



## 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](mailto: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](mailto: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](http://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](http://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](http://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 *	GKV-Spitzenverband
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	<a href="https://www.gkv-spitzenverband.de/">https://www.gkv-spitzenverband.de/</a>
Anrede (inkl. Titel) *	Dr.med.
Name *	Bentlage
Vorname *	Claas
Straße *	Rheinhardstr.28
PLZ *	10117
Ort *	Berlin
E-Mail *	<a href="mailto:claas.bentlage@gkv-spitzenverband.de">claas.bentlage@gkv-spitzenverband.de</a>
Telefon *	030 2062882216

### Einräumung der Nutzungsrechte



\* Ich als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag versichere, dass ich berechtigt bin, dem BfArM die nachfolgend beschriebenen Nutzungsrechte an dem Vorschlag einzuräumen. Mit Einsendung des Vorschlags wird die folgende Erklärung akzeptiert:

„Gegenstand der Nutzungsrechteübertragung ist das Recht zur Bearbeitung und Veröffentlichung des Vorschlags im Rahmen der Weiterentwicklung des OPS komplett oder in Teilen und damit Zugänglichmachung einer breiten Öffentlichkeit. Dies schließt sprachliche und inhaltliche Veränderungen ein. Dem BfArM werden jeweils gesonderte, räumlich unbeschränkte und nicht ausschließliche Nutzungsrechte an dem Vorschlag für die Dauer der gesetzlichen Schutzfristen eingeräumt. Die Einräumung der Nutzungsrechte erfolgt unentgeltlich.“

### Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten



\* Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag einschließlich meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten zum Zweck der Vorschlagsbearbeitung verarbeitet und ggf. an Dritte übermittelt wird, die an der Bearbeitung des Vorschlags beteiligt sind (z. B. Vertretende der Selbstverwaltung und der Fachverbände sowie der Organisationen oder Institutionen, die durch gesetzliche Regelungen mit der Qualitätssicherung im ambulanten und stationären Bereich beauftragt sind, Mitglieder der Arbeitsgruppe ICD und der Arbeitsgruppe OPS sowie ggf. weitere Expertinnen und Experten). Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt.



Ich willige als Verantwortliche oder Verantwortlicher für diesen Vorschlag darin ein, dass der Vorschlag **einschließlich** meiner unter Punkt 1 genannten personenbezogenen Daten auf den Internetseiten des BfArM veröffentlicht wird. Ich kann meine Einwilligung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitungen nicht berührt. Der Widerruf kann über das Funktionspostfach [klassi@bfarm.de](mailto: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 *	
Offizielles Kürzel der Organisation (sofern vorhanden)	
Internetadresse der Organisation (sofern vorhanden)	
Anrede (inkl. Titel) *	
Name *	
Vorname *	
Straße *	
PLZ *	
Ort *	
E-Mail *	
Telefon *	

### 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

Dreiteilung der Kodes für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung Version 2026 LG

### 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

--

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

#### CE-Zertifizierung

--



## OPS 2026

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

### Zweckbestimmung

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

- 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

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

Der Vorschlag stellt die intensivmedizinische Komplexbehandlung in drei Einzelkodes neu auf ohne die bisherige Bemessung des Schweregrades an SAPSII/TISS zu ändern. Ziel ist eine Dreiteilung an Hand der Aufwände für Vorhaltung insbesondere ärztlicher Vorhaltung um eine gerechte Verteilung der Vorhaltefinanzierung zu ermöglichen.

8-980 Intensivmedizinische Basisbehandlung

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

Hinw.:

Strukturmerkmale:

- o Leitung der Organisationseinheit durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin



## OPS 2026

### Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

- o 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
- o Vorhandensein von mindestens 6 Intensivbetten mit der Möglichkeit invasiver Beatmung am Standort.
- o Ein Arzt mit einer intensivmedizinischen Weiterbildungszeit (im Rahmen der Facharztweiterbildung) von mindestens 6 Monaten muss 24/7 im Krankenhaus präsent und innerhalb von 20 Minuten nach Ruf auf der Intensivstation verfügbar sein.
- o Im Bereitschaftsdienst muss der diensthabende Facharzt über die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen und innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein oder über einen telemedizinischen Zugang zum Krankenhausinformationssystem und zum Patientendatenmanagementsystem jederzeit verfügen und im Bedarfsfall innerhalb von 60 Minuten am Patienten verfügbar sein.
- o Das Krankenhaus verfügt über ein Patientendatenmanagementsystem(PDMS) (Übergangszeitraum 2029)
- o Vorhandensein am Standort von entweder:
  - einer Fachabteilung für Chirurgie und Innere Medizin am Standort oder
  - einer Basisnotfallstufe (gemäß Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V) oder
  - Modul Schlaganfallversorgung (gemäß GBA Regelung s.o.) oder über das
  - Modul Durchblutungsstörung am Herzen (gemäß GBA Regelung s.o.)
- o Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie am Standort.

#### Mindestmerkmale:

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 Komplexe intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

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

Hinw.:

#### Strukturmerkmale:

- o Leitung der Organisationseinheit (Vollzeitäquivalent) durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin sowie Vertretung durch einen weiteren Facharzt (Vollzeitäquivalent) mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.
- o Vorhandensein von mindestens 20 Intensivbetten mit der Möglichkeit invasiver Beatmung am Standort.
- o Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhausstandortes (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden
- o Ein Arzt mit einer intensivmedizinischen Weiterbildungszeit (im Rahmen der Facharztweiterbildung) von mindestens 6 Monaten muss 24/7 am Standort präsent und innerhalb von 20 Minuten nach Ruf auf der Intensivstation verfügbar sein.



## OPS 2026

### Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

- o ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin muss der in der Kernarbeitszeit d.h in der Zeit zwischen 6-22) mindestens sieben Stunden in auf der Intensivstation präsent sein muss.
- o Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ muss täglich mindestens eine Visite durch-führen.
- o Im Bereitschaftsdienst muss der diensthabende Facharzt über die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen und innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein oder über einen telemedizinischen Zugang zum Krankenhausinformationssystem und zum Patientendatenmanagementsystem jederzeit verfügen und im Bedarfsfall innerhalb von 60 Minuten am Patienten verfügbar sein.
- o Das Krankenhaus verfügt über ein Patientendatenmanagementsystem(PDMS) (Übergangszeitraum bis 2027)
- o fachärztliche Präsenz mit Zusatzweiterbildung Intensivmedizin in der Kernarbeitszeit auf der Intensiv-station (mindestens 12 h in der Zeit zwischen 6-22).
- o Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie am Standort.

#### am Standort:

- Vorhandensein der folgenden Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesiologie sowie zusätzlich  $\geq 2$  der folgenden Fachabteilungen am Standort: Neurochirurgie, Orthopä-die/Unfallchirurgie, Neu-rologie, Innere Medizin + Kardiologie, Innere Medizin + Gastroenterologie, Gynäkologie und  $\geq 2$  der fol-genden Fachabteilungen: Innere Medizin + Pneumologie Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Urologie, HNO, Augenheilkunde, MKG, In-nere Medizin + Hämatologie/Onkologie oder
- Erweiterte Notfallversorgung (gemäß Regelungen zu einem gestuften System von Notfall-strukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V) oder
- Modul Schwerverletztenversorgung (gemäß Notfallstufenregelung)

#### Mindestmerkmale:

Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glas-gow 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 verwen-denden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabe-standteilen, Plasmapherese und Immunadsorp-tion, Anlage und Betrieb einer ECMO/ECLS,

#### 8-98k Hochkomplexe intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)

Exkl.: Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (< 24 Stunden) Intensivbehandlung Kurzfristige (< 24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Ein-griffen

#### Hinw.:

#### Strukturmerkmale:

- o Leitung der Organisationseinheit (Vollzeitäquivalent) durch einen Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin sowie zwei weitere Fachärzte (Vollzeitäquivalent) mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin.
- o Vorhandensein von mindestens 50 Intensivbetten mit der Möglichkeit invasiver Beatmung am Standort
- o Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der In-tensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden.
- o Ein Arzt mit einer intensivmedizinischen Weiterbildungszeit (im Rahmen der Facharztweiterbildung) von mindestens 6 Monaten muss 24/7 im Krankenhaus präsent und innerhalb von 20 Minuten nach Ruf auf der Intensivstation verfügbar sein.



## OPS 2026

### Inhaltliche Beschreibung des Vorschlags

- o Für je 12 Patienten ist ein Arzt am Standort verfügbar. Davon muss in der Kernarbeitszeit (Zeit zwischen 6-22) ein Facharzt mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ täglich mindestens 12 h auf der Intensivstation präsent sein
- o Ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ muss täglich mindestens eine Visite durchführen.
- o Im Bereitschaftsdienst muss der diensthabende Facharzt über die Zusatzweiterbildung Intensivmedizin verfügen und innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein oder über einen telemedizinischen Zugang zum Krankenhausinformationssystem und zum Patientendatenmanagementsystem jederzeit verfügen und im Bedarfsfall innerhalb von 60 Minuten am Patienten verfügbar sein.
- Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie am Standort
- o Das Krankenhaus verfügt über ein Patientendatenmanagementsystem (PDMS) (Übergangszeitraum bis 2026)
  
- o am Standort: Vorhandensein der folgenden Fachabteilungen: Chirurgie, Innere Medizin, Anästhesiologie sowie zusätzlich  $\geq 5$  der folgenden Fachabteilungen am Standort: Neurochirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Neurologie, Innere Medizin + Kardiologie, Innere Medizin + Gastroenterologie, Gynäkologie und  $\geq 2$  der folgenden Fachabteilungen am Standort: Innere Medizin + Pneumologie, Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Urologie, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, MKG-Chirurgie, Innere Medizin + Hämatologie/Onkologie oder
- Umfassende Notfallversorgung (gemäß Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V)

Mindestmerkmale: 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. Problembeschreibung und weitere Angaben

### a. Problembeschreibung (Begründung) \*

#### Problembeschreibung

Das KHVVG (veröffentlicht am 11.12.2024) sieht in Anlage 1 zu § 135e eine Unterteilung der LG Intensivmedizin (64) in drei Unterleistungsgruppen vor nämlich: Intensivmedizin, komplexe Intensivmedizin und hochkomplexe Intensivmedizin.

Eine ganz ähnliche Struktur findet sich in der davor veröffentlichten Empfehlung zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen 2022 der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI).

Das KHVVG, die Regierungskommission und auch die DIVI orientieren sich hier stark an den Stufen in den Regelungen zu einem gestuften System von Notfallstrukturen in Krankenhäusern gemäß § 136c Absatz 4 SGB V vom 01.11.2020 ab.

In diesem Jahr stellt sich die Herausforderung eine nahtlose Eingruppierung der jeweiligen Intensivstation in die entsprechenden Leistungsgruppen zu ermöglichen und die Ansteuerung durch den Grouper zu ermöglichen, was derzeit nicht möglich ist. Der hier vorgelegte Entwurf ermöglicht eine Einordnung der intensivmedizinischen Einheiten basierend auf ihren relevanten Vorhaltekosten insbesondere den ärztlichen Personalkosten. Es wurde in diese Fassung angestrebt die Strukturprüfung und die Leistungsgruppenprüfung so aufwandsarm wie möglich zu gestalten.





## OPS 2026

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

#### Relevanz Entgeltsysteme

Um eine Vorhaltevergütung insbesondere von ärztlichem Personal aufwandsgerecht zu ermöglichen ist eine Strukturierung, der aus Sicht der Fachgesellschaften erforderlichen personellen Strukturen anzustreben. Der Kode wurde gegenüber dem letzten Jahr weiterentwickelt um eine noch genauere Abbildung der personellen Erfordernisse zu ermöglichen.

### 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

<https://www.divi.de/joomlatoools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/221128-divi-strukturempfehlung-langversion-finalPV-04.pdf>

Riessen, R., Kumpf, O., Auer, P. et al. Funktionelle Anforderungen an Patientendatenmanagementsysteme in der Intensivmedizin. Med Klin Intensivmed Notfmed 119, 171–180 (2024).

<https://doi.org/10.1007/s00063-023-01097-6>

### e. Kosten (ggf. geschätzt) des Verfahrens \*

#### Kosten

Die Umstellung ist im Rahmen der Restrukturierung der Vergütung von Vorhaltekosten im Rahmen der Krankenhausreform zu sehen. Insgesamt fallen für die Fälle mit intensivmedizinischen Komplexbehandlungen Ausgaben von ca.14 Mrd € an

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

#### Kostenunterschiede



## OPS 2026

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

### Fallzahl

Der Kode 8-980 wurde im Jahr 2020 bei ca.200.000 Fällen kodiert. Der Kode 8-98f wurde im Jahr 2020 bei ca. 440.000 Fällen kodiert

**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

Die Dreiteilung erlaubt eine bessere Einschätzung der Leistungsfähigkeit und Multidisziplinarität für Studienzwecke

**9. Bisherige Kodierung des Verfahrens**

(Bitte nennen Sie, falls möglich, die Kodes, die aus klassifikatorischer Sicht unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen zurzeit für das Verfahren anzugeben sind)

### Bisherige Kodierung

8-980, 8-98f

**10. Sonstiges**

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

### Sonstiges

Folgenabschätzung: Bei alleiniger Abschätzung an Hand der Bettenzahlen auf der Intensivstation ist von folgender Verteilung auszugehen: Basisintensivmedizin 400 Standorte, erweiterte Intensivmedizin 600 Standort und umfassende Intensivmedizin 120 Standorte.