

Stellungnahme des FoKA (Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung der DGfM) zur Entscheidung S20260001 vom 21.8.2026

Der Schlichtungsausschuss Bund (SAB) nach §19 KHG wurde im Jahr 2015 zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen eingesetzt und ist ein wichtiger Baustein zur Reduzierung konfliktbehafteter Abrechnungskonstellationen durch Schaffung verbindlicher Richtlinien.

Der Natur einer Schlichtung liegt dabei inne, dass den Perspektiven der beteiligten Parteien einmal mehr und ein anders Mal minder gefolgt wird. Der essentielle Schritt ist die Auflösung konkreter streitbefangener, häufig juristisch langwieriger und somit ökonomisch riskanter Dissense. Aus diesem Grund hat sich der FoKA von Beginn der Schlichtungsverfahren an dazu entschieden, sich konstruktiv an dem Verfahren zu beteiligen. Bereits in der Vorbereitung wurden alle zwischen FoKA und SEG-4 dissente Fragestellungen erneut debattiert und wo möglich aufgelöst. Darüber hinaus entschied der FoKA von Anfang an, festgelegte Entscheidungen des SAB nicht weiter zu kommentieren, um den verbindlichen Charakter nicht zu untergraben – ein Vorgehen, dem die SEG-4 mittlerweile auch folgt.

Alle Anfragen an den Schlichtungsausschuss Bund und deren Entscheidungen werden im FoKA verfolgt. Bemühungen, die langjährige und fachlich breit gefächerte Expertise des FoKA in das Verfahren zu integrieren, sind rechtlich zum einen nicht vorgesehen und wurden zum anderen bislang wiederholt abgelehnt. Der ehrenamtlich agierende FoKA sieht sich regelmäßig mit dem Vorwurf konfrontiert, im Sinne der Krankenhäuser parteiisch zu argumentieren. Der geübte Blick durch die Kommentierungen der Kodier-Empfehlungen (KDE) der SEG-4 als auch der Antworten auf direkt an den FoKA gerichteten Anfragen kann diesen Vorwurf schnell entkräften. Den FoKA erreichen sowohl Fragestellungen von Seiten der Leistungserbringer als auch der Krankenkassen. Er versteht sich insofern als neutrales Bindeglied zur Förderung einer ordnungsgemäßen Kodierung und Abrechnung, dessen Engagement über die Beantwortung öffentlicher Fragen hinaus geht.

Das Vorschlagsverfahren vom BfArM wird jährlich genutzt, um die klassifikatorische Zuordnung durch neue Schlüssel zu ermöglichen oder deutungs offene Formulierungen durch Konkretisierungen zu verbessern. Ohne die Grundlage einer verbindlichen Abbildung von Diagnosen und Leistungen in den Klassifikationssystemen ist die Analyse und Steuerung möglicher Einflüsse im DRG-System nicht möglich. Im Vorschlagsverfahren des InEK teilt der FoKA darüber hinaus widersprüchliche und auffällige Konstellationen zur Überprüfung mit und schlägt Passagen der Kodierrichtlinien (DKR) mit streitbefangenen Interpretationsspielraum zur Korrektur vor. Durch diese Mittel werden bewusstes und bislang verborgenes Streitpotenzial reduziert.

Diese Mittel stehen von Anfang an allen am DRG-System Beteiligten zur Verfügung. Sie sind es, die bevorzugt zur Reifung des lernenden Systems genutzt werden. Gemäß §10, Abs. 5 der Vereinbarung über die Bildung des Schlichtungsausschusses nach §19 KHG ist die Zuständigkeit des Schlichtungsausschusses nur dann gegeben, wenn „[...] keine anderweitige originäre Zuständigkeit für die Klärung der Frage gegeben (ist) (z.B. Vorschlagsverfahren InEK, Weiterentwicklung des OPS Katalogs und ICD-Katalogs, G-BA).“

Die Auslegung, bei welchen Anträgen sich der SAB zuständig sieht und wann nicht, ist für Außenstehende nicht immer transparent. So wurden Anträge wie S20220007 (Definition Neuropsychologe) mit dem Hinweis auf die laufenden Vorschlagsverfahren abgelehnt, andere wie S20230002 (Infektion mit SARS-CoV-2) wurden trotz vorhandener Vorschläge im laufenden Vorschlagsverfahren vom SAB entschieden.

Einzelne Begründungen der Entscheidungen sind mitunter schwer nachvollziehbar, wenn zum Beispiel klassifikatorische und kalkulatorische Aspekte vermischt werden. So wird die Entscheidung S20250001 damit begründet, dass nicht jede Hypoglykämie einen Mehraufwand verursacht.

Eine Aussage, die zu verkennen scheint, dass Diagnosen ohne eigenen Aufwand gemäß DKR nicht erfasst werden dürfen. Aus allen erfassten Diagnosen und Prozeduren liegt es dann in der Verantwortung des InEK alle die zu identifizieren, die in bestimmten Fallpauschalen einen relevanten ökonomischen Mehraufwand begründen oder nicht. Gezielte Hinweise dazu einzureichen, obliegt jedem am DRG-System Beteiligten mit dem Interesse an einer adäquaten Verteilung des Budgets. Diese Möglichkeit betrifft sowohl die gezielte Untersuchung auf eine bestehende zu hohe Bewertung mit dem Ziel einer Abwertung als auch die gegensätzliche Richtung einer zu geringen Bewertung mit Untersuchung einer Fallpauschalen-bezogenen Aufwertung. Dieses Vorgehen wird jährlich unter anderem in den Änderungen der CCL-Matrix nachvollziehbar. Die aufgeführte Argumentation des SAB hingegen verletzt grundlegende Annahmen zur ordnungsgemäßen Kodierung und untergräbt das Vertrauen in einen qualifizierten Evaluationsprozess.

Die Vorgabe, dass Anträge an den Schlichtungsausschuss von grundsätzlicher Bedeutung für Kodierung und Abrechnung zu sein haben, bringt weitreichende Folgen für die ein oder andere Entscheidung mit sich. Die Entscheidung S20220012 führte zu einer Abwertung Behandlungen um 90 Minuten im Bereich Psychiatrie und Psychosomatik, was drei Therapieeinheiten a 25 Minuten entspricht. Bestimmte Leistungen in einem pauschalierenden System als Grundversorgung ohne separate Abbildungsnotwendigkeit zu definieren ist per se sinnvoll und reduziert den Aufwand der Erfassung von Einzelleistungen. Die mit der Grundversorgung verbundenen Aufwände können in die Grundvergütung aller oder bestimmter Pauschalen einbezogen werden. Was der konkreten Entscheidung einen bitteren Beigeschmack verleiht, ist die pauschale Abwertung der Therapieeinheiten über alle Bereiche des PEPP-Systems. Vor dem Hintergrund, dass das InEK in der Zusammenfassung der jährlichen Analysen nicht müde wird, die Therapieeinheiten und deren Verteilung als statistisch bestätigte unabhängige Variable für die Kostenverteilung aufzuführen, erscheint die getroffene Entscheidung nicht angemessen. Da die Schwellenwerte der Therapieeinheiten in Definitionshandbüchern und Groupern mit Wirksamwerden der Entscheidung nicht angepasst worden sind, verfestigt sich der Eindruck einer passageren, systemweiten Leistungsabwertung.

Mitunter kann es den Anschein erwecken, als könnten Fragen unter Umgehung der vereinbarten fachlich-klassifikatorischen Expertise des BfArM und kalkulatorischen Sorgfalt des InEK über den SAB geregelt werden. Dieser Eindruck wird auch dadurch bestärkt, da das Bundessozialgericht (BSG) in einer Entscheidung B1 KR 57-24 aus dem Jahr 2025 unter anderem aufführt, dass „die Anrufung des Schlichtungsausschusses“ ein Verfahren darstellt, um „Kodier- und Abrechnungsfragen schnell und verbindlich“ klären zu lassen, z. B. von OPS-Kodes mit „ökonomisch und/oder medizinisch [...] erhebliche(r) Bedeutung“ [1].

Um die Verbindung zu der aktuellen Entwicklung zu knüpfen, muss bei dem OPS 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) eine solche erhebliche Bedeutung angenommen werden, sodass mit skeptischer Neugierde die Entscheidung des Schlichtungsausschuss Bund zum Schlichtungsverfahren S20260001 erwartet wurde. Bereits am 22.06.2026 hatte der FoKA eine Stellungnahme unter Verweis auf die bereits bestehenden Hinweise des BfArM veröffentlicht und seine Empfehlung aus dem Jahr 2021 diesbezüglich bekräftigt. Diese hatte die qualitativen Mängel sanktioniert ohne den strukturellen Gesamtaufwand der aufwendigen intensivmedizinischen Leistung per se in Frage zu stellen. Ein solches Vorgehen ist bereits für nicht täglich erhobene Parameter aus SAPS-II und auch für andere Summenschlüssel mit dem Mindestmerkmal einer täglichen Visite vom BfArM festgelegt worden.

Am 29.07.2026 erfolgte die Veröffentlichung der Entscheidung des Schlichtungsausschusses wie gewohnt auf den Seiten des InEK [2].

Kernpunkt der Entscheidung ist, dass im Falle einer Prüfung der fehlende Nachweis einer Visite durch einen zusatz-weitergebildeten Intensivmediziner an einzelnen oder wenigen Tagen zum Totalverlust des OPS aus dem Bereich der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung führen kann.

Die Zahlen:

- Mit der vorliegenden Entscheidung des SAB darf bei der aufwendigen intensivmedizinischen Behandlung maximal eine Visite in einem Intervall von 28 Tagen nicht nachweisbar sein. Das entspricht einer geforderten Visitenquote von > 96%. Die von der DIVI zuletzt 2024 veröffentlichten Qualitätsindikatoren Intensivmedizin fordern für den Hauptindikator I „Tägliche multiprofessionelle und interdisziplinäre Visite mit Dokumentation von Tageszielen“ einen Richtwert von 90% „korrekt dokumentierter Visiten“ [3]. Diese Anforderung trägt sowohl der Tatsache Rechenschaft, dass die Qualität der intensivmedizinischen Behandlung und Weiterbildung maßgeblich auf einer täglichen, interdisziplinären Abstimmung basiert und daher planerisch vorgesehen sein soll. Sie erkennt aber auch an, dass unplanbare Umstände in dem vorgesehenen Ablauf aus Übergabe-, Kurven-, Abteilungs- und Bettvisiten eine medizinisch vertretbare, organisatorische Flexibilität erfordern und höhere Richtwerte im klinischen Alltag schwer sicherzustellen sind. Aus welchem Grund der Schlichtungsausschuss in seiner Entscheidung deutlich über die fachgesellschaftliche Anforderung hinaus gegangen ist, ist nicht bekannt. Auf diese Weise wird einem Bereich mit ohnehin hoher Belastungsintensität ein unverhältnismäßig starres Korsett auferlegt.
- In einem Behandlungsintervall von 28 Tagen wird die obere Intervallgrenze von 552 Punkten für den OPS 8-98f.11 bei einer durchschnittlichen Behandlungs- und Erkrankungsschwere von insgesamt 20 SAPSII- und TISS-10-Punkten pro Tag erreicht. Der überwiegende Teil aller Episoden von maximal 28 Tagen in der aufwendigen intensivmedizinischen Behandlung dürfte durch die OPS 8-98f.0, 8-98f.10 und 8-98f.11 abgebildet werden. In den vom InEK zur Verfügung gestellten Daten des Jahres 2024 fallen 86% aller Aufenthalte mit aufwendiger Intensivmedizinischer Behandlung in dieses „untere“ Punkte-Intervall. Das bedeutet, dass fast 90% aller aufwendigen intensivmedizinischen Behandlungen maximal einen fehlerhaften Visitenachweis tolerieren [4]. Die Dauer der aufwendigen Intensivmedizinischen Behandlung wird in öffentlich zugänglichen Daten nicht separat ausgewiesen, da die ökonomische Relevanz über die tägliche Summe an SAPSII und TISS-10 Punkten und nicht durch Behandlungstage erfasst wird. Die Verteilung der Dauer aller intensivmedizinischen Behandlungen fällt nach wenigen Tagen steil ab, da die überwiegende Zahl der Behandlungen einen kurzen Zeitraum von wenigen Tagen einnehmen. Daraus folgt, dass bei den meisten Behandlungen eine Null-Fehler-Toleranz bezüglich der Visiten Erfassung gilt. Aus intensivmedizinischer und Qualitätsmanagement-Sicht erscheint diese Vorgabe unverhältnismäßig streng.
- In Phasen hoher z. B. saisonal bedingter Arbeitsverdichtung erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit auch eine Flexibilität von Seiten der intensivmedizinischen Betreuung bei Verlegungen, Aufnahmen und auch interdisziplinären Visiten. Das Risiko für Dokumentationsmängel ist in solchen Phasen durch die erforderliche Fokussierung auf hochkomplexe Behandlungen und ausgewählte Visiten erhöht. Bei einer Intensivstation besteht somit die rechnerische Möglichkeit des Verlustes des OPS aus dem Bereich 8-98f über alle zu diesem Zeitpunkt behandelten Patienten. Es handelt sich dabei um ein unwahrscheinliches, artifizielles Konstrukt, das aber einen Einfluss erheblicher ökonomischer Folgen auf organisatorische und medizinische Entscheidungen verdeutlichen soll.

Die offenen Punkte und mögliche Folgen:

- Im Falle einer Prüfung, in deren Folge die Erfassung des OPS 8-98f abgelehnt wird, kann ersatzweise die „normale“ intensivmedizinische Komplexbehandlung geltend gemacht werden, da diese keine tägliche Visite als Mindestmerkmal aufweist. Solche in der Kalkulationsstichprobe verbleibende Fälle verzerren die Kostenverteilung der unterschiedlichen Intensivbehandlungen. Diese Einschränkung muss bei der Kalkulation berücksichtigt werden.
- Die Dokumentation aller an einer Visite Beteiligten ist in den wenigsten klinischen Systemen und PDMS vorgesehen. Da die Dokumentation der Visiten in aller Regel nicht von der Behandlungsleitung mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin vorgenommen wird, muss eine zusätzliche Möglichkeit zur Protokollierung aller Anwesenden geschaffen werden.

Bei dieser Dokumentation handelt es sich um einen rein bürokratischen Akt der weder einen Platz in den bestehenden digitalen Systemen noch den medizinisch begründeten Abläufen hat.

- Die sprachliche Regelung einer „tägliche Visite“ ist bezüglich der Festlegung auf einen Behandlungs- oder einen Kalendertag nicht eindeutig. Diese wird dann interessant, wenn die Aufnahme auf die Intensivstation zum Ende des Tages erfolgt. Wenn die Aufnahme außerhalb des Anwesenheitsintervalls des Facharztes mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin erfolgt („werktags zwischen 6 und 22 Uhr mindestens 7 Stunden“ [5]), muss ein Facharzt mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin innerhalb von 30 Minuten eine Visite durchführen können. Gemäß der vorliegenden Entscheidung würde anderenfalls bereits eine Visite innerhalb der ersten 14 Behandlungstage fehlen und der OPS 8-98f nicht abrechnungsfähig sein. In solchen Fällen dürften Diskussionen über den geeigneten Aufnahmezeitpunkt auf die Station entbrennen. Zwar hat die SEG-4 in ihrer KDE-619 eine Visite innerhalb der ersten 24 Stunden entsprechend der Erfassung der SAPS-II und TISS-10 Punkte als ausreichend anerkannt. Bei den KDEs der SEG-4 handelt es sich jedoch, wie auch bei den Antworten des FoKA, um Empfehlungen ohne verbindliche Gültigkeit, sodass die Inhalte der SAB Entscheidung als quasi DKR prüfungsentscheidend sein werden [6]. Es ist eine Klarstellung von Seiten des BfArM notwendig, wie die Interpretation der Mindestmerkmale im Falle einer Aufnahme außerhalb der werktäglichen Regel-Anwesenheit zu erfolgen hat.
- Die Regelungen zur Kombination der Summenschlüssel bei Unterbrechungen von Komplexbehandlungen sind bislang eindeutig. Warum mit der jetzt getroffenen Entscheidung von einem etablierten und langjährig genutzten Verfahren zur Addition von Leistungen abgewichen wird, ist schwer verständlich. Bei Bedarf können Phasen mit fehlender Dokumentation als interne Verlegungen interpretiert werden. Es ist bereits in verschiedenen Bereichen üblich, organisatorisch-abteilungsbezogene Verlegungen vorzunehmen, ohne dass PatientInnen Zimmer oder Bett wechseln müssen. Die aufwendige intensivmedizinische Behandlung vor und nach Dokumentationsdefiziten können dann zusammengefasst werden, wenn es sich um Verlegungen handelt. Im Zweifelsfall endet die aufwendige intensivmedizinische Behandlung am Tag des Dokumentationsmangels und beginnt erneut am Ende des Tages. Mit diesem administrativen Akt bleibt die Abbildung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung gewahrt ohne einen Totalverlust hinnehmen zu müssen.
- Aus anderen Bereichen des OPS ist bereits bekannt, dass Handzeichen oder Namen von Teilnehmenden systematisch in die Dokumentation integriert werden, wenn mit ihrem Fehlen ein derart großes ökonomisches Risiko verbunden ist. Wie soll im Rahmen einer Prüfung aber nachgewiesen werden, dass die Kennzeichnung tatsächlich von anwesenden, qualifizierten Mitarbeitenden vorgenommen worden ist? Dort kommen wir in einen Mischbereich aus Struktur- und Einzelfallprüfung mit den bekannten Fragen des Datenschutzes im Umgang mit mitarbeiterbezogenen Daten bei Kontakt mit Medizinischem Dienst, aber auch anderen prüfenden Institutionen wie privaten Krankenversicherern (PKV), Knappschaft und Berufsgenossenschaften ohne Zugriff auf Daten der Strukturprüfungen. Ein medizinisch-qualitativer Gewinn muss über den zusätzlichen bürokratischen Aufwand angezweifelt werden.

Im Endeffekt werden wahrscheinlich vergleichsweise wenige Behandlungen auf dem Boden der SAB Entscheidung S20260001 geprüft und gekürzt werden – jedoch birgt sie das Potenzial, den Prüf- und damit Bürokratieaufwand zur Ermittlung des entsprechenden OPS-Kodes erheblich zu steigern. Ohne die getroffene Entscheidung des SABs hätten die bestehenden Regelungen beibehalten werden können. Behandlungszeiten ohne die erforderliche Minstdokumentation hätten unter Verweis auf die Klarstellungen des BfArM nicht bei der Kalkulation des Gesamt-Intensivscores berücksichtigt werden dürfen.

Als Beteiligte in den Krankenhäusern, den Versicherungen und den Sozialgerichten müssen wir kritisch hinterfragen, für welche Entscheidungen der Schlichtungsausschuss Bund tatsächlich angerufen werden sollte. Aus Sicht des FoKA darf der Kompromiss einer Schlichtung keinen grundsätzlich negativen Einfluss auf die Qualität der Klassifikation und Kalkulation des DRG-Systems haben.

Diese Entscheidung lässt all jene zweifelnd zurück, die sich konstruktiv für eine evidenzbasierte, medizinische Weiterentwicklung der Klassifikationssysteme und eine datengetriebene, ökonomische Entwicklung des G-DRG-Systems einsetzen. Mit der Kritik muss aus diesem Grunde auch der Aufruf an alle im DRG-System Tätigen erfolgen, aufmerksam auf unklare Merkmale und strittige Konstellationen zu achten und diese aktiv in die dafür vorgesehenen Vorschlagsverfahren einzubringen. Es bleibt abzuwarten, ob die im Zentrum der Interpretation stehenden Merkmale klassifikatorisch mit Zustimmung der Selbstverwaltungspartner angepasst werden können.

Der FoKA steht Ihnen dabei weiterhin als qualifizierter Ansprechpartner zur Verfügung.

5. Quellen:

- [1] Beschluss des BSG vom 12.06.2025, B 1 KR 57-24 B
- [2] https://www.g-drg.de/content/download/19020/file/Entscheidung_S20260001%20%28KI%C3%A4rung%20Kodierung%20und%20Abrechnung%20des%20OPS-8-98f.%29%2029.07.2026.pdf
- [3] DIVI, QUALITÄTSINDIKATOREN INTENSIVMEDIZIN, 4. REVIDIERTE AUFLAGE 2024
- [4] InEK DatenBrowser - Datenlieferung Kosten DRG 2024 gruppiert nach 2026 ("DRG-Reportbrowser"), Abfrage am 11.08.2026
- [5] <https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2026/block-8-97...8-98.htm#code8-98f>
- [6] <https://foka.medizincontroller.de/index.php/KDE-619>

Heidelberg, 21. August 2026

Dr. med. Lars Schäfer

Leitung Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) der DGfM

E-Mail: lars.schaefer@medizincontroller.de