



Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Institutsträger: Deutsche Krankenhausgesellschaft • GKV-Spitzenverband • Verband der privaten Krankenversicherung

Geschäftsstelle des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG

In dem Schlichtungsverfahren vom

01.07.2026

hat der Schlichtungsausschuss nach § 19 KHG über den Antrag S20260001 „Klärung Kodierung und Abrechnung des OPS-8-98f.*“ des KRH Klinikums Region Hannover wie folgt entschieden:

Entscheidung S20260001 Klärung Kodierung und Abrechnung des OPS-8-98f.*:

Wird im Rahmen einer aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-98f) innerhalb der ersten 13 Tage der Behandlung auf der Intensivstation das Mindestmerkmal der täglichen Visite durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (die Behandlungsleitung oder ein anderer Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin) nicht dokumentiert, kann ein Kode aus 8-98f *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)* nicht kodiert werden.

Nach einer Aufenthaltsdauer von 13 Tagen auf der Intensivstation darf das Mindestmerkmal der täglichen Visite durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin maximal einmal alle angefangenen 28 Tage, gerechnet vom Beginn des Aufenthaltes auf der Intensivstation, nicht dokumentiert sein. Zusätzlich darf zu keinem Zeitpunkt an zwei aufeinanderfolgenden Tagen dieses Mindestmerkmal nicht dokumentiert worden sein. Die Behandlungstage auf der Intensivstation, an welchen keine Visite durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin dokumentiert wurde, dürfen in diesem Fall nicht für die Zählung der Aufwandspunkte herangezogen werden. Wird diese Regelung nicht eingehalten, ist der Codebereich 8-98f *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)* für die gesamte Verweildauer auf der Intensivstation nicht anwendbar.

Begründung:

Mit der vorliegenden Entscheidung wurde durch den Schlichtungsausschuss definiert, in welchen Fallkonstellationen die fehlende Dokumentation des Mindestmerkmals der täglichen Visite durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (...) dazu führt, dass eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (OPS 8-98f) für die gesamte Verweildauer auf der Intensivstation nicht angegeben werden kann. Dem Schlichtungsausschuss war dabei die Einhaltung dieses Mindestmerkmals und somit die Abgrenzung der Kodierung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-98f) zur Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-980) sehr wichtig.

Es ist in Einzelfällen möglich, dass an einzelnen Tagen aufgrund besonderer Umstände die tägliche Visite von einem Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (...) nicht durchgeführt werden konnte oder nicht dokumentiert wurde. Das komplette Wegfallen der Kodierung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung (OPS 8-98f) für die gesamte Aufenthaltsdauer auf der Intensivstation erschien für einen solchen Ausnahmefall nicht verhältnismäßig.

Daher wurde die Regelung, in welchen Konstellationen die fehlende Dokumentation des Mindestmerkmals der täglichen Visite durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (...) nicht zum Wegfallen der Anwendbarkeit des Kodes (OPS 8-98f) führt, sehr eng gefasst und auf Ausnahmefälle begrenzt.

Da zu Beginn einer intensivmedizinischen Behandlung die enge Betreuung mit fachärztlicher Expertise essenziell erschien, wurde ein Zeitraum von 13 Kalendertagen, gemessen ab dem Aufnahmetag auf die Intensivstation (bei mehreren Intensivaufenthalten gemessen ab dem ersten Aufenthalt auf der Intensivstation), festgelegt, an denen eine tägliche Visite durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (...) durchgehend dokumentiert sein muss. Der Begriff der Dokumentation bezieht sich auf den überprüfbaren Nachweis in der Krankenakte.

Ab dem 14. Kalendertag darf in jedem Intervall von 28 angefangenen Kalendertagen, gemessen ab dem Aufnahmetag auf die Intensivstation (bei mehreren Intensivaufenthalten gemessen ab dem ersten Aufenthalt auf der Intensivstation), an jeweils einem Tag die Dokumentation der täglichen Visite durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (...) fehlen, ohne dass die Anwendbarkeit eines Kodes aus 8-98f *Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)* wegfällt. Wichtig ist hierbei, dass dieses nicht an zwei aufeinanderfolgenden Tagen (z.B. 28. und 29. Kalendertag ab Aufnahme) erfolgen darf, um zu vermeiden, dass an einem Wochenende keine Visite erfolgt.

Die fehlende Dokumentation der Visite durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin (...) führt aber innerhalb des oben festgelegten Rahmens immer dazu, dass für diesen Tag keine Aufwandspunkte für die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung gezählt werden können.

Gültigkeit:

Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses gelten für die zugelassenen Krankenhäuser, die Krankenkassen und die Medizinischen Dienste für die Erstellung oder Prüfung von Krankenhausabrechnungen für Patientinnen und Patienten, die ab dem 01.09.2026 in das Krankenhaus aufgenommen werden und für die Krankenhausabrechnungen, die am 29.07.2026 bereits Gegenstand einer Prüfung durch den Medizinischen Dienst nach § 275 Absatz 1 Nummer 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch sind.

Vorsorglich weisen wir darauf hin, dass eine Klage gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses nach § 19 Abs. 7 S. 3 KHG keine aufschiebende Wirkung hat und ein Vorverfahren gemäß § 19 Abs. 7 S. 2 KHG nicht stattfindet.



Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diese Entscheidung des Schlichtungsausschusses kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Klage beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Försterweg 2 - 6, 14482 Potsdam, schriftlich oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle erhoben werden.

Siegburg, 29.07.2026

Dr. Franz Metzger
Vorsitzender des Schlichtungsausschusses nach § 19 KHG