

Thalheimer/Meyer/Bekeredjian/Kreutz

Kodierleitfaden für die Intensivmedizin 2024

Markus Thalheimer/F. Joachim Meyer/
Raffi Bekeredjian/Claus-Peter Kreutz

Kodierleitfaden für die Intensivmedizin 2024

Praxisrelevante Erläuterungen der
spezifisch intensivmedizinischen Kodierung

von

Dr. Markus Thalheimer

Prof. Dr. F. Joachim Meyer

Prof. Dr. Raffi Bekeredjian

Dr. Claus-Peter Kreutz

17. Auflage 2024

Anschriften der Autoren:

Dr. med. Markus Thalheimer
Universitätsklinikum Heidelberg
Geschäftsbereich Erlösmanagement
Im Neuenheimer Feld 672
69120 Heidelberg
markus.thalheimer@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. F. Joachim Meyer
München Klinik GmbH
Lungenzentrum München (Bogenhausen-Harlaching)
Klinik für Pneumologie u. Pneumologische Onkologie, Klinikum Bogenhausen
Klinik für Pneumologie, Internistische Intensiv- und Beatmungsmedizin, Klinikum
Harlaching
Sanatoriumsplatz 2
81545 München
joachim.meyer@muenchen-klinik.de

Dr. Claus Peter Kreuz
Asklepios Fachkliniken München-Gauting
Klinik für Pneumologie
Robert-Koch-Allee 2
82131 Gauting
c.kreutz@asklepios.com

Prof. Dr. med. R. Bekeredjian
Abteilung Kardiologie und Angiologie
Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart
Auerbachstraße 110
70376 Stuttgart
raffi.bekeredjian@rbk.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-98800-040-8

© 2024 medhochzwei Verlag GmbH, Heidelberg
www.medhochzwei-verlag.de

Dieses Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Reemers Publishing Services GmbH, Krefeld
Umschlaggestaltung: kreativmedia KONZEPTION & DESIGN, Hückelhoven
Titelbild: Florian Augustin/Shutterstock.com

Vorwort zur 17. Auflage

Jedes Jahr ändert sich das DRG-System auf ein Neues, für 2024 gab es nach den großen Veränderungen der Vorjahre mit der Herausnahme der Pflegepersonalkosten aus der DRG-Vergütung aufgrund der Coronapandemie wie im Vorjahr nur wenige klassifikatorische Veränderungen. Im Vordergrund stand der gesetzgeberische Auftrag der Kalkulation der ersten Hybrid-DRGs, so dass relativ wenige klassifikatorische Anpassungen im Katalog erfolgten.

Für die Intensivmedizin gab es 2024 nach der längst überfälligen Reform der Beatmungsrichtlinie 1001 im Jahr 2020 eine wichtige Änderung. Die Kodierung der Sepsis wurde nun endgültig auf die neue Definition des Sepsis-3-Konsensus umgestellt. Dies erfolgte in der DKR 0103.

Seit 2021 stand die Weiterentwicklung der Weaningcodes im Vordergrund. Dabei wurde ein neuer Diagnosekode für die Beurteilung des Weaningpotentials geschaffen und der bestehende Kode 8-718 für das eigentliche Weaning weiter differenziert. Für das prolongierte Weaning besteht seit 2021 ein Zusatzentgelt, das bisher jedoch noch wenige Kliniken vereinbaren konnten. 2022 folgten überschaubare Veränderungen, vor allem in Form der neuen B-BEP-Abschlagsvereinbarung. 2023 wurden diese Codes erneut modifiziert, daneben auch die Abbildung von COVID-19-Patienten in der Intensivmedizin ausgebaut. Für 2024 blieben diese Bereiche im Wesentlichen unverändert.

Alle diese Änderungen werden im Leitfaden ausführlich erläutert, ebenso wie die Intensivkomplexcodes. Diese stehen seit Mitte 2021 im Fokus der MD-Strukturprüfungen, auch darauf geht der Leitfaden ein. Alle Neuerungen werden im Leitfaden ausführlich dargestellt. Die Erlösrelevanz der Intensivmedizin hat in den letzten Jahren noch einmal deutlich zugenommen. Inzwischen führen auch wenige Tage Intensivbehandlung in vielen „normalen“ operativen oder internistischen DRGs zu Mehrerlösen, auch die Behandlung von COVID-19-Fällen. Diesen wird daher ein eigenes Kapitel gewidmet.

Seit 2014 wurden die Intensivkomplexpunkte mit den Beatmungsstunden kombiniert, um eine der Beatmungs-DRGs anzusteuern. Dies führte zu einer Aufwertung der Punkte und einer relativen Abwertung der Beatmungsstunden. Das InEK hat in diese Richtung immer wieder Änderungen vorgenommen mit dem Ziel, die abschließliche Beatmungsdauer als Erlösfaktor weiter abzuwerten und in die Gesamtbehandlung einzubetten.

Erstmals hat der neue Bundesschlichtungsausschuss im Jahr 2020 Entscheidungen getroffen. Die für die Intensivmedizin relevanten Sprüche bis September 2023 werden im Leitfaden eingearbeitet.

Auch der G-BA hat sich Ende 2023 mit der Intensivmedizin beschäftigt und eine Richtlinie für intensivmedizinische Zentren verabschiedet. Diese muss nun umgesetzt werden. Dazu wird der Leitfaden in Zukunft ein eigenes Kapitel reservieren.

Sehr herzlich danken möchten wir erneut Lutz Frankenstein für die Überlassung des Infarktkapitels aus seinem Leitfaden „Kardiologie“, den wir zur Vertiefung der kardiologischen Kodierung sehr empfehlen. Ein ausdrücklicher Dank gilt Jannis Radeleff, der diesen Leitfaden begründet hat, inzwischen aber aufgrund beruflicher Neuorientierung die Weiterführung in unseren Händen belassen hat. Wir werden alles tun, uns dieser Verantwortung würdig zu erweisen. Für ihn ist seitdem als Autor und Spezialist für Beatmung Claus-Peter Kreutz im Team.

Nehmen Sie bei Fragen und Verbesserungsvorschlägen wie üblich Kontakt mit den Autoren auf: nur durch Ihr Feedback lebt dieser Kodierleitfaden und richtet sich an die praktischen Anwender im Krankenhaus. Ein Dank voran an alle Leser für Ihre Kommentare und Hinweise.

Heidelberg, Februar 2024
Die Autoren

Benutzungshinweise:

Verweise auf die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) Literatur, sowie die FoKA- oder MD-Empfehlungen sind jeweils in eckigen Klammern angegeben, z. B. [DKR 0902a].

Die Empfehlungen des Fachausschusses für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der DGfM (Stand Ende 2023) finden sie auf folgender Webseite: foka.medizincontroller.de.

Als Grundlage für die MD-Empfehlungen wurden die SEG4-Empfehlungen Stand Ende 2023 benutzt, welche unter www.medizinischerdienst.de einsehbar sind.

Die aktuellsten DKR finden sich immer auf den Webseiten der Selbstverwaltung: www.g-drg.de.

Ein Dank an dieser Stelle auch an alle Leser für ihre Kommentare und Hinweise. Scheuen Sie nicht die Kontaktaufnahme; Ihre Wünsche und Anmerkungen berücksichtigen wir gerne.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort zur 17. Auflage	5
1 Einleitung.....	13
1.1 Intensivstation	13
1.2 Intermediate Care Unit	18
1.3 Weaning Stationen.....	23
1.4 MD (Medizinischer Dienst).....	25
1.4.1 Strukturprüfungen Intensivmedizin	27
1.5 Intensivmedizinische Fallpauschalen	32
1.5.1 Hauptdiagnose	32
1.5.2 Nebendiagnosen	32
1.5.3 Beatmungszeit	34
1.5.4 „SAPS“-DRGs	35
1.5.5 Komplexpauschalen.....	36
1.5.6 Zusatzentgelte und NUBs.....	39
1.6 Literatur	40
2 Diagnosen	43
2.1 Infektionen.....	43
2.1.1 Allgemeine Bemerkungen.....	43
2.1.2 Kodierung von Keimbesiedlung ohne Infektion.....	44
2.1.3 Definition und Formen von Fieber	46
2.1.4 Fieber in der Aplasie	48
2.1.5 Sepsis	50
2.1.6 Sepsis als Hauptdiagnose	65
2.1.7 Zusatzcode für nosokomial erworbene Sepsis	66
2.1.8 Bakterielle und virale Infektionen (außer Atemwege).....	67
2.1.9 Bakterielle und virale Pneumonie, Atemwegserkrankungen.....	73
2.1.10 Pilzinfektionen.....	76
2.1.11 CMV-Infekte	81

2.1.12	Infektionen bei Zustand nach Transplantation.....	82
2.1.13	Erreger-Resistenzen.....	83
2.1.14	MRSA und MRE	88
2.1.15	Katheter- und PORT-Infektionen.....	93
2.1.16	Im Krankenhaus erworbene Pneumonie, nosokomiale Pneumonie	94
2.1.17	Kodierung von COVID-19-Fällen	95
2.1.18	Abbildung der COVID-Fälle im DRG-System...	97
2.1.19	Reserveantibiotika	100
2.2	Schockformen.....	101
2.2.1	Anaphylaktischer Schock.....	101
2.2.2	Hypovolämischer Schock	101
2.2.3	Kardialer und kardiogener Schock.....	102
2.2.4	Neurogener Schock	103
2.2.5	Septisch-toxischer Schock	103
2.2.6	Übersicht Kodierung: Schockarten.....	104
2.2.7	Literatur.....	105
2.3	Akuter Myokardinfarkt	106
2.3.1	Definition und Kodierung.....	106
2.3.2	Myokardinfarkt während eines Aufenthaltes	107
2.3.3	Komplikationen eines Myokardinfarktes	108
2.3.4	Lysetherapie	109
2.3.5	GP2b/3a-Antagonisten & Thrombin- Inhibitor	109
2.3.6	Postinfarkt-Angina.....	111
2.3.7	Postinfarkt-Syndrom	111
2.3.8	Rezidivierender Myokardinfarkt	112
2.3.9	Alter Myokardinfarkt.....	112
2.3.10	Ausschluss Myokardinfarkt.....	113
2.3.11	Beispielfälle akuter Myokardinfarkt	114
2.3.12	Isolierte Erhöhung der Nekrosemarker (Troponin).....	115
2.4	Lungenembolie	115
2.4.1	Kodierung der Lungenembolie allgemein ...	115
2.4.2	Lungenembolie bei tiefer Beinvenenthrombose.....	117

2.5	Vergiftungen	118
2.5.1	Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen.....	118
2.5.2	Prozeduren im Zusammenhang mit Vergiftungen und Überdosierungen.....	127
2.6	Blutung, Antikoagulation, Thrombose.....	127
2.6.1	Blutungen und Blutungsneigungen	127
2.6.2	Thrombose und Embolie	131
2.6.3	Thrombophilie und Antikoagulation	133
2.6.4	Weitere erworbene Gerinnungsstörungen...	136
2.6.5	Angeborene Gerinnungsstörungen.....	137
2.7	Meningitis	140
3	Prozeduren	143
3.1	Beatmung	143
3.1.1	Art der Beatmung.....	144
3.1.2	Methode der Beatmung	149
3.1.3	Beginn der Beatmung.....	157
3.1.4	Dauer der Beatmung.....	158
3.1.5	Ende der Beatmung.....	160
3.1.6	Feststellung des Weaningpotentials	162
3.1.7	Weaning.....	166
3.1.8	Komplikationen, Versorgung.....	177
3.1.9	Literatur.....	178
3.2	Reanimation.....	180
3.2.1	Herzstillstand [0903u].....	180
3.2.2	Kardioversion & Defibrillation	182
3.2.3	Temporärer externer Schrittmacher.....	182
3.2.4	Hypothermie	183
3.3	Lagerung	184
3.4	Ernährung & Stoma	185
3.5	Dialyseverfahren	187
3.5.1	Hämodialyse	187
3.5.2	Hämodiafiltration	190
3.5.3	Hämofiltration	192
3.5.4	Leberersatztherapie.....	193
3.6	Mechanische Kreislaufunterstützung	194
3.6.1	Intravaskuläre Unterstützungssysteme.....	194

3.6.2	Extrakorporale Pumpsysteme.....	197
3.6.3	Herzunterstützungssysteme („Kunstherz“) ..	199
3.6.4	OCS-Systeme	201
3.6.5	Literatur	202
3.7	Komplexbehandlungen.....	202
3.7.1	Liste der Komplexbehandlungen	208
3.7.2	Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur).....	210
3.7.3	Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur).....	225
3.7.4	Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)	230
3.7.5	Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei zerebrovaskulären Vasospasmen	234
3.7.6	Multimodale intensivmedizinische Überwachung und Behandlung bei neuromuskulären Erkrankungen	234
3.7.7	Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit nicht multiresistenten isolationspflichtigen Erregern	235
3.8	Prozeduren.....	235
3.8.1	Nicht kodierbare Prozeduren.....	235
3.8.2	Zusatzentgelte.....	236
3.8.3	Liste der Zusatzentgelte	237
3.8.4	Definition von Prozeduren	241
3.8.5	Gerinnungsfaktoren	255
3.8.6	Hitliste Prozeduren	265
	Linksammlung.....	319
	Stichwortverzeichnis.....	321

1 Einleitung

Dieser Kodierleitfaden verzichtet bewusst auf allgemeine Informationen zum DRG-System, da für die Kodierung intensivmedizinischer Fälle umfangreiche Vorkenntnisse mit dem DRG-System erforderlich sind. Bei Bedarf können allgemeine Fragen in entsprechenden Lehrbüchern nachgeschlagen werden. Ein solides Verständnis der Kodierung erleichtert es, diesen Kodierleitfaden direkt praxisnah anzuwenden.

Ähnlich verhält es sich mit dem vorausgesetzten medizinischen Wissen: Es werden nachfolgend keine Erkrankungen oder Maßnahmen erklärt, noch ihre Indikation oder Durchführung, da dies alleinig in der Verantwortung des zuständigen Intensiv-Arztes liegt. Der Kodierleitfaden bietet Hilfe, wie eine Erkrankung oder Maßnahme kodiert werden kann, damit es zu keinen Erlösminderungen kommt.

In den folgenden Unterkapiteln der Einleitung wird neben einer kurzen Definition der Intensivstation auch auf die Kodierung im Hinblick auf MD-Gutachten hingewiesen, da diese eine hohe Bedeutung besitzt.

1.1 Intensivstation

Zur baulichen Gestaltung, Einrichtung und patientenorientierten apparativen Ausstattung von **Intensivbehandlungseinheiten** liegen Empfehlungen verschiedener Fachgesellschaften, u. a. der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), vor [DIVI 2022]. Grundlage sind die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen 2022“ der DIVI in der aktuellen Version vom 02.11.2022. Die Empfehlungen gelten nur für Stationen zur Versorgung erwachsener Patienten. Für Kinder gibt es eigene Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin (GNPI).

Die DIVI propagiert in ihrem neuen Konzept, auch aufgrund der Erfahrungen aus der Corona-Pandemie, nun ein dreistufiges Konzept der Intensivmedizin. Dieses folgt einerseits internationalen Entwicklungen, greift andererseits auf nationaler Ebene die Vergütungsstrukturen mit „normaler“ und aufwändiger Intensivkomplexbehandlung laut OPS und die Empfehlungen der Regierungskommission zur Reform des Krankenhauswesens auf, in welchen die Intensivmedizin ebenfalls den verschiedenen Leveln angepasst abgebildet werden soll. Die Empfehlungen der Regierungskommission wurden bis Juli 2023 in einer Bundesländer-Gruppe zu einem Eckpunktepapier weiterentwickelt und befinden sich seitdem im Gesetzgebungsverfahren mit zwei geplanten Gesetzen. Im strittigen Krankenhaustransparenzgesetz ist als eine von 65 zukünftigen Leistungsgruppen (LG) die Intensivmedizin genannt. Jedoch sind weder Rahmenbedingungen noch Inhalte bisher definiert. Laut Entwurf ist die LG Intensivmedizin in allen Leveln bis in Bestandteil des Leistungsportfolios. Bei Drucklegung befand sich das Gesetz im Vermittlungsausschuss des Bundesrates.

Eine weitere Vorlage ist das dreistufige Konzept des G-BA für die stationäre Notfallversorgung, welches ja eng mit der Intensivmedizin verbunden ist. Dort erfolgt die Einstufung eines Krankenhauses in Bezug auf die Notfallversorgung mit starkem Bezug zur Vorhaltung von Intensivmedizin, zusätzlich werden Kriterien gefordert, die auch in den Strukturvorgaben der Komplexkodes auftauchen.

Zentren für Intensivmedizin

Ende 2023 hat der G-BA eine weitere Richtlinie verabschiedet, die die Intensivmedizin unmittelbar betrifft, nämlich die Ergänzung der Zentrums-Regelungen um sogenannte „Zentren für Intensivmedizin“. Krankenhäuser, die künftig als intensivmedizinische Kompetenz- und Koordinierungszentren neben der Patientenversorgung besondere Aufgaben wahrnehmen, können dafür finanzielle Zuschläge erhalten. Eine wichtige Aufgabe solcher Zentren können Beratung anderer Krankenhäuser, die auch über intensivmedizinische Behandlungsmöglichkeiten

verfügen, via telemedizinischer Fallkonferenzen und Visiten, Mentorenfunktion für andere Krankenhäuser mit eigener Intensivmedizin durch regelmäßige fallunabhängige Qualitätszirkel und Fort- und Weiterbildungsangebote für vernetzte Krankenhäuser sein. Für entsprechende Zuschläge geht es also um übergeordnete und koordinierende Tätigkeiten, die nicht unmittelbar mit der Patientenversorgung zusammenhängen. Entsprechend werden nur wenige Großkrankenhäuser diese Zentrumsfunktion wahrnehmen. Diese Häuser müssen besondere Voraussetzungen erfüllen. Das umfasst beispielsweise eine 24-stündige Aufnahmebereitschaft für Akutfälle, Personal mit intensivmedizinischem und -pflegerischem Wissen, das Vorhalten von bestimmten Strukturen wie High-Care-Betten, die Verfügbarkeit von bestimmten bildgebenden Verfahren (CT/MRT), aber auch palliativmedizinische Kompetenzen und psychologische Betreuungsmöglichkeiten für Patientinnen und Patienten, Angehörige und das Zentrumsteam. Von den Zentren wird zudem erwartet, dass telemedizinische Visiten – Audio- und Videoübertragungen in Echtzeit – täglich durchführbar sind. Außerdem sollen diese Zentren über besondere Maßnahmen zur Qualitätssicherung verfügen. Die Qualitätsanforderungen des G-BA zum ärztlichen Personal nehmen direkt Bezug auf die DIVI-Empfehlungen: *„Die personelle Ausstattung der Intensivstationen des Zentrums mit Ärztinnen und Ärzten und ihre Qualifikationen entsprechen den ‚Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen‘ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) vom 02.11.2022“.*

In ihrer Empfehlung von November 2022 schlägt die DIVI vor, die intensivmedizinische Versorgung ebenfalls in eine 3-stufige Struktur zu überführen. Die personelle und strukturelle Ausstattung der Intensivstationen soll an die jeweilige Versorgungsstufe adaptiert werden:

Stufe 1: Intensivmedizinische Basisversorgung

Stufe 2: Erweiterte Intensivmedizinische Versorgung

Stufe 3: Umfassende Intensivmedizinische Versorgung

Genauere Definitionen der Stufen siehe Empfehlungspapier der DIVI.

Für jede dieser 3 Stufen sollen Mindeststrukturanforderungen für folgende Kategorien definiert werden:

- Qualifikation und Tätigkeitsdarstellung der ärztlichen Leitung der Intensivstation inkl. Vertretung
- Verfügbarkeit von Fachärzten mit Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“
- Ärztlicher Stellenschlüssel und Präsenz auf der Intensivstation
- Verfügbarkeit von fachärztlichen Konsiliardiensten
- Qualifikation und Tätigkeitsdarstellung der Pflegedienstleitung
- Pflegerischer Stellenschlüssel
- Pflegerische Zusatzqualifikationen (z.B. Fachweiterbildung, Führungsseminare, akademische Qualifikationen)
- Ausstattung mit weiteren Therapeuten (z.B. aus Physiotherapie, Logopädie, Atmungstherapie, Psychologie)
- Verfügbarkeit zusätzlicher Kompetenzen (z.B. Hygiene, Antibiotic Stewardship, Pharmazie, Ethik, Palliativmedizin, Ernährungsmedizin)
- Verfügbarkeit diagnostischer Verfahren
- Verfügbarkeit therapeutischer Verfahren (z.B. Organersatzverfahren)
- IT-Ausstattung z.B. mit einem Patientendatenmanagementsystem (PDMS)

Die meisten dieser Merkmale sind aus den OPS-Kodes für die Intensivmedizin bekannt.

Die klassische Unterteilung in Intensiv- und Intermediate Care Stationen wird verlassen, da der einzelne Patient sehr wohl von

Tag zu Tag unterschiedliche Anforderungen an die Versorgung stellt und insbesondere die medizinische Schwere der Intensivbehandlung nicht automatisch auch einer pflegeintensiven Behandlung entspricht. Vielmehr zählen gerade Patienten auf Intermediate Care Stationen mit nicht-invasiver Beatmung oder tetraplegische Patienten zur Gruppe mit deutlich erhöhtem Pflegeaufwand und umgekehrt. Auch folgt der OPS-Katalog nicht einer solchen Einteilung.

Trotzdem sollen hier die bisher gebräuchlichen Definitionen noch angeführt werden, da sie den bestehenden Strukturen vieler Krankenhäuser weiterhin entsprechen. Dennoch sei noch einmal darauf hingewiesen, dass weder Strukturvorgaben noch Abrechnungsregularien oder OPS-Kodes den Begriff der Intermediate Care Station (IMC) kennen, oft wird dieser auch für Normalstationen mit Monitorüberwachung verwendet, ist also kein rechtssicherer Begriff.

Demnach sind Intensivbehandlungseinheiten personell speziell besetzte und ausgestattete Stationen, in denen die medizinische Versorgung kritisch kranker Patienten gewährleistet wird. Der **kritisch kranke Patient** ist charakterisiert durch die lebensbedrohlichen Störungen eines oder mehrerer Organsysteme:

- Herz-Kreislauffunktion
- Atemfunktion
- zentrales Nervensystem
- neuromuskuläre Funktion
- Niere
- Leber
- Gastrointestinaltrakt
- Stoffwechsel
- Störungen der Temperaturregulation
- Gerinnungsstörungen

Die **Bettenzahl** einer Intensivbehandlungseinheit ist abhängig von [DIVI 2012]:

- Größe und Aufgabenbereich des Krankenhauses
- Anzahl vital gefährdeter Patienten bezogen auf die jeweilige Krankenhaus-Abteilung bzw. Spezialabteilung
- Liegedauer

Die einzelne Einheit sollte über 8 bis 12 Behandlungsplätze verfügen, die Gesamtvorhaltung je Stufe und Standort kann von mindestens 10 bis zu 50 Betten und mehr je Standort in der Stufe 3 betragen. Größere Stationen können eine Intensivtherapieeinheit bilden. Die Kodierung einer intensivmedizinischen Behandlung mittels der Codes für eine Komplexbehandlung wird ab Kapitel 3.7.2 beschrieben. Dort sind vor allem personelle und apparative Voraussetzungen genannt. Wichtig ist, dass für die Kodierung und Abrechnung weiterhin allein die Voraussetzungen der entsprechenden OPS-Kodes gelten! Dies ist zu beachten, da die Definitionen von Intensivstationen der Fachgesellschaften und des OPS nicht deckungsgleich sind und selbst Gutachter hier immer wieder die falschen Empfehlungen zu Grunde legen. Sowohl die Empfehlungen der DIVI als auch der Regierungskommission und der Gesetzentwürfe zur KH-Reform sind noch nicht relevant für die Abrechnung der Patienten im Jahr 2024, sondern Grundlage für weitere Diskussionen und politische Entscheidungen.

1.2 Intermediate Care Unit

Durch die Weiterentwicklung der medizinischen Optionen wurde in der Vergangenheit eine weitere Stufe im Behandlungskonzept „zwischen Intensivstation und Normalstation“ eingerichtet: die Intermediate Care Unit (IMC). Diese ist meistens der jeweiligen Abteilung thematisch zugeordnet und hat einen fachlich spezialisierten Charakter, wie z. B. eine operative Intermediate-Care-Station, eine Station für Myokardinfarkte (coronary care unit) etc.

Das hat zu den heute in vielen Krankenhäusern etablierten drei Behandlungsstufen geführt:

1. Intensivstation (ICU)
2. Intermediate Care Unit (im anglo-amerikanischen System oft „high dependency unit“) (IMC)
3. Normalstation

Die IMC-Station ist geeignet für die Überwachung und Behandlung von Patienten mit mäßiger oder potentiell schwerwiegender Instabilität physiologischer Parameter, die eine apparative Überwachung und Organunterstützung, aber keinen Organersatz benötigen. Dies umfasst Patienten, die weniger als normale Intensivtherapie/pflege benötigen, aber mehr, als auf der Normalpflegestation möglich ist. Sie soll nicht eine ITS (englisch ICU) ersetzen. Naturgemäß kann es Überschneidungen mit den anderen Stationsformen geben. Die Intermediate-Care-Stationen (IMC) haben die Aufgabe, Patienten zu versorgen, deren Behandlung so schwerwiegend und/oder aufwändig ist, dass sie eine ständige oder engmaschige Überwachung erfordert. Dabei handelt es sich um Patienten, deren Zustand einen oder mehrere Organausfälle erwarten lassen, oder deren Zustand nach einem oder mehreren Organausfällen zu ernst oder instabil für eine Rückverlegung in eine NPS ist und die deshalb ein kontinuierliches Monitoring benötigen. Die Behandlung umfasst die Prävention, Diagnostik und Behandlung von allen medizinischen und chirurgischen Krankheiten, welche zum Versagen von Vitalfunktionen führen können.

Die Intermediate Care Unit definiert sich über vorhandene personelle Ausstattung und Überwachungsfunktionalitäten [DGAI 2011]. Die DIWI hat 2017 eine Empfehlung zur Ausstattung von Intermediate Care Stationen publiziert [DIVI 2017]. Die DIVI hat in ihren neusten Empfehlungen aus 2022 den Begriff der IMC jedoch verlassen und nicht mehr weiter definiert.

Die Intermediate Care Unit hat eine sinnvolle Betriebsgröße von 8 bis 20 Betten und unterscheidet sich von einer Intensivthe-

rapiestation in der Anzahl der Pflegekräfte pro Patient (Pflegeschlüssel) [DGAI 2011]: die Angaben reichen von 1:3 bis (häufiger) 1:4 oder 1:6. Die Rotation des Pflegepersonals mit der Intensivstation wird empfohlen [DGAI 2011].

Bisher gab es lediglich für neonatologische Intensivstationen eine verbindliche Empfehlung für die Anzahl der Pflegekräfte pro Patient für die Versorgung von Frühgeborenen: laut einer Richtlinie des G-BA müssen pro Frühgeborenem von unter 1500 Gramm Geburtsgewicht bei therapiepflichtigen Kindern eine Pflegekraft pro Frühchen, bei überwachungspflichtigen Kindern eine Pflegekraft pro 2 Frühchen vorhanden sein. Zusätzlich müssen mindestens 40 % des Teams über eine intensivmedizinische Zusatzqualifikation oder eine langjährige Intensivverfahren mit Neonaten verfügen. In der Versorgung von allen anderen Patienten wurden die gesetzlichen Grundlagen für Personaluntergrenzen in der Intensivmedizin geschaffen, konkret in der Pflegepersonal-Untergrenzen-Verordnung (PpUGV). Diese wird regelmäßig aktualisiert und ausgeweitet, zuletzt Ende 2022 auf nun 18 Bereiche. Dabei gelten Untergrenzen in der Intensivmedizin und seit 2021 in der pädiatrischen Intensivmedizin in der Tagschicht (6 Uhr bis 22 Uhr) von 2:1 und in der Nachtschicht (22 Uhr bis 6 Uhr) 3:1. Diese Personaluntergrenzen gelten für Intensiv- und Intermediate Care-Stationen gleichermaßen, sofern der OPS-Kode für Intensivmedizinische Komplexbehandlung abgerechnet wird bzw. diese Stationen Intensivmedizin betreiben. Die Nichterfüllung ist mit erheblichen Sanktionen verbunden! Die PpUGV wird jährlich auf mehr Bereiche ausgeweitet, war jedoch aufgrund externer Faktoren (Pandemie, RSV-Epidemie der Kinderkliniken Anfang 2023) und massivem Mangel an Pflegekräften immer wieder ausgesetzt.

Die ärztliche Leitung einer IMC soll einem ausgewiesenen Intensivmediziner obliegen. Die unmittelbare Verfügbarkeit eines intensivmedizinisch erfahrenen Arztes ist jederzeit zu gewährleisten. Obwohl für die Intermediate Care Unit nicht durchgehend die Präsenz eines Arztes erforderlich scheint, können Patientenaufkommen oder Aufnahme- und Entlassungsproze-

duren die ausgedehnte Präsenz eines intensivmedizinisch erfahrenen Arztes erfordern [DGAI 2011]. Der OPS-Katalog gibt hier detaillierte Vorgaben zur ärztlichen Präsenz und zur Qualifikation der Leitung, die weiter hinten in diesem Leitfaden erläutert werden und 2021 im Sinne einer Klarstellung definiert wurden. Wird eine IMC als Intensivstation abgerechnet, müssen diese strengen OPS-Vorgaben zwingend erfüllt sein. Der OPS-Komplexe unterscheidet insofern nicht zwischen Intermediate und Intensivstation.

Das Monitoring auf der Intermediate Care Unit unterscheidet sich nur gering von den grundlegenden Monitoringformen einer Intensivstation:

- Arrhythmie/ST-Strecke
- Hypoventilation
- Hypoxie
- Blutdrucküberwachung
- Invasive Messung von zentralem Venendruck bzw. arteriellem Druck
- Bilanzierung
- Neurologische Überwachung

„Letztlich gehören alle Patienten, die einer unmittelbaren therapeutischen Maßnahme bedürfen, auf die Intensivtherapiestation. Ein Patient, der nur einer kontinuierlichen Überwachung bedarf, ist ausreichend auf einer Intermediate Care Unit versorgt“ [DGAI 2011].

Allerdings zeigt sich in letzter Zeit in vielen Häusern, dass die Intermediate Care Unit nicht nur überwachen kann. Vielmehr werden bei geeigneter Ausstattung Patienten mit Mono-Organversagen ohne Beatmung erfolgreich versorgt. Mitunter geht man soweit, dass invasive und nicht-invasive Beatmung generell, kontinuierliche extrakorporale Verfahren, erweitertes Monitoring (z. B. Pulmonalkatheter) und Infusion von mehr als zwei

kreislaufstabilisierenden Substanzen der Intensivtherapiestation bedürfen [DGAI 2011].

Die Einstufung einer Intensivstation bzw. Intermediate Care Unit im Hinblick auf das DRG-System und die mögliche Anerkennung als Intensivstation sollte lokal definiert werden. Dabei sollte man sich an die Voraussetzungen für die Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung (8-980 und 8-98f) des OPS-Katalogs halten. Zukünftig wird zusätzlich die Definition der Leistungsgruppe Intensivmedizin zu beachten sein, ggf. anstatt der Strukturvorgaben in den OPS-Kodes. Wenn alle Voraussetzungen des Katalogs erfüllt sind, sind intensivmedizinische Fälle auf IMC-Stationen wie bei Intensivstationen über die entsprechenden Fallpauschalen abzurechnen, sofern auch die patientenseitigen Voraussetzungen erfüllt sind. Die notwendigen Voraussetzungen werden vom MD jährlich in einer Strukturprüfung überprüft und jeweils für das Folgejahr bescheinigt. Diese Überprüfung ist seit 2022 nach dem MDK-Reformgesetz vorgeschrieben, die Regeln dafür wurden im Laufe des Jahres 2021 vom MD in Form einer Richtlinie veröffentlicht und bereits vom BfArM in mehreren Punkten, da über den Text der OPS-Kodes hinausgehend, abgemildert. Eine Strukturprüfung muss für bestehende Intensivstationen im Vorjahr stattgefunden haben, damit das Krankenhaus im laufenden Jahr weiter den Komplexcode abrechnen kann. Für Krankenhäuser entscheidend ist, dass die Vergütung der intensivmedizinischen Leistung ausschließlich über die Erfüllung der entsprechenden OPS-Kodes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung definiert wird! Die o. g. Definitionen der Fachgesellschaften für ITS und IMC sind hier nicht maßgeblich. Immer wieder versuchen Kostenträger hierüber die Vergütung zu verweigern, z. B. mit dem Argument, eine IMC-Station dürfe den Code nicht abrechnen. Gleichzeitig sollten Krankenhäuser ihren Versorgungsauftrag in der Intensivmedizin über den Landeskrankenhausplan absichern. Auch über diese Schiene des formal fehlenden Versorgungsauftrages (weil nicht explizit im Landeskrankenhausplan ausgewiesen) versuchen Krankenkassen eine Zahlungsverweigerung. Da die Ausweisung der Aufgaben und Abteilungen von Bundesland zu Bundesland sehr stark differiert,

kann es hier zu Diskussionen kommen. In Zukunft wird dieser Versorgungsauftrag über die LG Intensivmedizin abgebildet sein.

Die daraus resultierende Kodierung einer intensivmedizinischen Behandlung mittels der Codes für eine Komplexbehandlung wird unter Kapitel 3.7.2 beschrieben. Es muss aber in diesem Rahmen darauf hingewiesen werden, dass das BfArM in seiner FAQ-Sammlung eine IMC-Station in Verbindung mit dem OPS-Kode für den PKMS (9-20) einer Normalstation gleichgesetzt hatte [BFARM FAQ 9004]. Dieser Widerspruch ist mit Streichung des OPS 9-20 ab 2021 nicht mehr vorhanden. Trotzdem sollten insbesondere IMC-Stationen vorab mit den Kostenträgern und dem MD hinsichtlich der Abrechnung von Intensivleistungen geklärt und für die OPS-Strukturprüfung angemeldet werden.

1.3 Weaning Stationen

Mit dem Intensivpflege- und Rehabilitationsstärkungsgesetz (GKV-IPReG) will der Gesetzgeber zukünftig die Versorgung und die Beatmungsentwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten verbessern. Die hohe Zahl von Patienten mit außerklinischer Intensivmedizinischer Behandlung wird schon länger als qualitatives und quantitatives Problem angesehen:

- Laut Schätzungen von Fachgesellschaften und Verbänden wurden 2018 bis zu 50.000 Leistungsfälle in der ambulanten Intensivpflege mit Leistungsausgaben nach der GKV-Statistik von rd. 1,8 Mrd. Euro behandelt.
- Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) geht in einem Positionspapier zusammen mit weiteren medizinischen Fachgesellschaften davon aus, dass die Verordnung einer 24-stündigen ambulanten Intensivpflege wegen eines Tracheostomas mit oder ohne Beatmung in vielen Fällen nicht notwendig ist, da keine Indikation für ein Tracheostoma bzw. eine invasive

außerklinische Beatmung besteht (Pneumologie 2017; 71: 204-206).

- Nach Ansicht von Experten wird das Potenzial zur Beatmungsentwöhnung bzw. zur Entfernung des Tracheostomas (Dekanülierung) bei Patienten, die außerklinisch intensivmedizinisch versorgt werden, derzeit nicht ausreichend ausgeschöpft.
- Die hohe Zahl von aus dem Krankenhaus als Beatmungspatienten entlassenen Patienten ist kritisch zu bewerten! Ohne qualifizierte Entwöhnung besteht das Risiko, dass diese Patienten dauerhaft Beatmungspatienten bleiben.

Der Gesetzgeber hat daher mehrere Eingriffe in das stationäre Abrechnungssystem vorgenommen, um durch Anreize und Sanktionen die stationäre Beatmungsentwöhnung zu verbessern. U.a. wurde 2021 ein Zusatzentgelt (ZE2021-190) zur Abrechnung von Weaning auf speziellen Weaningstationen geschaffen. Dazu ist es aber nun erforderlich, diese Einrichtungen zu definieren und ggf. im Krankenhausplan auszuweisen, um nicht in der Abrechnung dieses ZE neue Diskussionen über die Statthaftigkeit zu erzeugen. Leider fehlt eine solche Definition bisher. Entsprechend haben kaum Krankenhäuser eine über den gesetzlichen Mindestwert von 600 EUR hinausgehende ZE-Vergütung vereinbaren können.

Weaningstationen können bereits heute mit einem Fachabteilungsschlüssel (3758 Weaningseinheit) erfasst werden. Vereinzelt gibt es auch Landesvorgaben für die Ausstattung und Struktur einer Weaningstation, so z. B. in Berlin.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DPG) hat eine Zertifizierung und ein Netzwerk für Weaningeinrichtungen geschaffen. Das „WeanNet“ ist ein Netzwerk pneumologisch geführter Weaning-Zentren. Auf die Entwöhnung von mechanischer Beatmung spezialisierte Zentren in Deutschland können sich vom WeanNet zertifizieren lassen. Ziel der Zertifizierung ist, durch klar definierte Strukturen und Prozesse die Versorgungsqualität und das Therapieergebnis bei

Patienten im prolongierten Weaning vom Respirator zu verbessern und damit die Anzahl der Patienten mit Weaningversagen zu reduzieren. Die erfassten Kriterien der Zertifizierung betreffen primär die Struktur- und Prozessqualität, in bisher geringem Umfang auch die Ergebnisqualität. Die geforderten Kriterien für die Zertifizierung sind in einem Erhebungsbogen zusammengefasst. Eine der grundsätzlichen Voraussetzungen ist die Teilnahme am Weaning-Register. Die Zulassung zum Zertifizierungsverfahren setzt eine jährliche Mindestzahl von Patienten im prolongierten Weaning voraus, die dokumentiert werden muss.

Vorerst werden für die Abrechnung jedoch die dezidierten Vorgaben des OPS-Kodes 8-718 für die Weaningstationen maßgeblich sein. Für 2022 wurden hier nun erstmal Strukturkriterien für die nicht intensivmedizinische Weaning-Einheit (8-718.9) definiert in Form einer Mindestbettenzahl von 6 und einem auf die prolongierte Beatmungsentwöhnung spezialisierten Team. Die spezialisierte Einheit kann dabei Teil einer Station oder Abteilung sein oder als räumlich abgetrennte eigenständige Beatmungsentwöhnungs-Einheit (nicht intensivmedizinisch) betrieben werden. Es bleibt zu hoffen, dass die Definition von Weaningeinheiten zum Zwecke der Abrechnung rechtzeitig und eindeutig erfolgen wird, um nicht unnötige Abrechnungsstreitigkeiten zu generieren. Stand Ende 2023 haben noch kaum Kliniken das neue Zusatzentgelt vereinbart, so dass noch keine Abrechnungsdiskussionen dazu entstanden sind.

1.4 MD (Medizinischer Dienst)

Seit 2020 gibt es für die Überprüfung der stationären Abrechnung durch den MD (früher MDK) zahlreiche Änderungen, die im MDK-Reformgesetz am 7. November 2019 vom Bundestag verabschiedet wurden. Der MD wird unabhängiger und damit neutraler, die Prüfung selbst durch eine max. Prüfquote gedeckelt, bei Rechkürzung müssen die Krankenhäuser zusätzlich eine Strafzahlung in Kauf nehmen. Diese und zahlreiche weitere

Änderungen der bisherigen Prüfpraxis werden die Krankenhäuser zu großen Anpassungen zwingen. Dies wird auch die Intensivmedizin betreffen, welche durch die oft hohen Rechnungsbeträge v. a. von der Strafzahlung betroffen ist. Diese lässt sich zukünftig nur durch eine korrekte Primärabrechnung vermeiden, da nachträgliche Rechnerkorrekturen stark eingeschränkt werden. Auch wenn die Regelungen des MDK-Reformgesetzes aufgrund der Coronapandemie verschoben wurden, bleiben bisher alle in Kraft.

Die Kodierung von intensivmedizinischen Fällen gerät zunehmend in das Visier der Krankenkassen und wird zum Gegenstand von Prüfungen durch den Medizinischen Dienst (MD). Dies wird sich wegen der hohen Erlösrelevanz der aufwendigen Intensivmedizin („Super-SAPS“) noch verstärken. Begründet ist dies in der zum einen sehr hohen Bewertung der abgerechneten DRGs, zum anderen aber auch in der Tatsache, dass bereits geringe Korrekturen bzw. Änderungen in der Kodierung zu erheblichen Anpassungen – aus Sicht der Kassen Reduktionen – des Relativgewichtes führen.

Beispiel

So kann auf einer normalen Intensivstation schon eine Absenkung der Beatmungszeit auf unter 500 Stunden oder ein Rückgang der Intensivkomplexpunkte auf unter 2.208 zu einer Verringerung des DRG-Erlöses um etwa 16.000,- EUR (bei einem angenommenen Basisfallwert von 3.500,- EUR) führen, wenn statt der DRG A09A „nur noch“ die DRG A11A angesteuert wird.

Es ist also von großer Bedeutung, dass die Kodierung von intensivmedizinischen Fällen einer Fallprüfung in jeder Hinsicht standhält: sei dies im Hinblick auf die korrekte Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), sei es aber auch im Hinblick auf eine vollständige und korrekte Dokumentation der Fälle. Die folgende Liste gibt einen Überblick über Bedeutung und Problematik der DRG-Parameter bezüglich einer MD-Prüfung.

1.4.1 Strukturprüfungen Intensivmedizin

Neben den Einzelfallprüfungen hat das MDK-Reformgesetz nun auch eine systematische Strukturprüfung aller Komplexkodes eingeführt. Ziel war es, die Einzelfallprüfungen an dieser Stelle zu entlasten und zu reduzieren. Dazu wurden in den OPS-Kodes entsprechende Kategorien von Strukturmerkmalen eingeführt, die alle ein bis zwei Jahre durch den MD geprüft werden. Für die intensivmedizinischen Komplexkodes gilt eine jährliche Prüfung. Im Gegensatz zu den Einzelfallprüfungen, bei denen im Nachhinein geprüft wird, ob die Voraussetzungen für bestimmte Behandlungen vorliegen, wurde mit den OPS-Strukturprüfungen die prospektive Überprüfung von Strukturmerkmalen in abrechnungsrelevanten Operationen- und Prozedurenschlüsseln durch den Medizinischen Dienst eingeführt (§ 275d SGB V).

Der MD Bund hat zur Durchführung der Strukturprüfungen eine Richtlinie und ein umfangreiches Formularwerk erstellt, das Krankenhäusern und Prüfern bei der Durchführung helfen soll. Krankenhäuser müssen seit 2021 eine OPS-Strukturprüfung bei den zuständigen Medizinischen Diensten in ihren Ländern beantragen. Die Medizinischen Dienste prüfen die Einhaltung von Strukturmerkmalen und stellen dann dem Krankenhaus eine Bescheinigung darüber aus. Diese ist Voraussetzung dafür, dass die Krankenhäuser diese bestimmten OPS-Leistungen im nächsten und übernächsten Jahr bei den Krankenkassen abrechnen können. Achtung: ohne einen solchen Bescheid können Krankenhäuser den entsprechenden OPS-Code nicht abrechnen! Ein Bescheid muss ggf. auch für jeden Standort vorliegen, an dem die Leistung erbracht wird.

Erste Erfahrungen aus den Jahren 2021 und 2022 haben gezeigt, dass die Prüfungen für Krankenhäuser sehr aufwendig sind und der MD teilweise deutlich über die Inhalte des OPS-Kodes hinaus prüft. Trotz einiger Korrekturen durch BfArM und Gesundheitsministerium ist der Aufwand immer noch sehr hoch, insbesondere wenn kaum sich verändernde Inhalte trotzdem jährlich geprüft werden. Ein weiteres Problem ist, dass zu prüfende Sachverhal-

te noch nicht definiert oder zwischen den Partnern konsentiert sind. Andere Prüfinhalte sind für die Krankenhäuser schwer abzubilden, da sie arbeitsrechtlich kaum umsetzbar sind oder nur mit einer Personaldecke, die aktuell nicht verfügbar ist (z. B. die Verfügbarkeit vieler (fach)ärztlicher Dienste binnen 30 Minuten). Auch lässt der MD an vielen Stellen die gleichzeitige Abdeckung von Tätigkeiten durch dasselbe Personal nicht zu, obwohl dies praktisch und arbeitsrechtlich möglich ist („Wer das macht, kann nicht gleichzeitig etwas anderes machen“).

Die Prüfungsrichtlinie des MDS wurde auch um Verfahren ergänzt, bei denen neue OPS-Kodes in die Versorgung eingeführt werden. Für die intensivmedizinischen Kodes ergab sich jedoch hinsichtlich der Strukturprüfung kaum eine Veränderung seit 2021. Diese Kodes werden nicht nur je Standort, sondern sogar je Station einzeln überprüft.

Der Ablauf der jährlichen Prüfung lässt sich grob in folgende Schritte gliedern:

- Bis 30.06. Anmeldung der Prüfung für das Folgejahr durch das Krankenhaus beim zuständigen MD; dazu muss ein Antrag für jede Intensivstation einzeln gestellt werden. Bei anderen Kodes ist der Aufwand geringer (pro Standort oder pro Krankenhaus)
- Binnen 10 Tagen Mitteilung durch den MD, wie die Prüfung erfolgt (Dokumente, vor Ort, gemischt) und welche Unterlagen dazu benötigt werden.
- Binnen 10 Tagen muss das Krankenhaus dem MD einen Selbstauskunftsbogen pro Intensivstation mit den dazu angeforderten Unterlagen übermitteln. Dies kann mehrere Aktenordner an Dokumenten beinhalten!
- Prüfung (vor Ort und/oder anhand der Unterlagen) und Bescheinigung mit Bescheid durch den MD bis Ende des Jahres, der Bescheid gilt dann für das ganze Folgejahr (also z.B. bei Prüfung einer Intensivstation im Herbst 2023 Bescheid vom 1.1. bis 31.12.2024)

Am Beispiel des Komplexkodes 8-98f (Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung - Basisprozedur) soll der Aufwand der Prüfung erläutert werden. Folgende Angaben/Unterlagen werden gefordert bzw. sind zu empfehlen:

- Beschreibung der Intensivstation: u. a. Anzahl Behandlungsplätze, Anzahl Beatmungsplätze, Geräteinventur, Beschreibung des Monitoringsystems, Behandlungsschwerpunkte, bauliche Struktur, Organisation mit Schichten, Übergaben usw.; teilweise werden auch SOPs für Kernleistungen gefordert.
- Behandlungsleitung: Namen der Ärzte und Qualifikationsnachweise, mindestens ein Stellvertreter muss benannt werden! Erläuterung, dass die Behandlungsleitung den überwiegenden Teil ihrer ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt. Nachweise: Facharzturkunden/Qualifikationsnachweise, Arbeitsverträge oder Kooperationsvereinbarungen, Regelungen zu den Anwesenheiten, z. B. SOP, Einsatzpläne, Dienstplan usw.
- Team von Pflegepersonal und Ärzten in akuter Behandlungsbereitschaft: Namenslisten für das Pflegepersonal; Für den Pflegebereich ist darzulegen, dass im Prüfzeitraum in jeder Schicht eine examinierte Pflegekraft eingesetzt war; Nachweise zusätzlich durch Dienstpläne der Intensivstation und Qualifikationsnachweise Ärzte und Pflege; Namenslisten für Anwesenheit eines Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin werktags 7 Stunden; Erläuterung, wie dieser FA außerhalb der Anwesenheitspflicht binnen 30 Minuten verfügbar ist (Arbeitsvertrag oder Betriebsvereinbarung oder Dienstanweisung); Nachweis, dass ständig ein Arzt auf der Intensivstation anwesend ist (Dienstpläne);
- Beatmung und Monitoring: Gerätelisten, Standorte, Geräteeinweisung durch die Mitarbeiter (dieser Punkt steht nicht im OPS!), Monitoringanlage;
- Kontinuierliche und intermittierende Nierenersatzverfahren: Gerätelisten, Standorte, Geräteeinweisung durch die Mitarbeiter (dieser Punkt steht nicht im OPS!), Organisation der Dialyse, SOPS und durchführende Ärzte/Pflegekräfte; Qualifikationsnachweise dieser Mitarbeiter:innen;

- Endoskopie des Gastrointestinaltraktes und des Tracheobronchialsystems: Dienstpläne, Qualifikationsnachweise der Ärzte, Gerätelisten, Standorte der Geräte usw.
- Intrakranielle Druckmessung oder Hybrid-Operationsaal für kardiovaskuläre Eingriffe: Behördliche Genehmigung zum Betrieb des Hybrid-OP, Gerätelisten, Gerätepässe; technische Ausstattung für Druckmessung, fachliche Expertise zur Einlage und zum Wechsel der Drucksonden sowie zum Management möglicher Sondenkomplikationen (SOPs).
- Transösophageale Echokardiographie: Dienstpläne, Qualifikationsnachweise der Ärzte, Gerätelisten, Standorte der Geräte usw.
- 24-stündige Verfügbarkeit radiologische Diagnostik mittels CT und MRT: Standorte der Geräte, Wartungsprotokolle, Dienstpläne und Nachweise der 24-stündigen Verfügbarkeit des Personals inkl. Qualifikationsnachweis (Ärzte und MTRA)
- 24-stündige Verfügbarkeit Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA: Standorte der Geräte, Wartungsprotokolle, Dienstpläne und Nachweise der 24-stündigen Verfügbarkeit und Qualifikationsnachweise des Personals (Ärzte und MTA)
- 24-stündige Verfügbarkeit Interventionelle (Neuro)Radiologie mit akuter endovaskulärer Therapie von Gefäß- und Organverletzungen und/oder zerebralen Gefäßverschlüssen: Dienstpläne und Qualifikationsnachweise Ärzte und MTRA
- 24-stündige Verfügbarkeit von Laborleistungen: Dienstpläne und Qualifikationsnachweise Ärzte und MTA; Organisationsstruktur, Leistungen des Labors;
- Verfügbarkeit binnen 30 Minuten von mindestens 6 der 8 folgenden Fachgebiete als klinische Konsiliardienste am Standort des Krankenhauses:
 - Kardiologie
 - Gastroenterologie
 - Neurologie
 - Anästhesiologie
 - Viszeralchirurgie