

DRG-Kodierhilfe K04-2025a

Intensivmedizinische Komplexbehandlung nach OPS 8-980 / 8-98f

Leistungsbeschreibung mit Hinweisen zur Erfassung auf Grundlage des OPS 2025 und weiterer Vorgaben des „Bundesamtes für Arzneimittel und Medizinprodukte“ (BfArM) und des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK)

Veröffentlichung:
18.11.2024 (Σ 16 Seiten)

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

gültig für ab dem
01.01.2025
aufgenommene Patient*innen

OPS-Text zu 8-980:**Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)***(BfArM: Operationen und Prozedurenschlüssel 2025, Band 1: Systematisches Verzeichnis, Stand 18.10.2024)***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
- » Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft
- » 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

Mindestmerkmale:

- » Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung

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

8-980.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
8-980.1	185 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.10	185 bis 368 Aufwandspunkte
8-980.11	369 bis 552 Aufwandspunkte
8-980.2	553 bis 1104 Aufwandspunkte
8-980.20	553 bis 828 Aufwandspunkte
8-980.21	829 bis 1104 Aufwandspunkte
8-980.3	1105 bis 1656 Aufwandspunkte
8-980.30	1105 bis 1380 Aufwandspunkte
8-980.31	1381 bis 1656 Aufwandspunkte
8-980.4	1657 bis 2208 Aufwandspunkte
8-980.40	1657 bis 1932 Aufwandspunkte
8-980.41	1933 bis 2208 Aufwandspunkte
8-980.5	2209 bis 2760 Aufwandspunkte
8-980.50	2209 bis 2484 Aufwandspunkte
8-980.51	2485 bis 2760 Aufwandspunkte
8-980.6	2761 bis 3680 Aufwandspunkte
8-980.60	2761 bis 3220 Aufwandspunkte
8-980.61	3221 bis 3680 Aufwandspunkte
8-980.7	3681 bis 4600 Aufwandspunkte
8-980.8	4601 bis 5520 Aufwandspunkte
8-980.9	5521 bis 7360 Aufwandspunkte
8-980.a	7361 bis 9200 Aufwandspunkte
8-980.b	9201 bis 11040 Aufwandspunkte
8-980.c	11041 bis 13800 Aufwandspunkte
8-980.d	13801 bis 16560 Aufwandspunkte
8-980.e	16561 bis 19320 Aufwandspunkte
8-980.f	19321 oder mehr Aufwandspunkte

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

(BfArM: Operationen und Prozedurenschlüssel 2025, Band 1: Systematisches Verzeichnis, Stand 18.10.2024)

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
- » Ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) muss werktags 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

8-98f.0	1 bis 184 Aufwandspunkte
<i>8-98f.1</i>	<i>185 bis 552 Aufwandspunkte</i>
8-98f.10	185 bis 368 Aufwandspunkte
8-98f.11	369 bis 552 Aufwandspunkte
<i>8-98f.2</i>	<i>553 bis 1104 Aufwandspunkte</i>
8-98f.20	553 bis 828 Aufwandspunkte
8-98f.21	829 bis 1104 Aufwandspunkte
<i>8-98f.3</i>	<i>1105 bis 1656 Aufwandspunkte</i>
8-98f.30	1105 bis 1380 Aufwandspunkte
8-98f.31	1381 bis 1656 Aufwandspunkte
<i>8-98f.4</i>	<i>1657 bis 2208 Aufwandspunkte</i>
8-98f.40	1657 bis 1932 Aufwandspunkte
8-98f.41	1933 bis 2208 Aufwandspunkte
<i>8-98f.5</i>	<i>2209 bis 2760 Aufwandspunkte</i>
8-98f.50	2209 bis 2484 Aufwandspunkte
8-98f.51	2485 bis 2760 Aufwandspunkte
<i>8-98f.6</i>	<i>2761 bis 3680 Aufwandspunkte</i>
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

Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen

(BfArM: Operationen und Prozedurenschlüssel 2025, Band 1: Systematisches Verzeichnis, Stand 18.10.2024)

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	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 ₂ /FiO ₂ * [mmHg]							≥200		100-200		<100		
Ausfuhr Urin [l/d]	≥1,0				0,5-1,0						<0,5		
Hamstoff** [g/l]	<0,6						0,6-1,8			≥1,8			
Leukozyten [10 ⁹ /mm ³]	1,0-20			≥20								<1,0	
Kalium*** [mmol/l]	3,0-5,0			≥5,0 <3,0									
Natrium*** [mmol/l]	125-145	≥145				<125							
Bicarbonat*** [mmol/l]	≥20			15-20			<15						
Bilirubin** [μmol/l]	<68,4				68,4-102,6				≥102,6				

*Erhebung nur im Falle der maschinellen Beatmung

**im Serum oder Plasma

***im Serum, Plasma oder Vollblut

Variablen	Punkte					
	0	6	8	9	10	17
Chronische Leiden				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.						

Variablen		Punkte					
		0	6	8	9	10	17
Aufnahmestatus**		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						

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 (Therapeutic Intervention Scoring System) 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.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/Kodierfragen/OPS/_node.html, Zugriff 18.11.2024)

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

Wie berechnet und dokumentiert man die Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung (SAPS, TISS)? (OPS Nr. 8009)
 seit OPS Version 2005 (am 24.11.2022 für die OPS-Version 2023 durch das BfArM korrigiert)
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 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)

PDF: Dokumentationsvorgaben zur Erfassung der Intensivmedizinischen Komplexbehandlung

(https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/Kodierfragen/ops-saps-2023-8009.pdf;jsessionid=115E2D8A8BA58F39EEE622E6F9E67276.internet281?__blob=publicationFile)

PDF: Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung

(https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Kodiersysteme/Kodierfragen/ops-anleitung-intensivmedizin-2023-8009.pdf;jsessionid=115E2D8A8BA58F39EEE622E6F9E67276.internet281?__blob=publicationFile)

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	Ä	i	T	ICD/OPS	SAPS/TISS
				Scores sonstige	Scores Kurzlieger
				Episodenabschluss	
				ACHTUNG Score-Erhebung bis zu dem oben genannten Datum	
Intensivmedizinische Komplexbehandlung			SAPS II		Art der Aufnahme
TISS-10			11		Alter
1	Apparative Beatmung		12		25
2	Infusion multipler Katecholamine		13		Chronische Leiden
3	Flüssigkeitsersatz in hohen Mengen > 5L/24 Std.		14		26
4	Peripherer arterieller Katheter		15		minimaler Systolischer Blutdruck
5	Pulmonalis / Linksvorhofkatheter		16		Leukozytenzahl
6	Hämofiltration / Dialyse		17		Serumnatrium
7	Intrakranielle Druckmessung		18		Urinmenge [l/d]
8	Behandlung einer metabolischen Azidose/Alkalose		19		Serumbicarbonat
9	Spezielle Interventionen auf der ICU		20		Körperkerntemperatur
Nur bei manueller Eingabe Ja "spez. Intervention" hier benennen			21		HF max
10	Aktionen außerhalb der Station (Diagnostik / OP)		22		maximaler Systolischer Blutdruck
Tagespunkte: <input type="text"/>			23		paO2/FIO2
	TISS - 10	SAPS II	24		Serumkalium
	<input type="text"/>	<input type="text"/>			Serumharnstoff
					Serumbilirubin
					Fehlende SAPS/TISS-Scores:
					Übersicht

(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.

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.“

Automatische Triggerung der Bepunktung durch Auswahl von Leistungen in Dräger-ICM®:

Im Rahmen des „Jour-fixe-PDMS-MedCo“ vom 29.9.2021 wurden gemäß Besprechungsprotokoll für die hausinterne Programmierung der automatisierten Bepunktung in Dräger-ICM® folgende Leistungen konsentiert: Aszitesdrainage (Anlage) / Bronchoskopie (Durchführung) / CPR (Durchführung) / Defibrillation (Durchführung) / EEG (Durchführung) / Elektrische Impedanztomographie (EIT) (Durchführung) / Endoskopie (Durchführung) / IABP (Anlage) / Impella® (Anlage) / Intraabdomineller Druck (IAP) (Messung) / Intubation, Umintubation, Extubation (Durchführung) / Isolation / Umkehrisolation (Durchführung) / Kardioversion (Durchführung) / Lumbalpunktion (Durchführung) / LVAD (Anlage) / NIRS (Durchführung) / NO-Inhalation (Durchführung) / Operation auf ICU, z.B. Abdominallavage, Noteingriff / Pleuradrainage (Anlage) / Punktionstracheotomie (Durchführung) / Schrittmacherabfrage (Durchführung) / Surfactant-Gabe (Durchführung) / TEE (Durchführung) / Thermoerapie (z.B. Thermogard®) (Durchführung) / Trachealkanüle (Dekantülierung, TK abgeklebt) / VAC Anlage/Wechsel / Ventrikeldrainage (Anlage) / Verbandwechsel (aufwändig/chirurgisch) (Durchführung) / Maßnahme Anlage ECMO / Maßnahme Anlage Linton Nachlas Sonde / Maßnahme Anlage Sengstaken Blakemore Sonde / Maßnahme Anlage Ventrikeldrainage / Maßnahme Anlage neuer ECMO-Filter / Maßnahme ECMO Kanüle ex – Druckverband / Maßnahme Krampfanfall / Maßnahme Lindegaard-Index links (cm/Sekunde) / Maßnahme Lindegaard-Index rechts (cm/Sekunde) / Maßnahme Lumbalpunktion / Maßnahme MEP Messung / Maßnahme Magenspülung / Maßnahme NIRS / Maßnahme NIRS Bein links (Kanal 4) / Maßnahme NIRS Bein rechts (Kanal 3) / Maßnahme NIRS links / Maßnahme NIRS rechts / Maßnahme Nasentamponade bei Epistaxis / Maßnahme Schrittmacherabfrage / Maßnahme TEE / Maßnahme Tracheotomie / Maßnahme VAC-Anlage / Maßnahme VAC-Wechsel / Maßnahme VW Impella + Arzt / Maßnahme chirurgischer VW / Maßnahme ärztlicher Verbandswechsel

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 [10³/mm³]

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 mm³: 1:1)

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

15. Natrium im Serum, Plasma oder Vollblut [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, Plasma oder Vollblut [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. PaO₂/FiO₂ [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 PaO₂ wird arteriell oder kapillär bestimmt und nicht anhand der Pulsoxymetrie kalkuliert. Die FiO₂ 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, Plasma oder Vollblut [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)

≥5,0/<3,0 = 3 Punkte

3,0-<5,0 = 0 Punkte

23. Harnstoff im Serum oder Plasma [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>])

≥180 (≥1,8) = 10 Punkte

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

<60 (<0,6) = 0 Punkte

24. Bilirubin im Serum oder Plasma [µmol/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])

≥6,002 (≥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.

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:

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.“

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.“

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.