code wird verwendet für Patienten die nicht intensivmedizinisch versorgt werden. Dieser Code umfasst ein kontinuierliches tragbares Monitoring von Pulsoximetrie (SpO₂), Pulsfrequenz (PF), Atemfrequenz (AF) und ggf. weitere Vitalparameter.

8. Problembeschreibung und weitere Angaben

a. Problembeschreibung (Begründung) *

Problembeschreibung

Derzeit werden Vitalparameter von Patient:innen postoperativ oder nach besonderen Ereignissen stationär und kontinuierlich nur auf Intensivstationen oder sogenannten Intermediate-Care-Stationen überwacht. Auf peripheren oder Normalstationen erfolgt die Kontrolle lediglich stichprobenartig, etwa alle vier bis sechs Stunden durch Pflegekräfte. Dies ist unter anderem auf die bisher verfügbaren Überwachungssysteme zurückzuführen. Diese Überwachungssysteme waren bisher kabelgebunden und schränken Betroffene in Ihrer Mobilität und Selbstständigkeit ein. Zu dem waren sie für den Einsatz außerhalb von Intensivstationen zu teuer. Damit waren diese Systeme nicht für den regelhaften Einsatz außerhalb von Intensivstationen geeignet.

Durch technische Weiterentwicklungen stehen nun Systeme zur Verfügung, die tragbar (z.T. auch kabellos) und kontinuierlich Vitalparameter, wie Atemfrequenz und Hypoxämie (Sauerstoffmangel im arteriellen Blut) überwachen können. Über das krankenhaus-eigene, sichere WLAN stehen die erhobenen Daten in einer zentralen Überwachungseinheit auf der Station oder auf Mobilgeräten für die Pflegekräfte zur Verfügung. Die Daten können über spezifische Schnittstellen direkt in das jeweilige Informationssystem des Krankenhauses (KIS) übertragen und auch für die Dokumentation genutzt werden.

Eine kontinuierliche, tragbare Überwachung kann 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. Neben den verbreiteten und am häufigsten gemessenen Faktoren, Blutdruck und Herzfrequenz, geben auch Atemfrequenz und Hypoxämie wichtige Hinweise auf den Zustand der Patient:innen. 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 Krankenaufhalten bis hin zu ernsten gesundheitlichen Konsequenzen führen.

Mit dem OPS-Code "8-933 Funkgesteuerte kardiologische Telemetrie" besteht für die rein kardiologische Überwachung, auch außerhalb von Intensivstationen, bereits eine Kodiermöglichkeit. Werden weitere Parameter, wie die Atemfrequenz und Hypoxämie hinzugenommen, handelt es sich hingegen um eine kardio-respiratorische Telemetrie.



OPS 2026

Problembeschreibung

Die Integration moderner Überwachungstechnologien, die ein Monitoring dieser zusätzlichen Parameter ermöglichen, könnte sich - insbesondere außerhalb von Intensiv- oder rein kardiologischen Stationen, positiv auf die Outcome-Qualität der Patient:innen auswirken.

Neben den zusätzlichen Parametern, bietet ein tragbares Monitoring zu dem die Möglichkeit Patient:innen frühzeitig zu mobilisieren. Dass eine zeitnahe Mobilisation einen medizinischen Nutzen hat, ist durch eine Vielzahl an Studien belegt: Schweickert et al. zeigte dies bereits 2009, in einer randomisierten Studie bei mechanisch beatmeten Patient:innen nicht nur eine verkürzte Beatmungsdauer, sondern auch verbesserte funktionelle Ergebnisse. Morris et al. (2008) zeigten, dass frühzeitige Mobilisation bei Patient:innen mit akutem Atemversagen sicher und mit verbesserten funktionellen Ergebnissen verbunden ist. Kayambu et al. (2013) verdeutlichen in ihrer Meta-Analyse, dass Physiotherapie, einschließlich Mobilisation, zu einer verbesserten Funktionsfähigkeit und verkürzter Beatmungsdauer bei intensivpflichtigen Patient:innen 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.

Zudem zeigte eine Studie von Brown et al. (2014) dass, die kontinuierliche Überwachung auf einer medizinisch-chirurgischen Station mit einer signifikanten Verringerung der Gesamtverweildauer im Krankenhaus und der Tage auf der Intensivstation für verletzte Patienten verbunden war.

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.

Risikopatient:innen im Sinne dieses Antrags, die von einem kontinuierlichen tragbaren Monitoring profitieren sind Patient:innengruppen, mit erhöhtem Komplikationsrisiko aus den folgenden Einsatzgebieten:

- Kolorektale Chirurgie mit Darmresektion
- Großer Gelenkersatz (Schulter, Knie und Hüfte)
- Offene radikale Prostatektomie, Zystektomie
- Große onkologische Allgemeinchirurgie oder gynäkologische Operation
- Große onkologische Kopf-Hals-Operation
- Gefäßchirurgie
- Intrathorakale Eingriffe mit Lungenresektion
- Posttransplantationschirurgie (Niere, Lunge, Leber)

Komorbiditäten:

- Alter 60 oder älter
- Krankhafte Fettleibigkeit (BMI > 30)
- Niereninsuffizienz: Kreatinin > 200 Mikromol/L
- Insulinabhängiger Diabetes mellitus
- Chronischer CHF
- Obstruktive Schlafapnoe
- Mäßige COPD FEV1 50 % bis 70 %
- Chronische Lebererkrankung
- Schwere Gebrechlichkeit; körperliche Einschränkungen (Unfähigkeit)



OPS 2026

Problembeschreibung

- Schwierige Schmerzbehandlung „Verwendung von mehr als 6 Dosen einer Opioidtherapie“

Und darüber hinaus eine 48-Stunden-Überwachung von Patienten, die die Intensivstation verlassen.

Bisher lässt sich ein kontinuierliches telemetrisches Monitoring nur für rein kardiologische Patient:innen abbilden (OPS 8-933). Die Kodes 8-930 bis 8-932 sind nur für intensivmedizinisch versorgte Patient:innen anzugeben.

Technische Weiterentwicklungen auf Basis der oben genannten wissenschaftlichen Erkenntnisse ermöglichen nun das Monitoring für eine größere Patient:innengruppe.

Der Einsatz solcher Systeme unterstützt und entlastet nicht nur das Klinikpersonal bei der Dokumentation und frühzeitigen Intervention, sondern hilft auch die Versorgung von komplikationsgefährdeten Patient:innen allgemein zu verbessern.

Die Etablierung eines eigenständigen OPS-Kodes ist notwendig, um genau diese Patient:innen und Prozesse sichtbar zu machen - für die Forschung, aber auch eine zukünftige Entwicklung der Entgeltsysteme. Wie bereits die funktgesteuerte kardiologische Telemetrie bzw. im ambulanten Sektor das Telemonitoring bei Herzinsuffizienz, handelt es sich beim kontinuierlichen tragbaren Monitoring um eine z. T. eigenständige Versorgungsform. Dies beinhaltet auch, dass je nach Organisation der anwendenden Krankenhäuser zusätzliche Strukturen und Prozesse etabliert werden müssen, um adäquat auf die nun zur Verfügung stehenden Vitalparameter reagieren zu können.

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

Relevanz Entgeltsysteme

Bisher ist das Monitoring außerhalb von Intensivstationen nicht im OPS-Katalog abgebildet. Folglich kann ein kontinuierliches tragbares Monitoring 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 Berücksichtigung finden. Da das kontinuierliche Monitoring fachgruppenübergreifend angewendet werden kann und nicht auf einzelne Indikationen beschränkt ist, ist zudem von einem umfangreicheren 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.

Da ein kontinuierliches tragbares Monitoring mindestens Bestandteil, einer eigenen Versorgungsform ist, bedarf es einer Finanzierung aller Bestandteile, inkl. Kosten für Personal und benötigte Medizinprodukte. Zudem können die notwendigen Prozesse und Strukturen je nach Anwender variieren.



OPS 2026

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.
- 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.
- Brown, H. et al. (2014). Continuous Monitoring in an Inpatient Medical-Surgical Unit: A Controlled Clinical Trial. The American Journal of Medicine, Volume 127, Issue 3, 226-232

weitere Quellen und Studien sind als Anhang beigelegt.

e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens *

Kosten

Die Kosten für den Einsatz der Methode des kontinuierlichen tragbaren Monitorings von nicht-intensivpflichtigen Risikopatienten ist abhängig von den eingesetzten Systemen, deren Unterhalt sowie den ggf. notwendigen Prozessanpassungen auf der jeweiligen Station.

Die folgende Aufstellung ist nur beispielhaft (Portrait Mobile System) und erhebt keinen Anspruch auf allgemeine Gültigkeit.

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 Nutzung moderner tragbarer Monitoring-Systeme eröffnet Krankenhäusern neue Möglichkeiten, sowohl klinische als auch wirtschaftliche Vorteile zu realisieren. Im Gegensatz zu den bisherigen Codes (8-

Kostenunterschiede

93) für die Überwachung von Atmung, Herz und Kreislauf, die ausschließlich für intensivmedizinisch betreute Patient:innen konzipiert sind und keine Relevanz für die Zuordnung von Fallpauschalen haben, adressiert das kontinuierliche tragbare Vitalparameter-Monitoring eine breitere Patient:innengruppe. Dies macht den Vergleich mit bisherigen Verfahren unpassend, legt jedoch den Fokus auf die spezifischen Einsparpotenziale der neuen Technologie.

Effekte des kontinuierlichen Monitorings auf die Kostenstruktur

1. Reduktion der Aufenthaltsdauer

Die wichtigste Quelle für Kosteneinsparungen ist die Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer auf Normalstationen für Patient:innen, die nicht auf die Intensivstation verlegt werden. Dies wird durch die frühzeitige Identifikation und Behandlung von Zustandsverschlechterungen ermöglicht.

2. Vermeidung kostenintensiver Stationen

Durch rechtzeitige Interventionen können Aufenthalte auf Intensiv- und Intermediate-Care-Stationen reduziert oder ganz vermieden werden. Dies senkt nicht nur die direkten Behandlungskosten, sondern entlastet auch Kapazitäten in diesen spezialisierten Bereichen.

3. Optimierung des Pflegeaufwands

Tragbare Monitoring-Systeme erleichtern die Mobilisation von Patient:innen, da ein zeitaufwendiges Entkoppeln vom System für physiotherapeutische Maßnahmen oder alltägliche Aktivitäten entfällt. Dies steigert die Effizienz des Pflegepersonals und reduziert den manuellen Arbeitsaufwand.

4. Verbesserung der Patientensicherheit

Die kontinuierliche Überwachung minimiert das Risiko unerkannter Verschlechterungen, wie Herzstillstände, die häufig mit kostenintensiven Interventionen wie der Aktivierung eines Rapid Response Teams (RRT) einhergehen. Durch die Erhöhung der Sicherheit wird das Risiko schwerwiegender Komplikationen und ihrer Folgekosten deutlich reduziert.

5. Höhere Dokumentationsqualität

Automatisierte Datenerfassung verbessert die Dokumentationsgenauigkeit und spart Zeit, die Pflegekräfte und Ärzt:innen bisher für manuelle Einträge aufwenden mussten. Dies sorgt nicht nur für eine bessere Übersicht, sondern optimiert auch die Abrechnung und Qualitätskontrolle.

Wissenschaftliche Evidenz für Einsparpotenziale

Studien, wie die von Khan, SN; Luchetti, M; Beard, JW (2022), zeigen, dass die Einführung von kontinuierlichem Vitalparameter-Monitoring erhebliche wirtschaftliche Vorteile bietet. Ihre Analyse belegt, dass eine umfassende Nutzung solcher Systeme zu:

- Geringeren Verweildauern auf Intensiv- und Normalstationen,
- Weniger Notfallinterventionen, und
- Einer gesteigerten Versorgungseffizienz führt.

Die geschätzten Einsparungen liegen zwischen £4,6 Millionen (bei 50 % Adoption) und £9,2 Millionen (bei 100 % Adoption) jährlich und demonstrieren, dass kontinuierliche Monitoring-Systeme eine nachhaltige Investition für Krankenhäuser darstellen können.

Zusammenfassung

Die Implementierung kontinuierlicher Monitoring-Systeme ermöglicht es Krankenhäusern, nicht nur Kosten zu senken, sondern auch die Qualität der Patientenversorgung erheblich zu steigern. Durch die umfassendere Überwachung und frühzeitige Intervention bei potenziellen Komplikationen können sowohl direkte Kosten als auch langfristige Aufwände deutlich reduziert werden.



OPS 2026

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

Fallzahl

Die Prozedur kann bisher nicht kodiert werden. In Deutschland sind geeignete Überwachungsgeräte zudem noch nicht im Einsatz. Ggf. sind geeignete Systeme im Rahmen von Studien oder anderen Testsituationen im Einsatz, die dem Antragssteller nicht bekannt sind. Theoretisch eignet sich das Gerät für das kontinuierliche Monitoring von ca. 20-25% der perioperativ überwachten Patienten. Die genaue Fallzahl ist dabei abhängig vom Indikationsgebiet, den entsprechenden Komplikationsraten und den jeweiligen krankenhauseigenen Vorgaben zur Identifikation von Patient:innen mit erhöhtem Komplikationsrisiko (s. Abschnitt b).

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

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

Das kontinuierliche telemetrische Monitoring außerhalb von Intensivstationen ist bisher nur im rein kardiologischen Kontext mit dem Code 8-933 abgebildet. Für die beschriebenen Anwendungsfälle steht keine Kodierung zur Verfügung.

10. Sonstiges

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

Sonstiges

keine Angabe