



ukb universitäts  
klinikum bonn

# DRG-Kodierhilfe K04-2021b

## Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung nach OPS 8-98f

Leistungsbeschreibung mit Hinweisen zur Erfassung auf Grundlage des OPS 2021 und weiterer Vorgaben des „Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte“ (BfArM) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

**Veröffentlichung:**

25.11.2020 (Σ 14 Seiten)

**Herausgeber:**

Universitätsklinikum Bonn  
Kaufmännische Direktion  
Stabsstelle Zentrales Controlling / Abteilung Medizin-Controlling

gültig für ab dem  
**1.1.2021**  
aufgenommene Patient\*innen

**OPS-Text zu 8-98f:****Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)**

(BfArM: Operationen und Prozedurenschlüssel 2021, Band 1: Systematisches Verzeichnis, Stand 16.10.2020)

**Exkl.:**

- » Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 Stunden) Intensivbehandlung
- » Kurzfristige (< 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen

**Hinw.:****Strukturmerkmale:**

- » Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt
- » Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft
- » Die Ärzte des Teams sind in der Intensivmedizin erfahren und kennen die aktuellen Probleme ihrer Patienten
- » Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss werktags (Montag bis Freitag) zwischen 6 und 22 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend sein. Außerhalb dieser Anwesenheitszeit muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein
- » Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden
- » 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren am Standort des Krankenhauses:
  - Apparative Beatmung
  - Nicht invasives und invasives Monitoring
  - Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren
  - Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems
  - Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationssaal für kardiovaskuläre Eingriffe
  - Transösophageale Echokardiographie
- » 24-stündige Verfügbarkeit von 3 der folgenden 4 Verfahren am Standort des Krankenhauses:
  - Radiologische Diagnostik mittels CT und MRT
  - Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
  - Interventionelle (Neuro)Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen
  - Laborleistungen (z.B. Blutgasanalysen, Bestimmung von Elektrolyten, Laktat, Differenzialblutbild, Gerinnung, Retentionswerte, Enzyme, Entzündungsparameter auch Procalcitonin, Tox-Screen). Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
- » Mindestens 6 von den 8 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten am Standort des Krankenhauses als klinische Konsiliardienste (krankenzugehörig oder aus benachbarten Krankenhäusern) verfügbar: Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie
- » Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie

**Mindestmerkmale:**

- » Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung
- » Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss täglich mindestens eine Visite durchführen
- » Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation
- » Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
- » Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Anlage und Betrieb einer ECMO/ECLS, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
- » Diese Codes sind für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

**Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung nach OPS 8-98f**

8-98f.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-98f.1	185 bis 552 Aufwandspunkte
8-98f.10	185 bis 368 Aufwandspunkte
8-98f.11	369 bis 552 Aufwandspunkte
8-98f.2	553 bis 1104 Aufwandspunkte
8-98f.20	553 bis 828 Aufwandspunkte
8-98f.21	829 bis 1104 Aufwandspunkte
8-98f.3	1105 bis 1656 Aufwandspunkte
8-98f.30	1105 bis 1380 Aufwandspunkte
8-98f.31	1381 bis 1656 Aufwandspunkte
8-98f.4	1657 bis 2208 Aufwandspunkte
8-98f.40	1657 bis 1932 Aufwandspunkte
8-98f.41	1933 bis 2208 Aufwandspunkte
8-98f.5	2209 bis 2760 Aufwandspunkte
8-98f.50	2209 bis 2484 Aufwandspunkte
8-98f.51	2485 bis 2760 Aufwandspunkte
8-98f.6	2761 bis 3680 Aufwandspunkte
8-98f.60	2761 bis 3220 Aufwandspunkte
8-98f.61	3221 bis 3680 Aufwandspunkte
8-98f.7	3681 bis 4600 Aufwandspunkte
8-98f.8	4601 bis 5520 Aufwandspunkte
8-98f.9	5521 bis 7360 Aufwandspunkte
8-98f.a	7361 bis 9200 Aufwandspunkte
8-98f.b	9201 bis 11040 Aufwandspunkte
8-98f.c	11041 bis 13800 Aufwandspunkte
8-98f.d	13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-98f.e	16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-98f.f	19321 oder mehr Aufwandspunkte

**Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung nach OPS 8-98f**

**Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen**

(BfArM: Operationen und Prozedurenschlüssel 2021, Band 1: Systematisches Verzeichnis, Stand 16.10.2020)

Die Anzahl der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung errechnet sich aus der Summe der täglichen SAPS II (ohne Glasgow-Coma-Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) und der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation.

Der tägliche SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) errechnet sich nach den folgenden Tabellen.

Erfasst werden die jeweils schlechtesten Werte innerhalb der vergangenen 24 Stunden.

Variablen	Punkte													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Herzfrequenz (1/min)	70-119		40-69		120-159			≥160					<40	
Systolischer Blutdruck (mmHg)	100-199		≥200			70-99								<70
Körpertemperatur (°C)	<39			≥39										
PaO <sub>2</sub> /FiO <sub>2</sub> * (mmHg)							≥200			100-<200		<100		
Ausfuhr Urin (l/d)	≥1,0				0,5-<1,0							<0,5		
Harnstoff im Serum (g/l)	<0,6						0,6-<1,8				≥1,8			
Leukozyten (10 <sup>3</sup> /mm <sup>3</sup> )	1,0-<20			≥20									<1,0	
Kalium im Serum (mmol/l)	3,0-<5,0			≥5,0<3,0										
Natrium im Serum (mmol/l)	125-<145	≥145				<125								
Bicarbonat im Serum (mmol/l)	≥20			15-<20			<15							
Bilirubin im Serum (µmol/l)	<68,4				68,4-<102,6					≥102,6				

\*Erhebung nur im Fall maschineller Beatmung

Variablen	Punkte					
	0	6	8	9	10	17
<b>Chronische Leiden</b>				Neoplasie mit Metastasen	Hämatologische Neoplasie	AIDS*
*	Wertung bei positivem HIV-Test und entsprechenden klinischen Komplikationen					
Achtung! Bei den chronischen Leiden darf nur das mit der höchsten Punktzahl berechnet werden.						

Entscheidung des Schlichtungsausschusses nach §19 KHG vom 19.08.2020:

Entscheidung KDE 545 (KDE 545 Aufwandspunkte Metastasen OPS 8-980): „Sind Metastasen gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien entweder als Haupt- oder als Nebendiagnose zu kodieren, sind sie für die Ermittlung der SAPS-Punkte bei der Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung unter der Kategorie „Chronische Leiden, metastasierende Neoplasie“ entsprechend den „Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ des BfArM zu berücksichtigen.“

Variablen	Punkte					
	0	6	8	9	10	17
<b>Aufnahmestatus**</b>	Geplant chirurgisch	Medizinisch	Nicht geplant chirurgisch			
**	Geplant chirurgisch: Operationstermin mindestens 24 Stunden vorher geplant					
	nicht geplant chirurgisch: Operationstermin erst in den letzten 24 Stunden geplant					
	Medizinisch: mindestens eine Woche lang nicht operiert					

Entscheidung des Schlichtungsausschusses nach §19 KHG vom 25.11.2020:

Entscheidung KDE 586 (KDE 586 8-980, 8-98f, Aufnahmestatus ITS): „Für die Berechnung der Aufwandspunkte für die intensivmedizinische Komplexbehandlung gilt für die Auswahl des korrekten Aufnahmestatus Folgendes:

**Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung nach OPS 8-98f**

Die Definitionen der Kategorien „geplant chirurgisch“, „nicht geplant chirurgisch“ und „medizinisch“ stellen nur auf den Zeithorizont zum Operationstermin ab. Eine nicht geplante chirurgische Aufnahme auf die Intensivstation liegt vor, wenn der Operationstermin erst in den letzten 24 Stunden geplant war oder postoperativ eine ungeplante Aufnahme auf Intensivstation erforderlich ist. Der OPS differenziert nicht nach den Gründen, die zur postoperativen Aufnahme auf die Intensivstation geführt haben. Demnach liegt in dem vorliegenden Fall (KDE-586) eine nicht geplante chirurgische Aufnahme vor.“

Variablen	Punkte								
	0	5	7	12	13	15	16	18	26
Alter des Patienten	<40		40-59	60-69		70-74	75-79	≥80	

Aus dem TISS-28 werden lediglich die 10 aufwendigsten Parameter erfasst:

Leistung:	Punkte pro Tag:
Apparative Beatmung	5
Infusion multipler Katecholamine (>1)	4
Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen (>5 l/24 Std.)	4
Peripherer arterieller Katheter	5
Linksvorhof-Katheter / Pulmonalis-Katheter	8
Hämofiltration / Dialyse	3
Intrakranielle Druckmessung	4
Behandlung einer metabolischen Azidose / Alkalose	4
Spezielle Interventionen auf der ITS (z.B. Tracheotomie, Kardioversion)	5
Aktionen außerhalb der Station (Diagnostik / Operation)	5

## Weitere BfArM-Informationen aus der Rubrik Kodierfragen zum OPS

(Quelle: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/kodierfragen/>, Zugriff 28.10.2020)

Lfd. Nummer	Bezugs-kode(s)	Thema	Gültigkeit	Publikations-datum
OPS-8005	8-93	Monitoring-Kodes	seit OPS 2.0	01.01.2001
OPS-8009	8-980, 8-98f	Berechnung und Dokumentation von SAPS, TISS	seit OPS 2005	01.01.2005
OPS-8011	8-980	Ständige ärztliche Anwesenheit	seit OPS 2011	01.01.2011
OPS-8031	8-98f, 8-980	Kombination von intensivmedizinischer und aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung	seit OPS 2013	19.12.2012
OPS-8034	8-980, 8-98f	Metastasierende Neoplasie bei der intensivmedizinischen Komplexbehandlung	OPS 2005 - 2014	18.12.2013
OPS-8038	8-98f	Tägliche Verfügbarkeit von Leistungen der Physiotherapie	seit OPS 2013	30.06.2016

Lfd. Nummer	Bezugs-kode(s)	Thema	Gültigkeit	Publikations-datum
OPS-8009	8-980, 8-98f	Berechnung und Dokumentation von SAPS, TISS	Seit OPS 2005	01.01.2005
<p><b>Wie berechnet und dokumentiert man die Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung (SAPS, TISS)? (OPS Nr. 8009)</b>            seit OPS Version 2005  <i>Die Anzahl der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung errechnet sich aus der Summe der täglichen SAPS II (ohne Glasgow-Coma-Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) und der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation.</i>  <i>Der tägliche SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) errechnet sich nach den Tabellen im Dokument "Berechnung der Aufwandspunkte". Erfasst werden die jeweils schlechtesten Werte innerhalb der vergangenen 24 Stunden. (Bemerkung Medizin-Controlling: Weitere ergänzende Informationen des BfArM siehe unten)</i></p>				

**PDF: Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung**

(<https://www.dimdi.de/static/downloads/deutsch/ops-anleitung-intensivmedizin-8009.pdf>)

**PDF: Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung**

(<https://www.dimdi.de/static/downloads/deutsch/ops-saps-2005-8009.pdf>)

Die Daten sollen auf allen Intensivstationen einheitlich dokumentiert werden und die Exklusiva und Hinweise für den Code 8-980.- aus dem OPS Version 2005 sind zu berücksichtigen.\*

\* (Bemerkung Medizin-Controlling: Die Dokumentationsvorgaben gelten nach Stellungnahme des BfArM [in 2017: DIMDI] vom 14.9.2017 auch für den OPS-Kode 8-98f)

Score-Daten

Eine Gesamtaufenthaltsdauer unter 24 Stunden hat keine Scoreermittlung zur Folge.

Täglich werden der SAPS II- und der Core-10-TISS\* - Score als Aufwandspunkte erhoben. Die Erfassungsperiode ist auf allen Intensivstationen jeweils das 24 Stunden-Intervall von 0:00 bis 24:00 Uhr (analog der Mitternachtsstatistik). Beim SAPS II geht die Glasgow-Coma-Scale nicht in die Berechnung ein.

Aufnahmetag: Der Aufnahme-SAPS II und der Aufnahme-Core-10-TISS wird vom Aufnahmezeitpunkt bis zum Ablauf der ersten 24 Stunden für den Aufnahmetag gewertet. Die weitere tägliche Dokumentation erfolgt dann für die jeweiligen Intervalle von 0:00 bis 24:00 Uhr. D. h. für den Aufnahmetag zählen auch Stunden des Folgetages. Das führt dazu, dass diese Stunden zweimal gezählt werden, einmal am Aufnahmetag und einmal am Folgetag (s. Beispiele).

Verlegungstag: Am Verlegungstag wird kein Score ermittelt.

Wichtig: Es werden genau so viele Scores addiert und ermittelt, wie Belegungstage auf der Station angefallen sind, d. h. der Aufnahmetag zählt, der Verlegungstag zählt nicht. Die Tatsache ob der Patient mit der Verlegung aus dem Haus entlassen wird, wird nicht berücksichtigt.

Beispiele:

1. Ein Patient kommt am Tag A um 14.00 Uhr auf die Intensivstation. Er wird am Tag B und C dort behandelt und am Tag D um 10.00 Uhr verlegt.

Die Scoreberechnung erfolgt an folgenden Tagen:

- » Tag A (14.00 bis 24.00 Uhr) + vom Tag B (0 - 14.00 Uhr) = 24 Stunden
- » Tag B (0 - 24 Uhr) 14 Stunden Überlappung
- » Tag C (0 – 24 Uhr)

Der Tag D zählt nicht mehr mit, da es der Verlegungstag ist. Die Scoreberechnung erfolgt also für 3 Tage.

2. Ein Patient kommt am Tag A um 9.00 Uhr auf die Intensivstation und wird am Tag B um 18.00 Uhr verlegt

Die Scoreberechnung erfolgt an folgenden Tagen:

- » Tag A (9.00 bis 24.00 Uhr) + vom Tag B (0 - 9.00 Uhr) = 24 Stunden

Der Tag B zählt nicht mehr mit, da es der Verlegungstag ist. Die Scoreberechnung erfolgt also für einen Tag.

Wiederaufnahme: Bei Wiederaufnahme wird nach gleichem Verfahren vorgegangen. Die Scores aller ITS-Aufenthalte während eines Krankenhausaufenthaltes werden kumuliert zu einem Gesamtwert.

\*) Erklärung: Der Core-10-TISS umfasst die 10 aufwändigsten Parameter des TISS-28-Kataloges: siehe unten.

Intensivstation		11:10		Scores	
van Beethoven, Ludwig * 17.12.1770		F08 1234567		Presbyakusis	
8. Tag				14.12. 00:00	
P A i T		ICD/OPS		SAPS/TISS	
		TISS 8-98f		Scores sonstige Scores Kurzlieger Episodenabschluss	
<p style="text-align: right; color: red; font-size: small;">ACHTUNG Score-Erhebung bis zu dem oben genannten Datum</p>					
<b>Intensivmedizinische Komplexbehandlung</b> TISS-10 <b>1</b> Apparative Beatmung <b>2</b> Infusion multipler Katecholamine <b>3</b> Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen > 5L/24 Std. <b>4</b> Peripherer arterieller Katheter <b>5</b> Pulmonalis / Linksvorhofkatheter <b>6</b> Hämofiltration / Dialyse <b>7</b> Intrakranielle Druckmessung <b>8</b> Behandlung einer metabolischen Azidose/Alkalose <b>9</b> Spezielle Interventionen auf der ICU <small>Nur bei manueller Eingabe Ja "spez. Intervention" hier benennen</small> <input type="text"/> <b>10</b> Aktionen außerhalb der Station (Diagnostik / OP) <input type="text"/>		<b>SAPS II</b> <b>11</b> <b>12</b> <b>13</b> <b>14</b> <b>15</b> <b>16</b> <b>17</b> <b>18</b> <b>19</b> <b>20</b> <b>21</b> <b>22</b> <b>23</b> <b>24</b>		<b>Art der Aufnahme</b> <b>25</b> <b>Chronische Leiden</b> <b>26</b> minimaler Systolischer Blutdruck Leukozytenzahl Serumnatrium Urinmenge [l/d] Serumbicarbonat Körperkerntemperatur HF max maximaler Systolischer Blutdruck paO2/FiO2 Serumkalium Serumharnstoff Serumbilirubin	
Tagespunkte: <input type="text"/>		TISS - 10 <input type="text"/>		SAPS II <input type="text"/>	
				Fehlende SAPS/TISS-Scores: <input type="text"/> Übersicht <input type="text"/>	

(Abbildung: Erfassung der SAPS- und TISS-Punkte im Leistungserfassungssystem Dräger-ICM®)

Zur besseren Übersicht wurde die Reihenfolge der ansonsten unveränderten BfArM-Dokumentationshinweise und der OPS-Punktebewertung an die Reihenfolge der TISS-/SAPS-Erfassung in Dräger-ICM® angepasst.

### 1. Apparative Beatmung

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

Hier ist die invasive oder nicht invasive Beatmung entsprechend den Kodierrichtlinien mit zugelassenen Beatmungsgeräten gemeint. Die Führung eines Beatmungsprotokolls ist obligat.

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 5 Punkte

NEIN = 0 Punkte

### 2. Infusion multipler Katecholamine (>1)

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

Hier ist die kontinuierliche Gabe mehrerer inotrop wirksamer Medikamente (z.B. Katecholamine, PDE-Hemmer, Calcium-Sensitizer) über mindestens eine Stunde pro Tag gemeint.

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 4 Punkte

NEIN = 0 Punkte

### 3. Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen (>5 l/24 Std.)

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

Hier ist die intravenöse Rehydrierung mit mehr als 5 l/Tag gemeint.

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 4 Punkte

NEIN = 0 Punkte

**4. Peripherer arterieller Katheter**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Hier ist die Durchführung eines intraarteriellen Blutdruckmonitorings gemeint.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 5 Punkte

NEIN = 0 Punkte

**5. Linksvorhof-Katheter / Pulmonalis-Katheter**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Hier sind die folgenden invasiven, hämodynamischen Monitoringmaßnahmen gemeint: z.B. linksatrialer Katheter, pulmonalarterieller Katheter, COLD, PICCO.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 8 Punkte

NEIN = 0 Punkte

**6. Hämofiltration/Dialyse**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Hier sind alle Nierenersatzverfahren gemeint: z.B. Dialysen, CVVH, CVVHD usw.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 3 Punkte

NEIN = 0 Punkte

**7. Intrakranielle Druckmessung**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Selbsterklärend*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 4 Punkte

NEIN = 0 Punkte

**8. Metabolische Azidose/Alkalose**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Hier ist die Therapie der metabolischen pH-Wert-Abweichungen gemeint.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 4 Punkte

NEIN = 0 Punkte

**9. Spezielle Interventionen auf der ITS (z.B. Tracheotomie, Kardioversion)**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*z.B. Intubation, Tracheotomie, Anlage einer ECMO/ECLS, Endo/Bronchoskopie, Pleuradrainage, andere Drainage-Anlagen, Notfall-Operation, Abdominallavage, Bauchlagerung bei ARDS.*

*Routineinterventionen wie z.B. zentraler Venenkatheter oder andere Katheteranlagen, Sonographien, Röntgenuntersuchungen werden dabei nicht berücksichtigt.*

*Im Rahmen des monatlich stattfindenden Jour-fixe PDMS wurde die obige Liste in den Sitzungen vom 15.4 und 13.5.2020 um die nachstehend genannten Beispiele erweitert: Anaconda® (Durchführung), Aszitesdrainage (Anlage), Bauchlagerung bei ARDS (ICD J80.0\*) (Durchführung), Bispektralindex (BIS) (Messung), Blasenspülung (Durchführung), Bronchoskopie (Durchführung), Bronchusblocker (Anlage), Cardiohelp® (siehe ECMO), CPR (Durchführung), Defibrillation (Durchführung), Doppellumen-TK (Anlage), ECMO/ECLS (Korrektur am 25.11.2020: Durchführung; Entscheidung des Schlichtungsausschusses nach §19 KHG vom 25.11.2020: Anlage), EEG (Durchführung), Elektrische Impedanztomographie (EIT) (Durchführung), Endoskopie (Durchführung), IABP (Durchführung), Impella® (Durchführung), Intraabdomineller Druck (IAP) (Messung), Intubation/Umintubation/Extubation (Durchführung), Isolation/Umkehrisolation (Durchführung;*

*Stellungnahme des DIMDI vom 7.6.19 beachten: „Die Isolierung bei MRE oder sonstigen isolationspflichtigen Erregern kann nur dann bei den Aufwandspunkten für den Kode 8-980 angerechnet werden, wenn die Codes 8-987 und 8-98g für die Isolierung nicht angegeben wurden.“), Kardioversion (Durchführung), Linton-Nachlas-Sonde (Anlage), Lumbalpunktion (Durchführung), LVAD (Durchführung), Magenspülung (Durchführung), Nasentamponade bei Epistaxis (Anlage), NIRS (Durchführung), NO-Inhalation (Durchführung), Operation auf ICU, z.B. Abdominallavage, Noteingriff (Durchführung), Pleuradrainage (Anlage), Punktionstracheotomie (Durchführung), Rotaflo® (Durchführung), Schrittmacherabfrage (Durchführung), Sengstaken-Blakemore-Sonde (Anlage), Surfactant-Gabe (Durchführung), TEE (Durchführung), Thermoerapie (z.B. Thermogard®) (Durchführung), Trachealkanüle (Dekanülierung), VAC-Therapie (Durchführung), Ventrikeldrainage (Anlage), Verbandwechsel (aufwändig/chirurgisch) (Durchführung)*

Entscheidung des Schlichtungsausschusses nach §19 KHG vom 25.11.2020:

*Entscheidung KDE 558 (KDE 558 ECMO\_ECLS, Intervention, spezielle): „Die Extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) / Extracorporal Life Support System (ECLS) gehören zu den speziellen Interventionen auf der Intensivstation. Im Rahmen einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung ist nur die Anlage der ECMO/ECLS bei der Ermittlung der diesbezüglichen Aufwandspunkte für den TISS zu berücksichtigen.“*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 5 Punkte  
NEIN = 0 Punkte

**10. Aktionen außerhalb der Station (Diagnostik/Operation)**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Hier sind Operationen, diagnostische Maßnahmen (z.B. CT, MRT, Herzkatheter usw.), Patiententransporte u.ä. gemeint.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

JA = 5 Punkte  
NEIN = 0 Punkte

**11. Alter**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Das Alter in Jahren am Tag der Scoreberechnung wird täglich fortgeschrieben.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

> 80 = 18 Punkte  
75-79 = 16 Punkte  
70-74 = 15 Punkte  
60-69 = 12 Punkte  
40-59 = 7 Punkte  
< 40 = 0 Punkte

**12. Herzfrequenz [1/min]**

(In Dräger-ICM®: Eingabe minimale Herzfrequenz, Wertung in Kombination mit Position 19.)

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist der Puls des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls zu verwenden, der die höchste Punktzahl für die Scoreberechnung ergibt.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

< 40	= 11 Punkte
40-69	= 2 Punkte
70-119	= 0 Punkte
120-159	= 4 Punkte
≥160	= 7 Punkte

**13. Systolischer Blutdruck [mmHg]**

(In Dräger-ICM®: Eingabe minimaler systolischer Blutdruck, Wertung in Kombination mit Position 20.)

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist der Blutdruckwert des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls zu verwenden, der die höchste Punktzahl für die Scoreberechnung ergibt.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

< 70	= 13 Punkte
70-99	= 5 Punkte
≥ 200	= 2 Punkte
100-199	= 0 Punkte

**14. Leukozyten [10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>]**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Bei mehrmaliger Bestimmung ist der Wert des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls zu verwenden, der die höchste Punktzahl ergibt (höchster oder niedrigster Leukozyten-Wert). Wurde ein Laborwert nicht bestimmt, gilt dieser als Normalwert und wird mit 0 Punkten bewertet.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

(Adaptiert an UKB-Laborbericht [Haematologie]: Umrechnung G/l in mm<sup>3</sup>: 1:1)

< 1	= 12 Punkte
≥ 20	= 3 Punkte
1 - <20	= 0 Punkte

**15. Natrium im Serum [mmol/l]**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist der Wert des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls zu verwenden, der die höchste Punktzahl ergibt (höchster oder niedrigster Natrium-Wert). Wurde ein Laborwert nicht bestimmt, gilt dieser als Normalwert und wird mit 0 Punkten bewertet.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

(UKB-Laborbericht [Klinische Chemie]: mmol/l)

< 125	= 5 Punkte
≥ 145	= 1 Punkte
125 - <145	= 0 Punkte

**16. Ausfuhr Urin [l/d]**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist die Urinmenge anzugeben, die in 24 Stunden gesammelt wurde.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

< 0,5	= 11 Punkte
0,5 - 1,0	= 4 Punkte
≥ 1,0	= 0 Punkte

**17. Bicarbonat im Serum [mmol/l]**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist der niedrigste Wert des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls für die Scoreberechnung zu verwenden. Wurde ein Laborwert nicht bestimmt, gilt dieser als Normalwert und wird mit 0 Punkten bewertet.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

(UKB-Laborbericht [BGA-POCT]: mmol/l)

< 15	= 6 Punkte
15 - 20	= 3 Punkte
≥ 20,0	= 0 Punkte

**18. Körperkerntemperatur [°C]**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist die höchste Temperatur des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls für die Scoreberechnung zu verwenden.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

≥ 39	= 3 Punkte
< 39	= 0 Punkte

**19. Herzfrequenz [1/min]**

(In Dräger-ICM®: Eingabe maximale Herzfrequenz, Wertung in Kombination mit Position 12.)

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist der Puls des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls zu verwenden, der die höchste Punktzahl für die Scoreberechnung ergibt.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

< 40	= 11 Punkte
40-69	= 2 Punkte
70-119	= 0 Punkte
120-159	= 4 Punkte
≥ 160	= 7 Punkte

**20. Systolischer Blutdruck [mmHg]**

(In Dräger-ICM®: Eingabe maximaler systolischer Blutdruck, Wertung in Kombination mit Position 13.)

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist der Blutdruckwert des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls zu verwenden, der die höchste Punktzahl für die Scoreberechnung ergibt.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

< 70	= 13 Punkte
70-99	= 5 Punkte
≥ 200	= 2 Punkte
100-199	= 0 Punkte

**21. PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> [mmHg] - \*Erhebung nur im Falle einer maschinellen Beatmung**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Die Werte sind nur zur Berechnung heranzuziehen, wenn der Patient entsprechend den Kodierrichtlinien beatmet ist. Der PaO<sub>2</sub> wird arteriell oder kapillär bestimmt und nicht anhand der Pulsoxymetrie kalkuliert. Die FiO<sub>2</sub> ist dem Beatmungsgerät zu entnehmen.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

(UKB-Laborbericht [BGA-POCT]: mmHg%)

< 1 (< 100)	= 11 Punkte
1-<2 (100-<200)	= 9 Punkte
≥ 2 (≥ 200)	= 6 Punkte

**22. Kalium im Serum [mmol/l]**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist der Wert des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls zu verwenden, der die höchste Punktzahl ergibt (höchster oder niedrigster Kalium-Wert). Wurde ein Laborwert nicht bestimmt, gilt dieser als Normalwert und wird mit 0 Punkten bewertet.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

(UKB-Laborbericht [Klinische Chemie]: mmol/l)

$\geq 5,0 / < 3,0$  = 3 Punkte

$3,0 - < 5,0$  = 0 Punkte

**23. Harnstoff im Serum [g/l]**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist der höchste Wert des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls für die Scoreberechnung zu verwenden. Wurde ein Laborwert nicht bestimmt, gilt dieser als Normalwert und wird mit 0 Punkten bewertet.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

(UKB-Laborbericht [Klinische Chemie]: mg/dl [<https://www.einheiten-umrechnen.de/einheiten-rechner.php?typ=dichte>])

$\geq 180$  ( $\geq 1,8$ ) = 10 Punkte

$60 - < 180$  ( $0,6 - < 1,8$ ) = 6 Punkte

$< 60$  ( $< 0,6$ ) = 0 Punkte

**24. Bilirubin im Serum [ $\mu\text{mol/l}$ ]**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Es ist der höchste Wert des zu dokumentierenden 24-Stundenintervalls für die Scoreberechnung zu verwenden. Wurde ein Laborwert nicht bestimmt, gilt dieser als Normalwert und wird mit 0 Punkten bewertet.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

(UKB-Laborbericht [Klinische Chemie]: mg/dl [Umrechnung: [http://www.labor-limbach.de/Einheiten-Umrechner.einheiten\\_umrechner.0.html](http://www.labor-limbach.de/Einheiten-Umrechner.einheiten_umrechner.0.html)])

$\geq 6,002$  ( $\geq 102,6$ ) = 9 Punkte

$4,001 - < 6,002$  ( $68,4 - < 102,6$ ) = 4 Punkte

$4,001$  ( $< 68,4$ ) = 0 Punkte

**25. Art der Aufnahme**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

*Eine geplante chirurgische Aufnahme liegt vor, wenn der Operationstermin mindestens 24 Stunden vorher geplant war und eine postoperative Aufnahme auf der ITS geplant war. Eine ungeplante chirurgische Aufnahme liegt vor, wenn der Operationstermin erst in den letzten 24 Stunden geplant war oder postoperativ eine ungeplante Aufnahme auf Intensivstation erforderlich ist. Eine medizinische Aufnahme liegt vor, wenn keine Operation innerhalb einer Woche vor ITS-Aufnahme erfolgte oder die Aufnahme aus nichtoperativen Gründen (z.B. Herzinfarkt) erfolgt.*

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

Nicht geplant chirurgisch = 8 Punkte (Operationstermin erst in den letzten 24 Stunden geplant)

Medizinisch = 6 Punkte (Mindestens 1 Woche lang nicht operiert)

Geplant chirurgisch = 0 Punkte (Operationstermin mindestens 24 Stunden vorher geplant)

**26. Chronische Leiden**

Dokumentationshinweis des BfArM (Originaltext OPS Nr. 8009):

Wird täglich fortgeschrieben/Entsprechender ICD-10-GM Code (Version 2005) muss als Haupt- oder Nebendiagnose kodiert sein/Achtung! Bei den chronischen Leiden darf nur das mit der höchsten Punktzahl berechnet werden.

Entscheidung des Schlichtungsausschusses nach §19 KHG vom 29.7.2020:

Entscheidung KDE 545: „Sind Metastasen gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien entweder als Haupt- oder als Nebendiagnose zu kodieren, sind sie für die Ermittlung der SAPS-Punkte bei der Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung unter der Kategorie „Chronische Leiden, metastasierende Neoplasie“ entsprechend den „Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung“ des BfArM zu berücksichtigen.“

(Gültigkeit: Die Entscheidung des Schlichtungsausschusses gilt für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.10.2020 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 19.08.2020 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.)

Bewertung gemäß OPS-Anhang:

AIDS = 17 Punkte (Wertung bei pos. HIV-Test und entsprech. klin. Komplikationen)  
 Hämatologische Neoplasie = 10 Punkte (Selbsterklärend)  
 Neoplasie mit Metastase = 9 Punkte (Selbsterklärend)

Lfd. Nummer	Bezugs-kode(s)	Thema	Gültigkeit	Publikations-datum
OPS-8031	8-98f, 8-980	Kombination von intensivmedizinischer und aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung	Seit OPS 2013	19.12.2012

**Müssen für Patienten, die innerhalb eines Krankenhauses sowohl auf einer Intensivstation behandelt werden, die die Kriterien des neuen OPS-Kodes 8-98f erfüllt, als auch auf einer Intensivstation behandelt werden, die nur die Kriterien des bisherigen OPS-Kodes 8-980 erfüllt, beide Codes angegeben werden? (OPS Nr. 8031)**

seit OPS 2013

Beispiel:

Ein Patient wird 5 Tage auf einer Intensivstation, die die Kriterien des Kodes 8-98f erfüllt, intensivmedizinisch behandelt. Die Behandlung ergibt 800 Punkte. Danach wird der Patient auf eine Intensivstation, die nur die Kriterien des Kodes 8-980 erfüllt, verlegt und dort 7 Tage intensivmedizinisch weiterbehandelt. Diese Behandlung ergibt 600 Punkte. Wie wird kodiert?

Es müssen für diese Patienten ein Kode aus dem Bereich 8-980 für den Gesamtaufenthalt (Gesamtpunkte) auf beiden Intensivstationen und ein Kode für den Aufenthalt auf der Intensivstation (nur die Punkte auf dieser Intensivstation), die die Kriterien des neuen OPS-Kodes 8-98f erfüllt, angegeben werden.

Für das Beispiel müssten die Kodes 8-980.31 (1400 Punkte) und 8-98f.20 (800 Punkte) angegeben werden.

Wenn ein Patient nur auf einer Intensivstation behandelt wird, die die Kriterien des bisherigen OPS-Kodes 8-980 erfüllt, ist nur ein Kode aus dem Bereich 8-980 anzugeben.

Wenn ein Patient nur auf einer Intensivstation behandelt wird, die die Kriterien des neuen OPS-Kodes 8-98f erfüllt, ist nur ein Kode aus dem Bereich 8-98f anzugeben.

Lfd. Nummer	Bezugs-kode(s)	Thema	Gültigkeit	Publikations-datum
OPS-8038	8-98f	Tägliche Verfügbarkeit von Leistungen der Physiotherapie	Seit OPS 2013	30.06.2016

**Was bedeutet das Mindestmerkmal "tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie" des Kodes 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung konkret? (OPS Nr. 8038)**

seit OPS 2013

"Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende)" bedeutet, dass bei bestehender Behandlungsnotwendigkeit Intensivpatienten auch am Wochenende von Physiotherapeuten behandelt werden.