50. Jour-fixe Medizin-Controlling

22. Mai 2025, 15:00 bis 16:30 Uhr, Gebäude C083, EG, Raum 266

Heutige Themen:

Sepsis: Neues Verfahren in der Externen Qualitätssicherung erfordert hohe Kodierqualität

Wie können universitäre Leistungen identifiziert werden?
Die Unimax-Klassifikation gibt Antworten

Ohne Prüfung kann Deutschland keine Revolution: Was zu Strukturprüfungen der Leistungsgruppen durch den MD bisher bekannt ist

DRG-System-XXL.reloaded oder Revolution der Krankenhausvergütung: Leistungsgruppen

Verabschiedung Frau German

Alle Präsentationen des heutigen Nachmittags stehen Ihnen als PDF-Download in der Rubrik „Aktuelles“ auf der Intranetseite des Medizin-Controllings zur Verfügung:

https://www.ukb.intern/medco

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Kodierung im DRG-System

Marc Deschka

UNIVERSITÄT BONN
75 JAHRE
ukb universitäts klinikumbonn

Ab dem 1.1.2026 löst die Kodierung einer „Sepsis“ einen neuen QS-Bogen aus

Gemeinsamer Bundesausschuss

Über den G-BA | Themen | Richtlinien | Beschlüsse | Bewertungsverfahren | Studien

Beschlüsse > Qualitätssicherung > Sektorenübergreifende Qualitätssicherung > Richtlinie zur datengestützt...

Beschluss

Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung:
Themenspezifische Bestimmungen für ein Verfahren 20 – Diagnostik und Therapie der Sepsis

Beschlussdatum: 19.12.2024

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

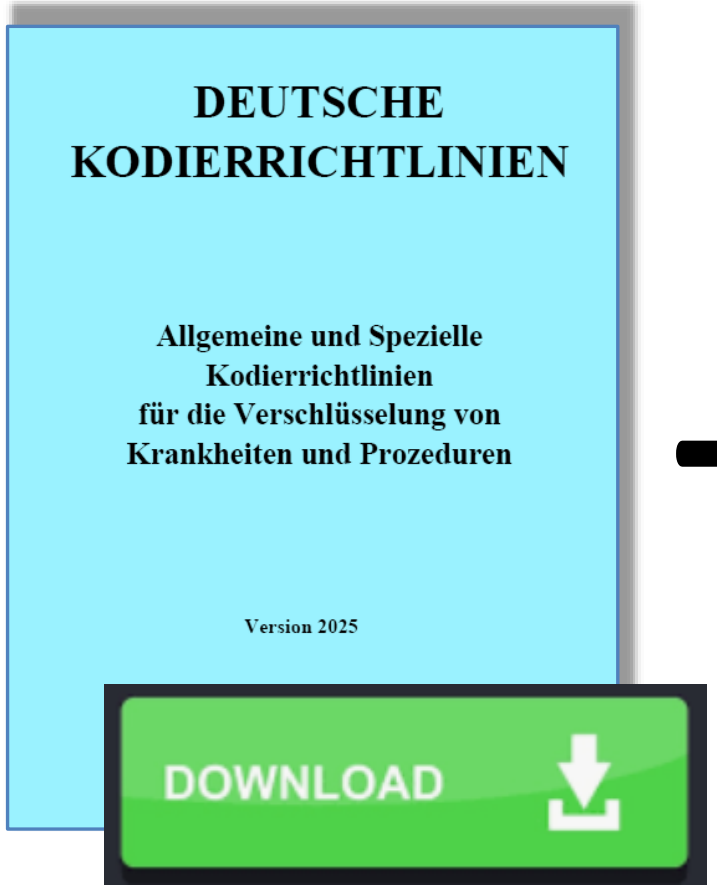
Das Verfahren beinhaltet eine fallbezogene QS-Dokumentation für über 18jährige gesetzlich versicherte Patientinnen und Patienten mit Sepsis, eine Einrichtungsbefragung der Krankenhäuser sowie Sozialdaten der Krankenkassen.

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Um zu verhindern, dass es zu einer irrtümlichen Auslösung von QS-Bögen bei „Nicht-Sepsis-Patienten“ kommt, kommt der korrekten Kodierung der Sepsis eine entscheidende Bedeutung zu:

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

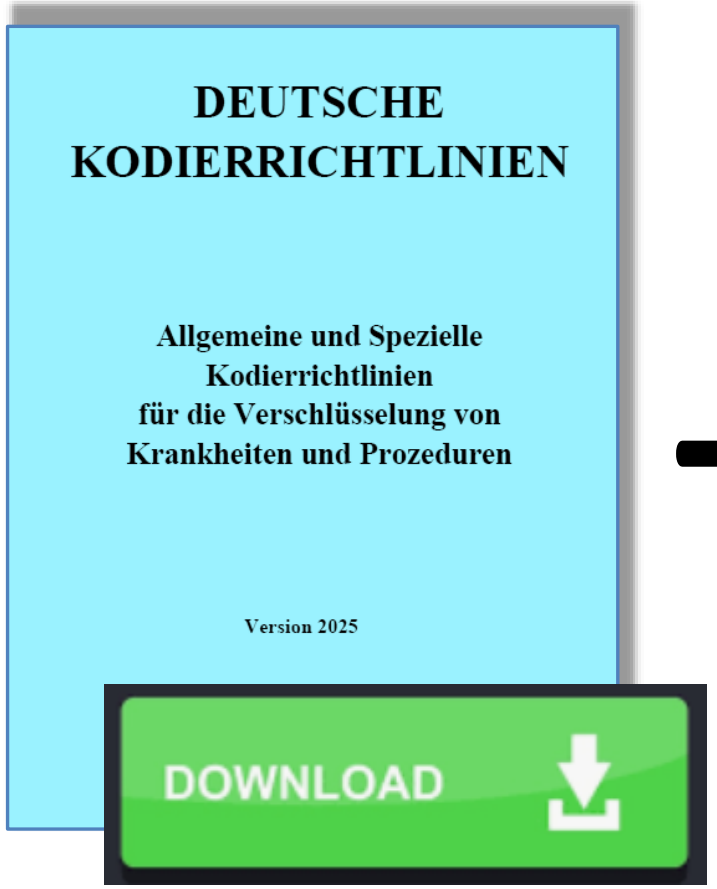
Um zu verhindern, dass es zu einer irrtümlichen Auslösung von QS-Bögen bei „Nicht-Sepsis-Patienten“ kommt, kommt der korrekten Kodierung der Sepsis eine entscheidende Bedeutung zu:



+

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Um zu verhindern, dass es zu einer irrtümlichen Auslösung von QS-Bögen bei „Nicht-Sepsis-Patienten“ kommt, kommt der korrekten Kodierung der Sepsis eine entscheidende Bedeutung zu:



+

=

Definition: *„Sepsis ist eine akut lebensbedrohliche Organdysfunktion, hervorgerufen durch eine inadäquate Wirtsantwort auf eine Infektion.“*

Für das Pflichtkriterium „Organdysfunktion“ zur Diagnosestellung einer Sepsis wird diese bei Erwachsenen (Alter ≥ 18 Jahre) als eine **Veränderung** (Anstieg oder Abfall) des nachstehenden Sequential-Organ-Failure-Assessment (SOFA) um ≥ 2 Punkte definiert:

Score	0	1	2	3	4
Kardiovaskuläres System (Kreislaufsituation)	MAP ≥ 70 und keine Vasopressoren	MAP < 70 und keine Vasopressoren	Dopamin ≤ 5 µg/kg/min oder Dobutamin (jede Dosis)	Dopamin > 5 - ≤15 µg/kg/min oder (Nor)adrenalin ≤0,1 µg/kg/min	Dopamin > 15 µg/kg/min oder (Nor)adrenalin >0,1 µg/kg/min
Atmungssystem (PaO_2/FiO_2)	> 400 mmHg (> 53,2 kPa)	301–400 mmHg (39,9–53,1 kPa)	201–300 mmHg (26,6–39,8 kPa)	101–200 mmHg (13,3–26,5 kPa)	≤ 100 mmHg (< 13,3 kPa)
Gerinnungssystem (Thrombozytenzahl)	>150 ´ $10^3/mm^3$	100-149 ´$10^3/mm^3$	50–99 ´$10^3/mm^3$	20–49 ´$10^3/mm^3$	<20 ´$10^3/mm^3$
Niere (Serum-Kreatinin und Urinausscheidung)	<1,2 mg/dl (<110 µmol/l)	1,2–1,9 mg/dl (110–170 µmol/l)	2,0–3,4 mg/dl (171– 299 µmol/l)	3,5–4,9 mg/dl (300–440 µmol/l) oder Harnausscheidung <500 ml/24h	≥5,0 mg/dl (≥ 441 µmol/l) oder Harnausscheidung <200 ml/24h
Leber (Gesamt-Bilirubin)	<1,2 mg/dl (< 20 µmol/l)	1,2–1,9 mg/dl (20–32 µmol/l)	2,0–5,9 mg/dl (33–101 µmol/l)	6,0–11,9 mg/dl (102–204 µmol/l)	≥12 mg/dl (≥205 µmol/l)
Zentrales Nerven System (Glasgow-Coma-Scale)	15	13–14	10–12	6–9	≤ 5

Kodierung:

1. ICD-Kode für die Sepsis

A02.1	Salmonellensepsis
A20.7	Pestsepsis
A22.7	Milzbrandsepsis
A26.7	Erysipeloithrix-Sepsis
A32.7	Listeriensepsis
A39.2	Akute Meningokokkensepsis
A39.3	Chronische Meningokokkensepsis
A39.4	Meningokokkensepsis nicht näher bezeichnet
A40.-	Streptokokkensepsis
A41.-	Sonstige Sepsis
A42.7	Aktinomykotische Sepsis
B00.70	Sepsis durch Herpesviren
B34.80	Sepsis durch Viren, anderenorts nicht klassifiziert

B37.7	Candida-Sepsis
B38.70	Sepsis durch Coccidioides
B39.30	Sepsis durch Histoplasma capsulatum
B40.70	Sepsis durch Blastomyces
B41.70	Sepsis durch Paracoccidioides
B42.70	Sepsis durch Sporothrix
B44.70	Sepsis durch Aspergillus
B45.70	Sepsis durch Cryptococcus
B46.40	Sepsis durch Mucorales
B48.80	Sepsis durch Pilze, anderenorts nicht klassifiziert
B58.90	Sepsis durch Toxoplasmen
B60.80	Sepsis durch Protozoen, anderenorts nicht klassifiziert
P36.–	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen

Kodierung:

2. ICD-Kode für den zeitlichen Bezug zur stat. Krankenhausaufnahme

U69.80!	Nicht-nosokomiale Sepsis: Sepsis, vor dem dritten Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend
U69.81!	Nosokomiale Sepsis: Sepsis, ab dem dritten Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend
U69.82!	Sepsis mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme

Kodierung:

3. Kodes für Organdysfunktionen und deren Behandlung

Atmungssystem	
J80.0-	Akutes Atemnotsyndrom des Kindes, Jugendlichen und Erwachsenen (ARDS)
J95.2	Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
J95.3	Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation
J96.-	Respiratorische Insuffizienz
R09.2	Atemstillstand
R06.88	Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen der Atmung (Tachypnoe)
8-700.-	Offenhalten der oberen Atemwege
8-701	Einfache endotracheale Intubation
8-704	Intubation mit Doppellumentubus
8-706	Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung
8-713.0	Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Erwachsenen: Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen [HFNC-System]
8-714.0-	Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen: Inhalative Stickstoffmonoxid-Therapie
8-714.1	Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen: Oszillationsbeatmung
8-714.x	Spezialverfahren zur maschinellen Beatmung bei schwerem Atemversagen: Sonstige Beatmungsstunden

Kodierung:

3. Kodes für Organdysfunktionen und deren Behandlung

Zentrales Nerven System	
F05.-	Delir
G93.4	Enzephalopathie, nicht näher bezeichnet
G94.32	Septische Enzephalopathie
K72.7-!	Hepatische Enzephalopathie
R40.0	Somnolenz
R40.1	Sopor
R40.2	Koma, nicht näher bezeichnet

Kodierung:

3. Kodes für Organdysfunktionen und deren Behandlung

Leber

K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet
R17.0	Hyperbilirubinämie mit Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert
R17.9	Hyperbilirubinämie ohne Angabe von Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert

Kodierung:

3. Kodes für Organdysfunktionen und deren Behandlung

Niere

N17.--	Akutes Nierenversagen
R34	Anurie und Oligurie

8-853.-	Hämofiltration
8-854.-	Hämodialyse
8-855.-	Hämodiafiltration
8-857.-	Peritonealdialyse
8-85a.-	Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates

Kodierung:

3. Kodes für Organdysfunktionen und deren Behandlung

Gerinnungssystem

D65.-	Disseminierte intravasale Gerinnung
D69.5-	Sonstige sekundäre Thrombozytopenie
D69.6-	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet

8-800.6	Patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate
8-800.d	Pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrat
8-800.f	Apherese-Thrombozytenkonzentrat
8-800.g	Thrombozytenkonzentrat
8-800.h	Pathogeninaktiviertes Thrombozytenkonzentrat
8-800.j	Weitere pathogeninaktivierte Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.k	Weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate
8-800.m	Weitere Thrombozytenkonzentrate
8-800.n	Weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate
8-810.6	Rekombinanter aktivierter Faktor VII
8-810.7	Plasmatischer Faktor VII
8-810.8	Rekombinanter Faktor VIII
8-810.9	Plasmatischer Faktor VIII

Kodierung:

4. Kodes für den Infektfokus, z.B.:

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Kode-Suche in ICD-10-GM Version 2025

Dreisteller-Eingabe:

OK!

Übersicht über die Kapitel

N30.- **Zystitis**

Soll der Infektionserreger (B95-B98) oder das verursac
angegeben werden, ist eine zusätzliche Schlüsselnum

Exkl.: Prostatazystitis (N41.3)

N30.0 **Akute Zystitis**

Exkl.: Strahlenzystitis (N30.4)
Trigonumzystitis (N30.3)

N30.1 **Interstitielle Zystitis (chronisch)**

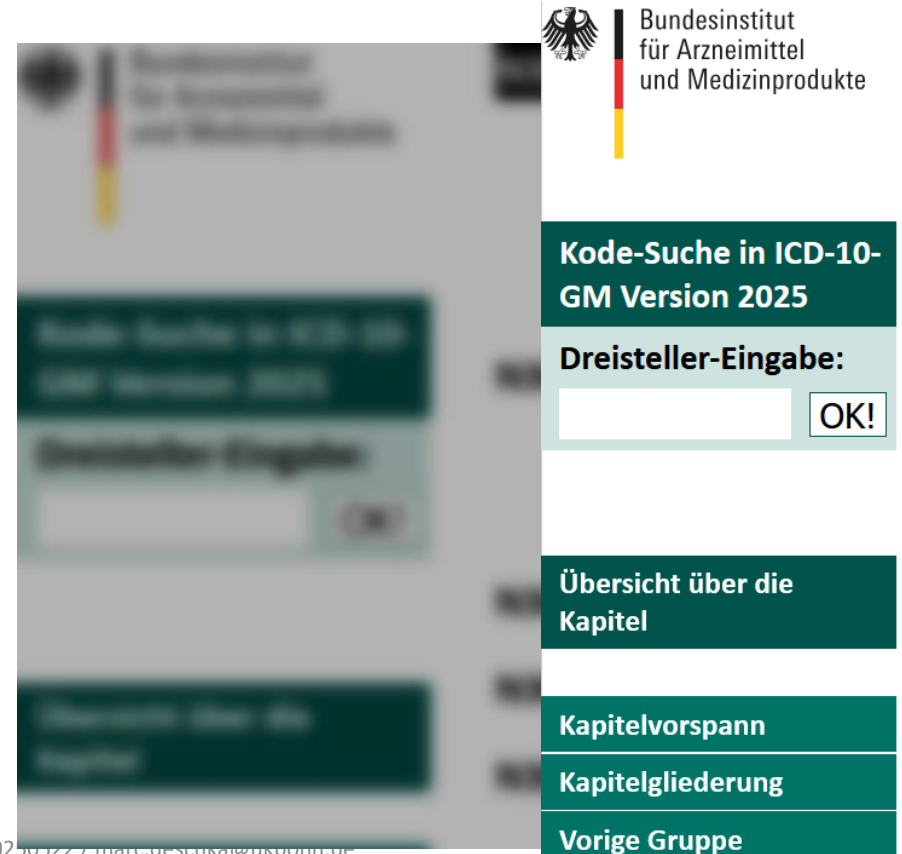
N30.2 **Sonstige chronische Zystitis**

N30.3 **Trigonumzystitis**

Urethrotrigonumzystitis

Kodierung:

4. Kodes für den Infektfokus, z.B.:



Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Kode-Suche in ICD-10-GM Version 2025

Dreisteller-Eingabe:

OK!

Übersicht über die Kapitel

Kapitelvorspann

Kapitelgliederung

Vorige Gruppe

J15.- **Pneumonie durch Bakterien, anderenorts nicht klassifiziert**

Inkl.: Bronchopneumonie durch andere Bakterien als Streptococcus pneu
und Haemophilus influenzae

Benutze für Zwecke der externen Qualitätssicherung nach § 137 SGB V eine zu
Schlüsselnummer (U69.01!, U69.04!), um den zeitlichen Bezug einer vollstatio
behandelten Pneumonie bei erwachsenen Personen (18 Jahre und älter) zur st
Krankenhausaufnahme anzugeben.

Exkl.: Angeborene Pneumonie (P23.-)
Legionärskrankheit (A48.1)
Pneumonie durch Chlamydien (J16.0)

J15.0 **Pneumonie durch Klebsiella pneumoniae**

J15.1 **Pneumonie durch Pseudomonas**

J15.2 **Pneumonie durch Staphylokokken**

J15.3 **Pneumonie durch Streptokokken der Gruppe B**

Kodierung:

5. Kodes für den/die spezifischen Erreger:

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Kode-Suche in ICD-10-GM Version 2025

Dreisteller-Eingabe:

OK!

Übersicht über die Kapitel

B95.-!	**Streptokokken und Staphylokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**
B95.0!	**Streptokokken, Gruppe A, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**
B95.1!	**Streptokokken, Gruppe B, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**
B95.2!	**Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**
B95.3!	**Streptococcus pneumoniae als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**
B95.4-!	**Sonstige Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**

Kodierung:

5. Kodes für den/die spezifischen Erreger:

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Kode-Suche in ICD-10-GM Version 2025

Dreisteller-Eingabe:

b96 OK!

Übersicht über die Kapitel

Kapitelvorspann

B96.2! **Escherichia coli [E. coli] und andere Enterobacterales als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**

Enterobacter

Klebsiella

Morganella

Proteus

Serratia

B96.3! **Haemophilus und Moraxella als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind**

HACEK-Gruppe [Haemophilus, Actinobacillus, Cardiobacterium hominis, Eikenella, Kingella]

Haemophilus influenzae [H. influenzae]

B96.5! **Pseudomonas und andere Nonfermenter als Ursache von Krankheiten, die in anderen**

Kodierung:

6. Kodes für Erreger-Resistenzen:

Bundesinstitut
für Arzneimittel
und Medizinprodukte

Kode-Suche in ICD-10-GM Version 2025

Dreisteller-Eingabe:

OK!

Übersicht über die Kapitel

Kapitelvorspann

U80.00! Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA]

Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin und ggf. geg
Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone

U80.01! Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Glykopeptid-Antibiotika, Chinolone, Streptogramine oder Oxazolidinone und ohne Resistenz gegen Oxacillin oder Met

U80.1-! Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin, Oxacillin, Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine

U80.10! Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin

Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin und ggf. Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinone oder Streptogramine

U80.11! Streptococcus pneumoniae mit Resistenz gegen Makrolid-Antibiotika, Oxazolidinc
Streptogramine und ohne Resistenz gegen Penicillin oder Oxacillin

Kodierung:

7. Kode bei „Septischem Schock“

Septischer Schock

Definition: eine trotz adäquater Volumentherapie persistierende arterielle Hypotension mit der Notwendigkeit einer Therapie mit Vasopressoren, um einen mittleren arteriellen Blutdruck von ≥ 65 mmHg zu erreichen. Gleichzeitig muss der Laktatwert im Serum > 2 mmol/l (> 18mg/dl) betragen.

R57.2	**Septischer Schock**

Bei erwachsenen Personen (≥ 18 Jahre) grundsätzlich in Kombination mit:

U69.83!	Nicht-nosokomialer septischer Schock: Septischer Schock, vor dem dritten Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend
U69.84!	Nosokomialer septischer Schock: Septischer Schock, ab dem dritten Kalendertag der Krankenhausaufnahme auftretend
U69.85!	Septischer Schock mit unklarem Zeitpunkt des Beginns mit Bezug zur Krankenhausaufnahme

Kodierung:

8. Kode bei „SIRS“

SIRS (Systemisches inflammatorisches Resonse-Syndrom)

Nach der Definition der internationalen Sepsis-3-Konsensus-Konferenz kann ein SIRS mit Organdysfunktion ein diagnostisches Kriterium einer manifesten Sepsis sein. Im Gegensatz zum früheren Verständnis der Pathophysiologie septischer Erkrankungsbilder ist der Nachweis eines SIRS zur Sicherung der Diagnose Sepsis nicht erforderlich.

R65.1!	Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen

Für das Vorliegen eines SIRS müssen mindestens zwei der folgenden Faktoren erfüllt sein:

- Fieber (mind. 38°C) oder Hypothermie (36°C od. weniger) bestätigt durch eine rektale oder intravasale Messung
- Tachykardie: Herzfrequenz mind. 90/min
- Tachypnoe (Frequenz mind. 20/min) oder Hyperventilation ($PaCO_2$ 4,3 kPa od. weniger/ 33 mmHg od. weniger)
- Leukozytose (mind. 12.000/mm^3) oder Leukopenie (4.000/mm^3 od. weniger) oder mind. 10% unreife Neutrophile im Differentialblutbild

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Bezüglich der Angabe von Organkomplikationen muss mindestens eine der folgenden Organfunktionen nicht anderweitig erklärbar beeinträchtigt sein. Einer dieser Organfunktionsausfälle oder die Kombination aus mehreren Organfunktionsausfällen ist lebensbedrohlich:

- Akute Enzephalopathie: Eingeschränkte Vigilanz, Desorientiertheit, Unruhe, Delirium
- Arterielle Hypotension; Schock: Systolischer Blutdruck 90 mmHg od. weniger oder mittlerer arterieller Blutdruck 70 mmHg od. weniger für mind. 1 Stunde trotz adäquater Volumenzufuhr; andere Schockursachen ausgeschlossen. oder für wenigstens 2 Stunden systolischer arterieller Blutdruck bei mind. 90 mmHg bzw. mittlerer arterieller Blutdruck 70 mmHg od. weniger oder notwendiger Einsatz von Vasopressoren (Dopamin mind. 5 µg/kg/min bzw. Noradrenalin, Adrenalin, Phenylepinephrin oder Vasopressin unabhängig von der verabreichten Dosierung), um den systolischen arteriellen Blutdruck mind. 90 mmHg oder den arteriellen Mitteldruck mind. 70 mmHg zu halten. Die Hypotonie besteht trotz adäquater Volumengabe und ist nicht durch eine andere Schockform zu erklären.
- Relative oder absolute Thrombozytopenie: Abfall der Thrombozyten um mehr als 30% innerhalb von 24 Stunden oder Thrombozytenzahl 100.000/mm^3 od. weniger. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung muss ausgeschlossen sein.
- Arterielle Hypoxämie: PaO_2 10 kPa od. weniger (75 mmHg od. weniger) unter Raumluft oder ein PaO_2/FiO_2-Verhältnis von 33 kPa od. weniger (250 mmHg od. weniger) unter Sauerstoffapplikation. Eine manifeste Herz- oder Lungenerkrankung muss als Ursache der Hypoxämie ausgeschlossen sein.
- Renale Dysfunktion: Eine Diurese von 0.5 ml/kg/h od. weniger für wenigstens 2 Stunden trotz ausreichender Volumensubstitution und/oder ein Anstieg des Serumkreatinins auf mehr als zweifach oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.
- Metabolische Azidose: Base Excess -5 mmol/l od. weniger oder eine Laktatkonzentration über 1,5-fach oberhalb des lokal üblichen Referenzbereiches.

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Zur Ermittlung des SOFA-Scores werden die Punkte für die verschiedenen Organsysteme addiert. Die Bewertungspunkte reichen jeweils von 0 bis 4. Der schlechteste Parameterwert jedes einzelnen Tages wird jeweils in die Wertung eingebracht. Das Nicht-Vorliegen eines Parameters geht mit 0 Punkten in die Berechnung ein.

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Bei Patienten, bei denen vor Eintritt der Sepsis offensichtlich keine Begleiterkrankungen im Sinne einer Organdysfunktion vorliegen, wird von einem Ausgangswert des SOFA-Scores von 0 ausgegangen. Bei vorbekannten Organdysfunktionen sind bei der Berechnung des SOFA-Scores die Punkte für die chronische(n) Grundkrankheit(en) zu berücksichtigen. In diesem Fall wird der Ausgangswert des SOFA-Scores durch die vorbestehende(n) Organdysfunktion(en) definiert und es ist nur der akute Anstieg zum (anzunehmenden) Grundwert zu berücksichtigen.

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Organdysfunktionen, die offensichtlich nicht durch die Sepsis verursacht sind, dürfen nicht als Kriterium für die Diagnose einer sepsisassoziierten Organdysfunktion verwendet werden.

Aus dem Arztbrief sollte hervorgehen, dass die Sepsis die aufgetretenen Organdysfunktionen verursacht hat. Beispiel Sepsis-assoziierte Thrombozytopenie: *„Eine akute Blutung oder immunologische Ursache für die Thrombozytopenie wurde ausgeschlossen.“*

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Grundsätzlich sind bei Verdacht auf eine Sepsis Materialien für die mikrobiolgische Diagnostik einschließlich Blutkulturen zu entnehmen. Das Untersuchungsmaterial muss hierbei mindestens zwei Blutkultur-Sets (bestehend aus aerober und anaerober Flasche) umfassen.

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Auf Kriterien zur Kodierung einer Sepsis im Kindesalter wird in den DKR 2025 nicht eingegangen. Weiterführende Informationen zu diesem Thema finden Sie im „Kodierleitfaden Sepsis 3.0“ der DSG.

Danke,

dass Sie zugehört haben.

Qualitätssicherung – neues QS-Verfahren: Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Sepsis (QS SEPSIS)

Fallbezogene Dokumentation

H.-J. Richter, 22.05.2025

QS-Sepsis

DEUTSCHLAND ERKENNT SEPSIS

SEPSIS-**FAKTEN**

- Mindestens **230.000 Menschen** in Deutschland erkranken jährlich an einer Sepsis.
- **Alle 6 min verstirbt** ein Mensch in Deutschland an Sepsis, das sind **85.000 Menschen jährlich**.
- Es versterben **doppelt so viele** Menschen im Krankenhaus an einer Sepsis wie **an Schlaganfall und Herzinfarkt gemeinsam**.
- **75 %** der Überlebenden erleiden **Spätfolgen**.
- Dabei wäre ein **großer Teil** der Spätfolgen und Todesfälle **vermeidbar**.
- **Typische Symptome sind**: starke Schmerzen, nie gekanntes Krankheitsgefühl, Verwirrtheit, Herzrasen, Atemnot, Fieber / Schüttelfrost, kalte / feuchte / fleckige Haut.

#DeutschlandErkenntSepsis

Siehe Sepsis-Fakten: Sepsis: Ursachen, Symptome und Risikogruppen

Sepsis ist ein Querschnittthema!

- Die hohe Sterblichkeit sowie die in der Regel kostenintensive Versorgung der Betroffenen erfordert die Implementierung eines standardisierten Vorgehens in der **Erkennung, Diagnostik und Therapie** der Sepsis inkl. schriftlicher Dokumentation sowie Einhaltung interner Anweisungen und Verfahrensvorgaben **(SOP).**
- Darüber hinaus ist die **umfassende Schulung** des Personals erforderlich.
- Ebenso wichtig ist die **korrekte Kodierung** sowie Dokumentation im Einzelfall zur Erlössicherung.

Sepsis ist ein medizinischer Notfall
und muss – wie ein Schlaganfall oder ein Herzinfarkt – **umgehend adäquat versorgt werden.** Zur Therapie gehören die Behebung der Infektionsursache (Fokussanierung), die Behandlung mit Antibiotika zur Bekämpfung der Erreger, die Kreislaufunterstützung, und bei schweren Verläufen die intensivmedizinische Organersatztherapie (z. B. Beatmung oder Dialyse). (Quelle: Herausforderung Sepsis Stand: 06.01.2025)

H.-J. Richter

Sepsis-Fälle nach ausgewählten Kliniken:

Auswertung für 2024 über QS-Monitor (Version 2025.2 SP1) Stand 16.04.2025

Klinikname	Sepsis-Fälle
Medizinische Klinik und Poliklinik I	93
Medizinische Klinik und Poliklinik II	77
Medizinische Klinik und Poliklinik III	121
Klinik und Poliklinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie	88
Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie (Unfallchirurgie)	22
Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie	39
Klinik und Poliklinik für Herzchirurgie	59
Klinik und Poliklinik für Urologie und Kinderurologie	15
Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie (Orthopädie)	26
Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen und Ohrenheilkunde	8
Klinik und Poliklinik für Neurologie	38
Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin	14

Rahmenbedingungen

- Qualitätssicherungsverfahren (Datenerhebung) wird am 1. Januar 2026 starten.
- QS-Verfahren adressiert alle gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten ab 18 Jahren, die im stationären Sektor inklusive der Notaufnahmen/Rettungsstellen aufgrund einer Sepsisdiagnose behandelt worden sind.
- QS-Filter (bildet Sepsis-3 Definition ab) soll Patientinnen und Patienten mit Sepsis für dieses Verfahren erkennen.
- Zahlreiche Ein- und Ausschlusskriterien (ICD, OPS, Beatmungsdauern, FA-Aufenthalte, Entlassgründe) für QS-Verfahren zu beachten!
- Einrichtungsvergleichende Abbildung der Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität der Krankenhäuser (Notaufnahmen / Rettungsstellen) bei der Behandlung erwachsener Patientinnen und Patienten mit Sepsis. Berücksichtigung aller relevanten Phasen der Behandlung sowie der Prävention.
- Abbildung der Qualität über Fall- und einrichtungsbezogene sowie sozialdatenbasierte Indikatoren und Kennzahlen (incl. Outcome innerhalb eines Jahres nach Entlassung).
- Krankenhäuser erhalten ab dem Jahr 2026 vierteljährlich Rückmeldeberichte über ihre Ergebnisse im Vergleich zu anderen Einrichtungen. Die Auswertungen können zur Qualitätsverbesserung genutzt werden.
- Veröffentlicht werden die Ergebnisse im jährlichen Qualitätsbericht eines Krankenhauses / in sogenannten Krankenhaus-Vergleichsportalen.

QS-Sepsis

Das Verfahren soll qualitätsrelevante Aspekte messen, vergleichend darstellen und bewerten:

- Einstufung des Sepsisrisikos (mittels Screeninginstrument).
- Durchführung einer mikrobiologischen Diagnostik (Blutkulturen vor Beginn der antimikrobiellen Therapie der Sepsis).
- infektionspräventive Maßnahmen zur Vermeidung von Sepsis (Präventionsprogramm von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen).
- antiinfektive Therapie der Sepsis (Therapieleitlinie zur antiinfektiven Therapie unterstützt durch ein multidisziplinäres Antibiotic-Stewardship-Team).
- standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis (Arbeitsanweisung (SOP) zur Versorgung (Risikoeinschätzung, Diagnostik, Therapie, Nachsorge) bei Sepsis).
- Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Erkennung, Risikoeinstufung und Therapie von Sepsis
- neu aufgetretene Erkrankungen, Pflegebedürftigkeit sowie Überleben der Patientinnen und Patienten

Ziele des Verfahrens:

- Reduzierung der Mortalität, neu auftretenden Morbidität und Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten mit Sepsis
- Verbesserung des Erkennens mittels Screenings und des Diagnostikprozesses mittels Blutkulturen bei Sepsis
- Einführung und Vermittlung von Prozessen bei Sepsis mittels Schulungen und SOP
- Verbesserung der antiinfektiven Therapie der Sepsis
- Verbesserung der Prävention von zentralvenösen Gefäßkatheter-assoziierten Infektionen

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
0150	Innere Medizin/Tumorforschung
0410	Nephrologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0510	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Pädiatrie
0533	Hämatologie und internistische Onkologie/Schwerpunkt Strahlenheilkunde
0710	Gastroenterologie/Schwerpunkt Pädiatrie
1000	Pädiatrie
1051	Langzeitbereich Kinder
1100	Kinderkardiologie
1200	Neonatologie
1300	Kinderchirurgie
1410	Lungen- und Bronchialheilkunde/Schwerpunkt Pädiatrie
1513	Allgemeine Chirurgie/Schwerpunkt Kinderchirurgie
2700	Augenheilkunde
2810	Neurologie/Schwerpunkt Pädiatrie
2900	Allgemeine Psychiatrie
3000	Kinder- und Jugendpsychiatrie
3100	Psychosomatik/Psychotherapie
3200	Nuklearmedizin
3300	Strahlenheilkunde
3610	Intensivmedizin/Schwerpunkt Pädiatrie
3700	Sonstige Fachabteilung
3751	Radiologie

Schlüssel 6 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	Fachabteilungen
3752	Palliativmedizin
3753	Schmerztherapie
3754	Heiltherapeutische Abteilung
3756	Suchtmedizin

Tabelle 1: Übergreifender Ausschluss von Fällen mit Behandlung auf Fachabteilungen gemäß Daten-übermittlung nach § 301 Abs. 3 SGB V, Schlüssel 6

OPS (gemäß aktueller OPS-Version)	Bezeichnung
8-982	Palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98e	Spezialisierte stationäre palliativmedizinische Komplexbehandlung
8-98h	Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbe-handlung durch einen Palliativdienst
Schlüssel 5 (§ 301 Abs. 3 SGB V)	**Entlassungsgrund**
11	Entlassung in ein Hospiz

Fälle sind vom QS-Verfahren ausgeschlossen,
- die im Rahmen des stationären Aufenthalts der Sepsis auf einer der in Tbl. 1 gelisteten Fachabteilungen behandelt worden sind oder
- bei denen eine Kodierung einer der OPS 8-982, 8-98e oder 8-98h vorliegt oder
- bei denen eine Entlassung in ein Hospiz stattgefunden hat.

Anforderungen an fallbezogene Dokumentation (Auszug):

- Pat.-Stammdaten, Art der Versicherung
- Aufn./ Entl. Datum & Entl. Grund
- Datum der Sepsisdiagnose
- Entlassdiagnosen ICD u. ausgewählte OPS
- Anzahl Beatmungsstunden
- Instrument des (Risiko-)Screenings (qSOFA, NEWS2, anderes); Datum und Score der ersten Bestimmung
- SOFA-Score (Datum und Score)
- Datum der ersten antibiotischen-/antimykotischen Behandlung
- Datum und Uhrzeit der Blutkulturenabnahme; Anzahl Blutkulturen
- Datum und Uhrzeit der ersten Ergebnisübermittlung zur Erstabnahme der Blutkulturen

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

Kodier-Variante 1:
septischer Schock (R57.2)

ODER

Kodier-Variante 2:
Kode aus Sepsis-Block (ICD-Liste)
UND SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikationen (R65.1)
UND NICHT (ohne) septischer Schock

ODER

Kodier-Variante 3:
Kode aus Sepsis-Block (ICD-Liste)
UND Kode aus Organdysfunktions-Block (ICD/OPS: Atmungssystem, Gerinnungssystem, kardiovaskuläres System, Leber, Niere, ZNS)
UND NICHT (ohne) Kode aus R-Block (ICD-Liste)

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

Alter ≥ 18 Jahre

UND

ICD-10-GM **R57.2 Septischer Schock**

ODER

ICD-10-GM aus **Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“**

UND

ICD-10-GM **R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen**

UND NICHT (ohne)

ICD-10-GM **R57.2 Septischer Schock**

ODER

ICD-10-GM Kode aus **Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“**

UND

ICD-10-GM Kode oder OPS aus **„Organdysfunktions-Block“**

UND NICHT (ohne)

ICD-10-GM Kode aus R-Block

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

Kodier-Variante 1

Alter ≥ 18 Jahre

UND

ICD-10-GM **R57.2 Septischer Schock**

ODER

ICD-10-GM aus **Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“**

UND

ICD-10-GM **R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen**

UND NICHT (ohne)

ICD-10-GM **R57.2 Septischer Schock**

ODER

ICD-10-GM Kode aus **Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“**

UND

ICD-10-GM Kode oder **OPS aus „Organdysfunktions-Block“**

UND NICHT (ohne)

ICD-10-GM Kode aus R-Block

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

Kodier-Variante 2

Alter ≥ 18 Jahre
UND
ICD-10-GM **R57.2 Septischer Schock**
ODER
ICD-10-GM aus **Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“** **A02.1, A32.7, A39.1, A39.2, A40.-, A41.-, B37.7**
UND
ICD-10-GM **R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen**
UND NICHT (ohne)
ICD-10-GM **R57.2 Septischer Schock**
ODER
ICD-10-GM Kode aus **Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“**
UND
ICD-10-GM Kode oder **OPS aus „Organdysfunktions-Block“**
UND NICHT (ohne)
ICD-10-GM Kode aus R-Block

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

Kodier-Variante 3

Alter ≥ 18 Jahre
UND
ICD-10-GM **R57.2 Septischer Schock**
ODER
ICD-10-GM aus **Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“**
UND
ICD-10-GM **R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen**
UND NICHT (ohne)
ICD-10-GM **R57.2 Septischer Schock**
ODER
ICD-10-GM Kode aus **Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“**

A02.1, A32.7, A39.1, A39.2, A40.-, A41.-, B37.7

UND
ICD-10-GM Kode oder **OPS aus „Organdysfunktions-Block“**

ICD/OPS: Atmungssystem, Gerinnungssystem, kardiovaskuläres System, Leber, Niere, ZNS

UND NICHT (ohne)
ICD-10-GM Kode aus R-Block

R57.2 Septischer Schock
R65.1! Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom [SIRS] infektiöser Genese mit Organkomplikationen

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

ICD-10-GM aus Diagnose-Block „Sepsis-Kodes“

A02.1 Salmonellensepsis
A32.7 Listeriensepsis
A39.1 Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
A39.2 akute Meningokokkensepsis
A40.- Streptokokkensepsis
A40.0 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A
A40.1 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe B
A40.2 Sepsis durch Streptokokken, Gruppe D, und Enterokokken
A40.3 Sepsis durch Streptococcus pneumoniae
A40.8 Sonstige Sepsis durch Streptokokken
A40.9 Sepsis durch Streptokokken, nicht näher bezeichnet

A41.- Sonstige Sepsis
A41.0 Sepsis durch Staphylococcus aureus
A41.1 Sepsis durch sonstige näher bezeichnete Staphylokokken
A41.2 Sepsis durch nicht näher bezeichnete Staphylokokken
A41.3 Sepsis durch Haemophilus influenzae
A41.4 Sepsis durch Anaerobier
A41.5 Sepsis durch sonstige gramnegative Erreger
A41.51 Escherichia coli [E. coli]
A41.52 Pseudomonas
A41.58 Sonstige gramnegative Erreger
A41.8 Sonstige näher bezeichnete Sepsis
A41.9 Sepsis, nicht näher bezeichnet
B37.7 Candida-Sepsis

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

ICD-10-GM Kode oder OPS aus „Organdysfunktions-Block“

Diagnose-Block „Organdysfunktion Atmungssystem“

J80.0- Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
J95.1 Akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation
J95.2 Akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
J96.0- Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.9- Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet
R09.2 Atemstillstand

8-701 Einfache endotracheale Intubation UND mindestens 1 Beatmungsstunde
8-704 Intubation mit Doppellumentubus UND mindestens 1 Beatmungsstunde
8-706 Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung UND mindestens 1 Beatmungsstunde
5-311 Temporäre Tracheostomie UND mindestens 1 Beatmungsstunde
5-312 Permanente Tracheostomie UND mindestens 1 Beatmungsstunde

Diagnose-Block „Organdysfunktion Gerinnungssystem“

D65.- Disseminierte intravasale Gerinnung [Defibrinationssyndrom]
D69.57 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.58 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.59 Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
D69.6- Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

ICD-10-GM Kode oder OPS aus „Organdysfunktions-Block“

OPS-Block „Organdysfunktion Gerinnungssystem“

8-800.60 bis 6z Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: 1 bis 111 oder mehr patientenbezogene Thrombozytenkonzentrate

8-800.d0 bis dz Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: 1 bis unter 134 pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrate

8-800.j0 bis jf Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: 134 bis 374 oder mehr weitere pathogeninaktiviertes Apherese-Thrombozytenkonzentrate

8-800.f0 bis fz Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: 1 bis unter 134 Apherese-Thrombozytenkonzentrate

8-800.k0 bis kf Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: 134 bis 374 oder mehr weitere Apherese-Thrombozytenkonzentrate

8-800.g0 bis gz Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: 1 bis unter 134 Thrombozytenkonzentrate

8-800.m0 bis mf Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: 134 bis 374 oder mehr weitere Thrombozytenkonzentrate

8-800.h0 bis hz Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: 1 bis unter 134 pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate

8-800.n0 bis nf Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: 134 bis 374 oder mehr weitere pathogeninaktivierte Thrombozytenkonzentrate

8-810.j3 bis jz Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat bis unter 1,0 g bis 160,0 g oder mehr

8-810.x Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Sonstige

8-812.50 bis 5r Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex 500 IE bis unter 200.500 IE oder mehr

8-812.60 bis 64 Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Normales Plasma 1 TE bis 31 TE oder mehr

8-812.80 bis 84 Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Pathogeninaktiviertes Plasma 1 TE bis 31 TE oder mehr

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

ICD-10-GM Kode oder OPS aus „Organdysfunktions-Block“

Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion kardiovaskuläres System“

R57.8 Sonstige Formen des Schocks
E86 Volumenmangel
I95.9 Hypotonie, nicht näher bezeichnet
I46.0 Herzstillstand mit erfolgreicher Wiederbelebung
I46.9 Herzstillstand, nicht näher bezeichnet
8-771 Kardiale oder kardiopulmonale Reanimation
8-779 Andere Reanimationsmaßnahmen

Diagnose-/OPS-Block „Organdysfunktion Leber“

K72.0 Akutes und subakutes Leberversagen
K72.9 Leberversagen, nicht näher bezeichnet
R17.- Hyperbilirubinämie, mit oder ohne Gelbsucht, anderenorts nicht klassifiziert
8-858 Extrakorporale Leberersatztherapie [Leberdialyse]

Diagnose-Block „Organdysfunktion Niere“

N17.02/03 Akutes Nierenversagen mit Tubulusnekrose, Stadium 2 / Stadium 3
N17.12/13 Akutes Nierenversagen mit akuter Rindennekrose, Stadium 2 / Stadium 3
N17.22/23 Akutes Nierenversagen mit Marknekrose, Stadium 2 / Stadium 3
N17.82/83 Sonstiges akutes Nierenversagen, Stadium 2 / Stadium 3
N17.92/93 Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet, Stadium 2 / Stadium 3

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

ICD-10-GM Kode oder OPS aus „Organdysfunktions-Block“

OPS-Block „Organdysfunktion Niere“

8-821.2 Adsorption zur Entfernung hydrophober Substanzen (niedrig- und/oder mittelmolekular)
8-853.13 bis 1f Hämofiltration: Kontinuierlich, arteriovenös (CAVH), 13 bis mehr als 2.4000 Stunden
8-853.3 Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.4 Hämofiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.5 Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-853.6 Hämofiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-853.70 bis 7c Hämofiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, 1 bis mehr als 2.400 Stunden
8-853.80 bis 8c Hämofiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVH), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen, 1 bis mehr als 2.400 Stunden
8-853.x Hämofiltration: Sonstige
8-853.y Hämofiltration: N.n.bez.
8-854.2 Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.3 Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.4 Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation
8-854.5 Hämodialyse: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen
8-854.60 bis 6c Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, 1 bis mehr als 2.400 Stunden
8-854.70 bis 7c Hämodialyse: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHD), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen, 1 bis mehr als 2.400 Stunden
8-854.8 Hämodialyse: Verlängert intermittierend, zur Elimination von Proteinen mit einer Molekularmasse bis 60.000
8-854.x Hämodialyse: Sonstige
8-854.y Hämodialyse: N.n.bez.
8-855.13 bis 1f Hämodiafiltration: Kontinuierlich, arteriovenös (CAVHDF) , 1 bis mehr als 2.400 Stunden

Auslöseregeln für den QS-Filter (Auslösung der fall- und einrichtungsbezogenen QS-Dokumentation)

ICD-10-GM Kode oder OPS aus „Organdysfunktions-Block“

OPS-Block „Organdysfunktion Niere“

8-855.3 Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

8-855.4 Hämodiafiltration: Intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen

8-855.5 Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation

8-855.6 Hämodiafiltration: Verlängert intermittierend, Antikoagulation mit sonstigen Substanzen

8-855.70 bis 7c Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation, 1 bis mehr als 2.400 Stunden

8-855.80 bis 8c Hämodiafiltration: Hämodiafiltration: Kontinuierlich, venovenös, pumpengetrieben (CVVHDF), Antikoagulation mit sonstigen Substanzen, 1 bis mehr als 2.400 Stunden

8-855.x Hämodiafiltration: Sonstige

8-855.y Hämodiafiltration: N.n.bez.

8-856 Hämoperfusion

8-85a.00 bis 03 Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates: Intermittierend, 1 bis 11 oder mehr Behandlungen

8-85a.13 bis 1f Dialyseverfahren wegen mangelnder Funktionsaufnahme und Versagen eines Nierentransplantates: Kontinuierlich, 1 bis mehr als 2.400 Stunden

Diagnose-Block „Organdysfunktion ZNS“

F05.- Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt

G94.32* Septische Enzephalopathie

K72.72! Hepatische Enzephalopathie Grad 2

K72.73! Hepatische Enzephalopathie Grad 3

K72.74! Hepatische Enzephalopathie Grad 4

R40.- Somnolenz, Sopor und Koma

Zusammenfassung

- Sepsis als interdisziplinäres Querschnittsthema im Klinikalltag.
- Start des neuen QS-Verfahrens (Datenerfassung in allen Krankenhäusern) ab 1. Januar 2026.
- Ziele: Verfahren QS Sepsis soll dazu beitragen, die Prävention, die frühzeitige Diagnostik und umgehende Behandlung der Sepsis in Krankenhäusern weiter zu verbessern. Damit soll eine Reduzierung der Mortalität, neu auftretenden Morbidität und Pflegebedürftigkeit von Patientinnen und Patienten mit Sepsis erreicht werden.
- Hohe Anforderungen an die Dokumentation der QS-relevanten Daten (ICD-, OPS-Kodierung, Screening, Blutkulturen, …). Zahlreiche Datenfelder können automatisiert übernommen werden.
- Zahlreiche Ein- und Ausschlusskriterien für QS-Verfahren zu beachten (komplexer QS-Filter).
- Abbildung Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität über Fall- und einrichtungsbezogene sowie sozialdatenbasierte Indikatoren und Kennzahlen.
- Etablierung standardisierte Prozesse zur Diagnostik und Therapie von Patientinnen und Patienten mit Sepsis. Schulungen der Gesundheitsprofessionen zur Diagnostik und Therapie der Sepsis.

Wir versorgen Sie mit weiteren Informationen zum Thema QS-Sepsis!

50. Jour-fixe Medizin-Controlling

22. Mai 2025, 15:00 bis 16:30 Uhr, Gebäude C083, EG, Raum 266

Heutige Themen:

Sepsis: Neues Verfahren in der Externen Qualitätssicherung erfordert hohe Kodierqualität

Wie können universitäre Leistungen identifiziert werden? Die Unimax-Klassifikation gibt Antworten

Ohne Prüfung kann Deutschland keine Revolution: Was zu Strukturprüfungen der Leistungsgruppen durch den MD bisher bekannt ist

DRG-System-XXL.reloaded oder Revolution der Krankenhausvergütung: Leistungsgruppen

Verabschiedung Frau German

Alle Präsentationen des heutigen Nachmittags stehen Ihnen als PDF-Download in der Rubrik „Aktuelles“ auf der Intranetseite des Medizin-Controllings zur Verfügung:

https://www.ukb.intern/medco

UNIMAX – Systematik

Ein Instrument zur Fallschweremessung

Dr. Eva Kristin Johannes

UNIVERSITÄT BONN 75 JAHRE ukb universitätsklinikumbonn

Die Unimax-Systematik

- Entwicklung durch das Universitätsklinikum Münster (2024)
- Gesucht: Instrument zur Messung der Fallschwere eines Kollektivs
- **Ziel:**
  - Sinnvolle Ergänzung der bisherigen, v.a. ökonomischen Kennzahlen (CM, CMI,..)
  - Objektivierung der klinischen Einschätzung (Komorbidität, Komplexität, Behandlungsalternativen, Dringlichkeit)
  - **Identifikation „universitärer“ Fälle**
  - Berücksichtigung bei Leistungsplanung (Ressourcenallokation)
  - Vergleichbarkeit der Versorgungsschwere nach intern und extern
  - **Neuordnung des stationären Leistungsportfolios**

Finanzierung

Dr. Moritz Freistühler, Christian Sitterlee, Dr. Kristina Siam, Univ.-Prof. Dr. Michael J. Raschke, Univ.-Prof. Dr. Alex W. Friedrich

UNIMAX – Systematik

Eine Methode zur Fallsteuerung und eine Alternative zur Messung der Fallschwere

Das Universitätsklinikum Münster hat aufgrund von knappen Ressourcen und politisch gewollter Ambulantisierung eine Systematik zur Fallsteuerung für unstrittig stationäre Fälle eines universitären Versorgers oder eines Maximalversorgers erstellt. Um die Komplexität und Vielfalt der Patientenbehandlung zu vereinen, musste eine eigene Kennzahl entwickelt werden, da bestehende Systematiken unzureichend oder nicht übertragbar waren. Mit der entwickelten UNIMAX-Systematik wird erstmals eine Quantifizierung und Vergleichbarkeit von Versorgungschwere des behandelten Fallspektrums einer (Universitäts-)Klinik ermöglicht.

das Krankenhaus, 1.2024

Ausgangslage

Analyse bestehender Systematiken

- **VUD-Auswertung**
  - Zuordnung auf Grundlage der DRG und deren Verteilung
  - Nachteile:
    - Nur zwei Kategorien
    - Einteilung anhand des „IST"-Leistungsgeschehens an Universitätsklinika
    - Einteilung anhand von DRG (Kosten als relevante Größe)

- **Niederländisches Modell (2020) auf Basis von 8 Hauptkriterien**
  - Zuordnung auf Datengrundlage des niederländischen Vergütungssystems
  - Systematik ist nicht direkt auf Deutschland übertragbar

Tabelle 1

Nr.	Merkmalsbezeichnung
1.	Behandlungsintensität
2.	Wissenschaft
3.	einzigartige Betreuung
4.	multidisziplinäre Behandlung
5.	komplexe Operationen
6.	Seltene Diagnosen
7.	Tertiäre Überweisung
8.	multimorbide Patienten

Entwicklung

- Orientierung an niederländischen Hauptkriterien
- Bildung von Kategorien und Unterkategorien
- Definition von Kennzahlen/Fallmerkmalen je (Unter)-Kategorie, die einen Fall als „universitär“ identifizieren (welcher Fall erfordert personell, fachlich oder infrastrukturell eine Vorhaltung auf universitärem Niveau?)
- Abfrage von Kennzahlen sollte aus Standarddaten (z.B.§301- und §21-Datensatz) möglich sein
- Kein Mehraufwand, „klinische“ Akzeptanz

Tabelle 2

Nr.	Kategorie
1.	Behandlungsintensität
2.	Besondere (und innovative)Versorgungsangebote
3.	Mindestmengeneingriffe nach G-BA
4.	Multidisziplinäre Versorgung
5.	Multimorbide Patienten
6.	Vergütung neben der Fallpauschale (Zusatzentgelte/NUB)
7.	Hochbewertete Fälle CM > = 2,5
8.	Seltene Erkrankungen als Hauptdiagnose
9.	Notfallpatienten
10.	Studienpatienten

Unterkategorien

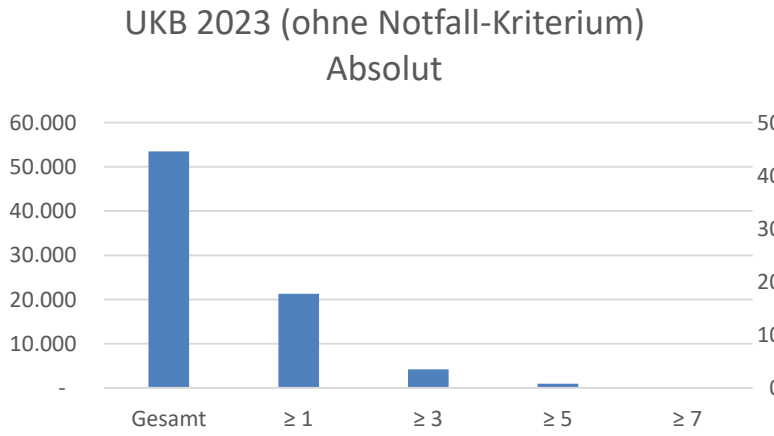
Tabelle 3			
1	Behandlungsintensität	1.	Fälle > = 72 h auf Intensivstation
		2.	Pflegegrad > 3 haben
2	Besonderes Versorgungsangebot	1.	Fälle, die in das UKM aus einem anderen Krankenhaus verlegt wurden
		2.	Fälle mit ICD für Zustand vor/nach Organtransplantation
		3.	Fälle mit komplexer/intensiver Chemotherapie < 18 Jahren
		4.	Fälle mit hochkomplexer Chemotherapie ab 18 Jahren
		5.	Diagnostik und Therapie mit speziellen Radiopharmaka
		6.	Fälle mit Alter < 17 Jahre und Herzkathetereingriff
		7.	spez. Eingriffe bei bösartiger Neubildung an Kopf und Hals
		8.	Cochleaimplantate und implantierbare Hörgeräte
		9.	Zugang über die Schädelbasis
		10.	Fälle mit Aufnahme zur Knochenmarksspende
		11.	Fälle mit ECMO
		12.	Fälle mit OPS für einen komplexen OP-Roboter
		13.	Fälle mit OPS zur Stammzelltransplantation
		14.	Minimalinvasive Herzklappen OPs
		15.	Transplantationen solider Organe
		16.	Behandlung auf der Stroke Unit
		17.	Fälle des BG-SAV und Analoge
		18.	Implantation einer Tumorendoprothese
		19.	spezielle Eingriffe der Augenheilkunde

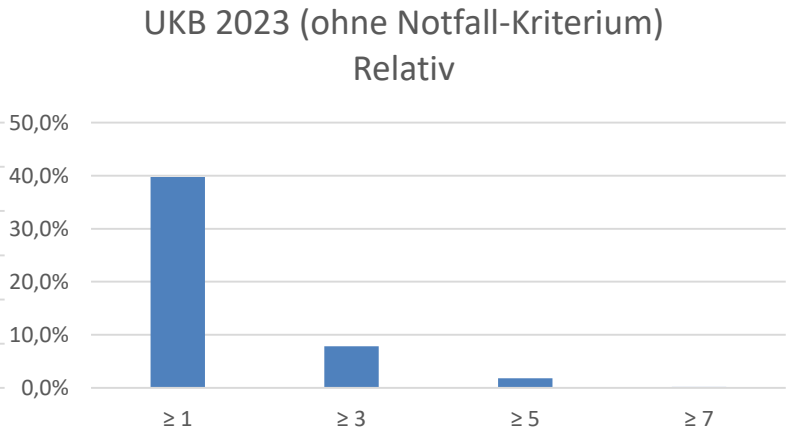
Unterkategorien

3	Mindestmengen nach G-BA	1.	Lebertransplantation
		2.	Nierentransplantation
		3.	komplexe Ösophaguseingriffe
		4.	komplexe Pankreaseingriffe
		5.	allogene Stammzelltransplantation
		6.	Kniegelenkstotalendoprothesen (Knie-TEP)
		7.	Frühgeborene
		8.	Eingriffe bei Mamma-CA
		9.	Eingriffe bei Lungen-CA
4	Multidisziplinäre Versorgung	1.	Fall mit Behandlungsepisoden von > 23 h in mindestens drei Kliniken
		2.	Operation von mindestens zwei Fachabteilungen
		3.	OP-Dokumentation als interdisziplinär gekennzeichnet
		4.	Aufnahme über den Schockraum
		5.	Mehrfach Konsile
5	Multimorbide Patienten	1.	PCCL > 3 bei Fällen mit einem Alter bei Aufnahme von < 50 Jahre
		2.	PCCL > 3 bei Fällen mit einem Alter bei Aufnahme von > 50 Jahre und Verlegung
6	Vergütung neben der Fallpauschale	1.	Fälle mit NUB oder Zusatzentgelt (ohne Covid Testungen)
7	Hochbewertete Fälle	1.	Hoher CMI: Fälle mit CMI > = 2,5
9	Notfallaufnahmen	1.	Fälle mit Aufnahme über die UKM Notaufnahme oder und Verweildauer > 1 Belegungstag
		2.	Aufnahmegrund Notfall bzw. Aufnahmeanlass N und Verweildauer > 1 Belegungstag

Vorgehen

- Prüfung für jeden Behandlungsfall, ob eines oder mehrere Kriterien erfüllt sind
- Von den 10 Hauptkriterien können bisher 7 abgefragt werden
- Fehlend: Studienpatienten, Seltene Erkrankung als HD (noch nicht ergänzt, vmtl. Kombination mit BT), Multidisziplinarität
- Notfall: Fakultative Abbildung der eingeschränkten Steuerbarkeit und des Versorgungsauftrag, aber Ergänzung um Kriterium „VWD >1 BT“
- Keine Reihenfolge oder Gewichtung der Kriterien
- **Zur besseren Differenzierung werden mehrere Ergebnisdimensionen dargestellt:**
  - Anteil von Fällen mit ≥ 1 erfüllten Kriterium -> komplexe Maximalversorgung
  - Anteil von Fällen mit ≥ 3 erfüllten Kriterien -> hochkomplexe spezifische Spitzenversorgung
  - Neu: ≥5 Kriterien





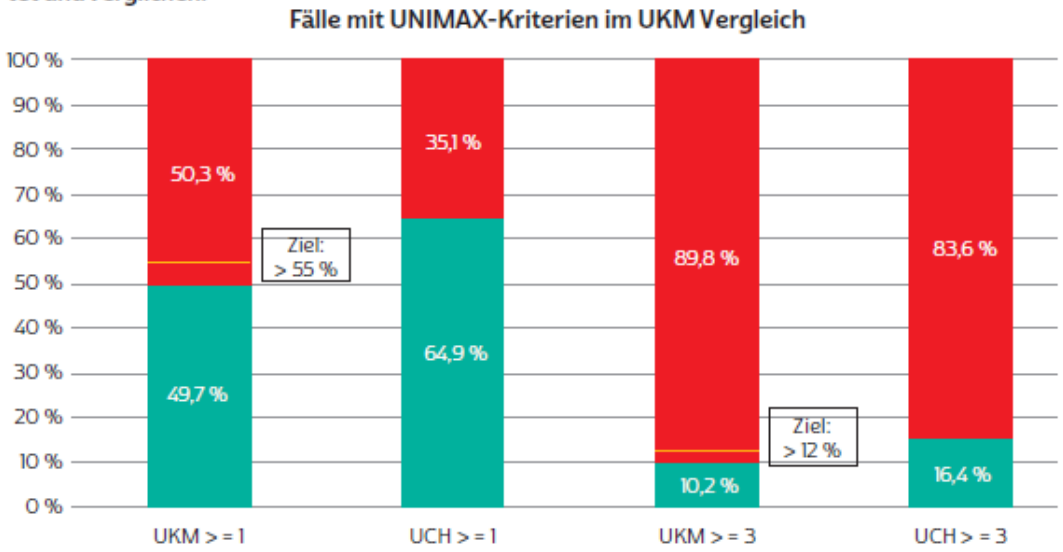
© Universitätsklinikum Bonn | Medizin Controlling | Mai 2025

Anwendung

Portfoliosteuerung

- Explizites Ziel (UKM): Fokussierung auf universitär-medizinische Versorgung
- Festlegung von Zielwerten für beide Dimensionen (>65% bzw. >15% bis 2027)
- **Abteilungsbezogen: Kritische Auseinandersetzung mit eigenem Leistungsportfolio, Festlegung fachabteilungsindividueller und übergeordneter Zielen**
  - Abweichung von Zielwerten aufgrund von Leistungsplanung (Krankenhausplanung) möglich
  - Implementierung in Berichtswesen
- **Weiterentwicklung**
  - Spezifische Kritikpunkte können grundsätzlich berücksichtigt werden
  - Keine Aufnahme von AOP-Leistungen trotz Wunsch
- **Breite Akzeptanz am UKM**

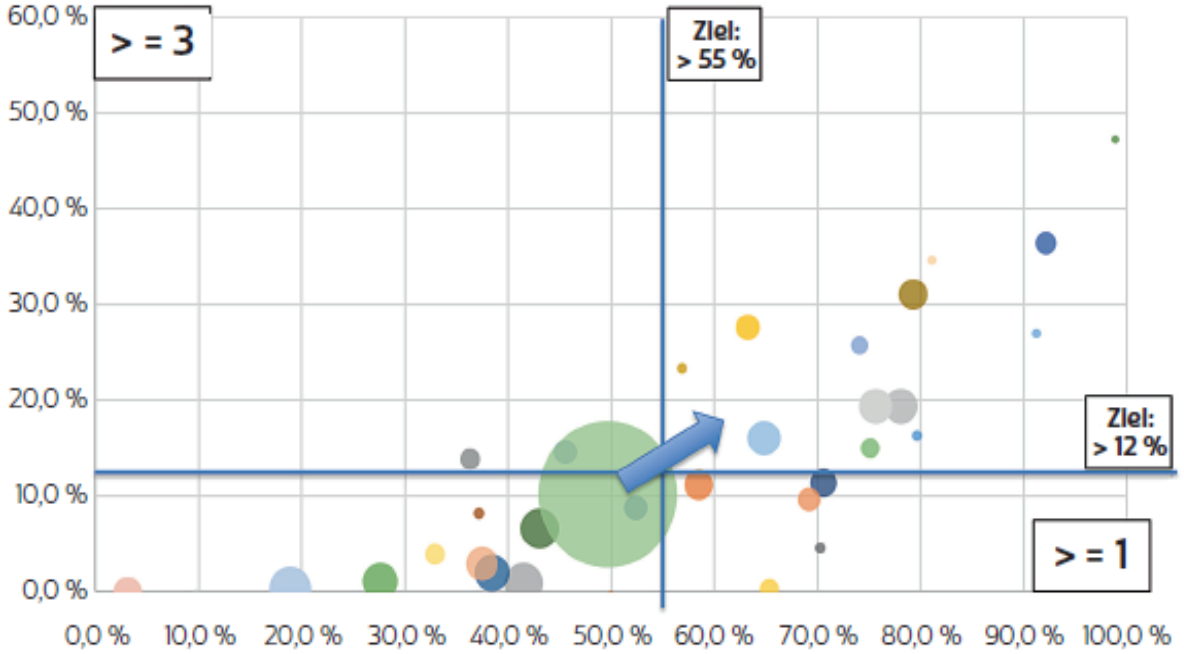
Abbildung 3: Vergleichende Darstellung der UNIMAX-Zieldimensionen mit > = 1 bzw. > = 3 Kriterien vom gesamten UKM und einer Einzelklinik. Neben den Werten für das Jahr 2022 wurden auch die avisierten Etappenziele für 2023 dargestellt. Hier wurden nur die bewerteten DRG-Fäll ausgewertet und verglichen.



Anwendung

Portfoliosteuerung

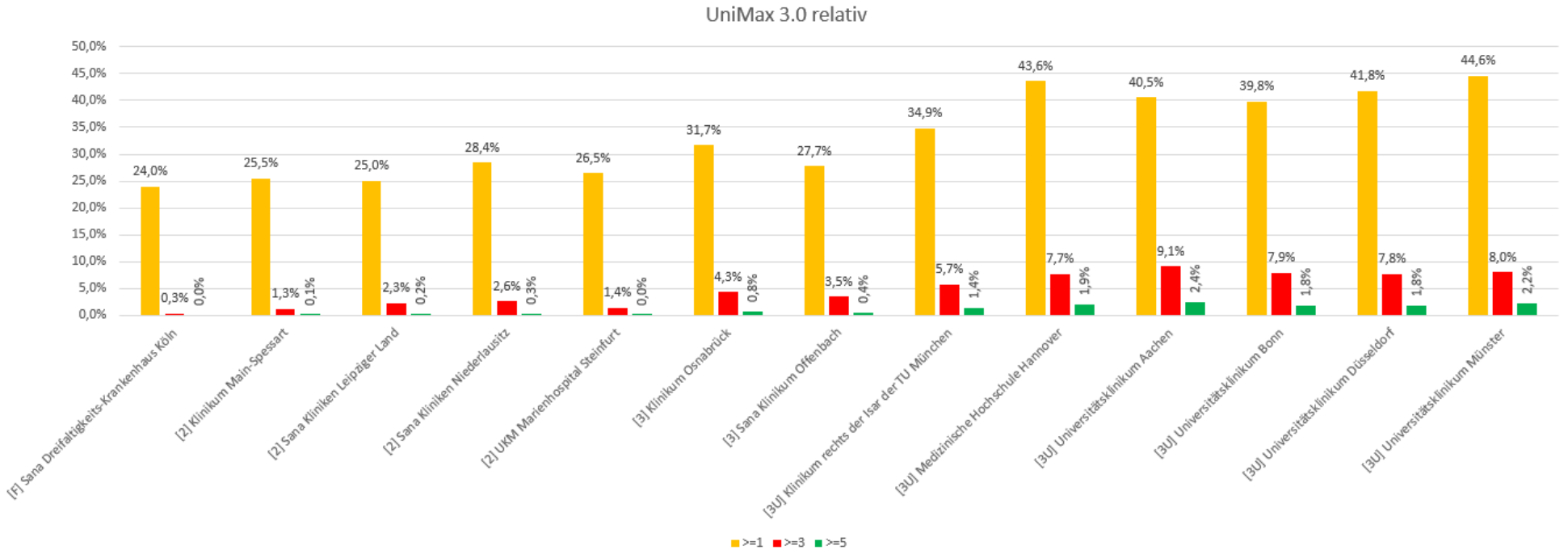
Abbildung 2: Die Abbildung zeigt die Verteilung sämtlicher UKM-Kliniken auf einem Koordinatensystem mit den zwei Zieldimensionen von > = 1 bzw. > = 3 erfüllten UNIMAX-Kriterien. Das Erreichen der Ziele ist hier relativ pro Klinik/Fachabteilung aufgetragen. Die Größe einer Blase/eines Punktes ist durch die Fallzahl bestimmt. Das UKM insgesamt entspricht der großen grünen Blase in der Mitte. Ziel ist es, dass sich das UKM im Koordinatensystem insgesamt „nach oben rechts" und damit in Richtung der UNIMAX-Zielparameter > = 1 bzw. > = 3 Kriterien bewegt. Dies kann durch eine Änderung des stationären Leistungsportfolios der Kliniken mit Fokussierung auf UNIMAX-Fälle geschehen aber auch durch mittelfristige Ressourcenallokation zu den Kliniken im rechten oberen Quadranten (Zielbereich).



Anwendung

Benchmark

- Aktuelle Auswertung: April 2025, 2023er-Daten, inkl. Leistungsgruppen
- 13 Kliniken mit 30 Standorten
- Davon 6 Universitätsklinika mit 14 Standorten
- 414.352 Fälle

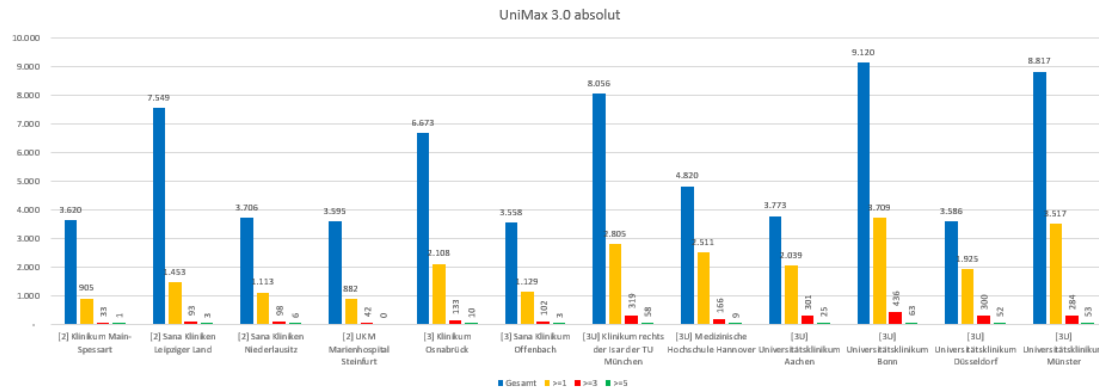


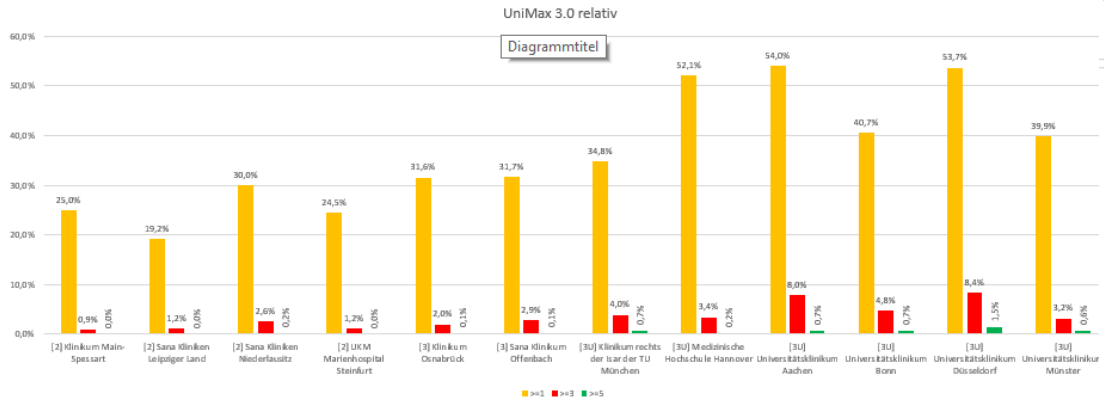
Anwendung

Benchmark

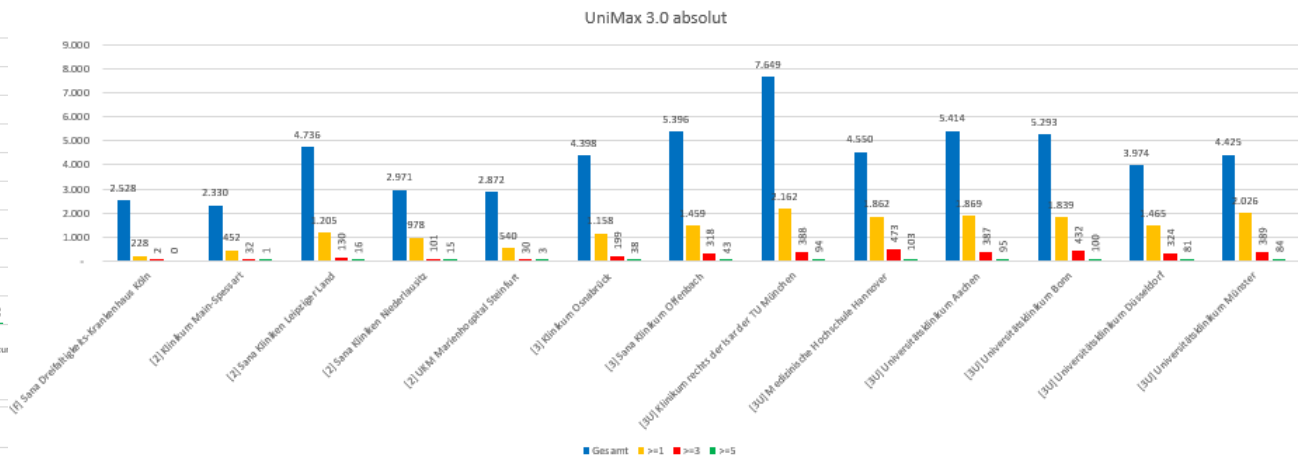
› Zusammenhang zwischen Versorgungsstufe und Unimax-Kriterien ist erkennbar

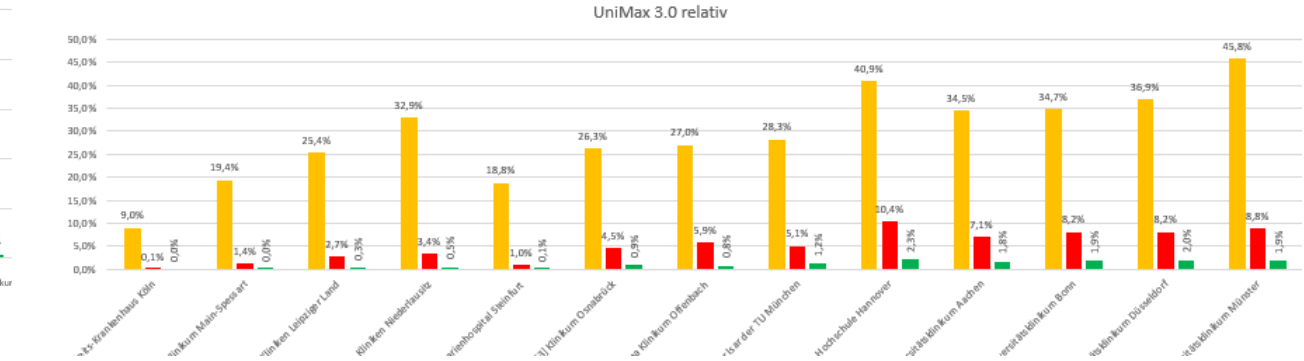
LG Allgemeine Innere Medizin





LG Allgemeine Chirurgie

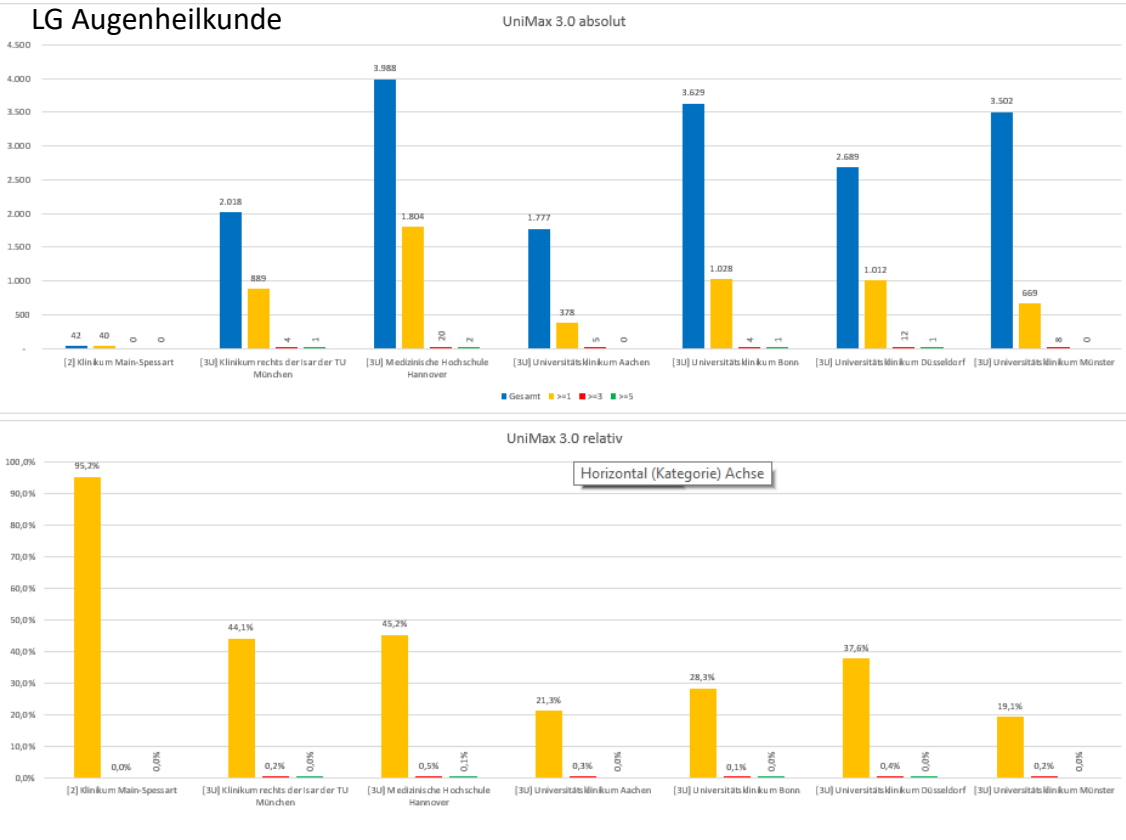




Anwendung

Benchmark

› Deutliche Unterschiede zwischen den Leistungsgruppen (teilweise bereits starke Konzentration schwerer Fälle, teilweise systematisch höherer Anteil an Standardfällen)



Ausblick

- Aktuell: Auswertung auf Basis der 2024er-Daten (inkl. LG)
- Differenziertere Darstellung der Leistungsgruppen möglich, Aufdeckung von Inhomogenitäten: Krankenhausplanung?
- Intern: Portfoliosteuerung im Rahmen der Möglichkeiten (Notfallversorgung, Versorgungsauftrag)
- Als Kennzahl für internen Vergleich/Ressourcenallokation nutzbar

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

50. Jour-fixe Medizin-Controlling

22. Mai 2025, 15:00 bis 16:30 Uhr, Gebäude C083, EG, Raum 266

Heutige Themen:

Sepsis: Neues Verfahren in der Externen Qualitätssicherung erfordert hohe Kodierqualität

Wie können universitäre Leistungen identifiziert werden?
Die Unimax-Klassifikation gibt Antworten

Ohne Prüfung kann Deutschland keine Revolution: Was zu Strukturprüfungen der Leistungsgruppen durch den MD bisher bekannt ist

DRG-System-XXL.reloaded oder Revolution der Krankenhausvergütung: Leistungsgruppen

Verabschiedung Frau German

Alle Präsentationen des heutigen Nachmittags stehen Ihnen als PDF-Download in der Rubrik „Aktuelles“ auf der Intranetseite des Medizin-Controllings zur Verfügung:

https://www.ukb.intern/medco

Ohne Prüfung kann Deutschland keine Revolution: Was zu Strukturprüfungen der Leistungsgruppen durch den MD bisher bekannt ist

Stand 22.05.2025

Anne Reiter

UNIVERSITÄT BONN 75 JAHRE ukb universitätsklinikumbonn

Leistungsgruppen – Revolution? kurz und knapp erklärt

- Primäre Zielsetzung (NRW): Zielgerichtete Steuerung der Versorgung der Bevölkerung
  ➡ KHs bekommen „Erlaubnis“ zur Erbringung bestimmter Leistungen, gebündelt in sogenannten Leistungsgruppen (LG) mit Konzentration hochspezialisierter Leistungen und gekoppelt an Qualitätskriterien (bisher fachgebundene Betten)

- KHVVGesetz: Geplante Ausweitung bundesweit auf: Krankenhausvergütung (Vorhaltefinanzierung), Mindestvorhaltezahlen in den LG, zusätzliche Konzentration onkochirurgischer Leistungen, …

- Jeder **stationäre** Patient*in wird bundesweit 1 (!) Leistungsgruppe (LG) zugeordnet
  ➡ ∑ Pat. UKB = x Pat. in LG 1 + y Pat. in LG 2 + … + z LG 61
  ➡ Summe der erbrachten spezialisierten Leistungen ≤ Summe der Fälle in LG

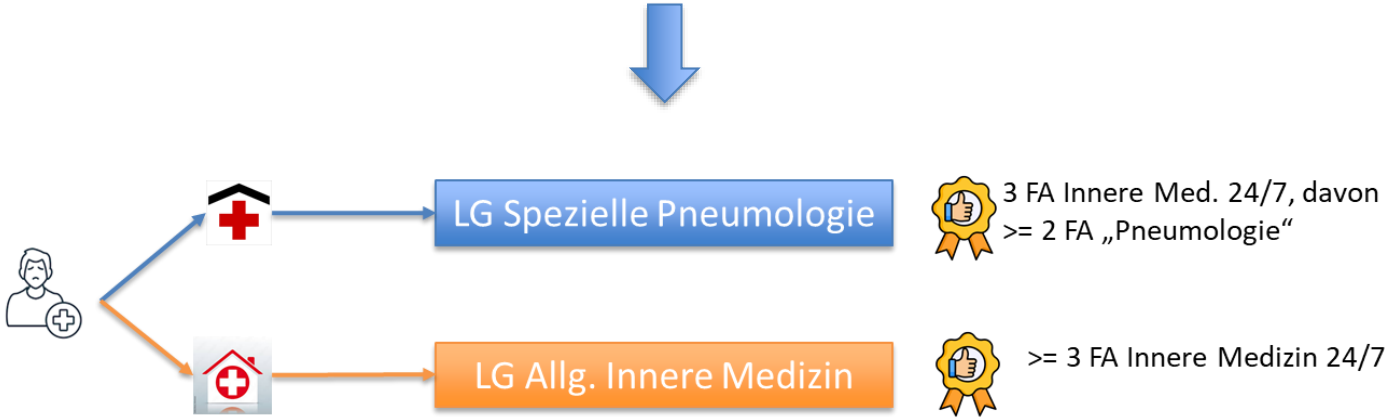
- Regeln für die Zuordnung zu einer LG bauen auf DRG auf und sind also ähnlich komplex
  ➡ Leistungsgruppe steht i. d. R. erst am Ende der Behandlung fest

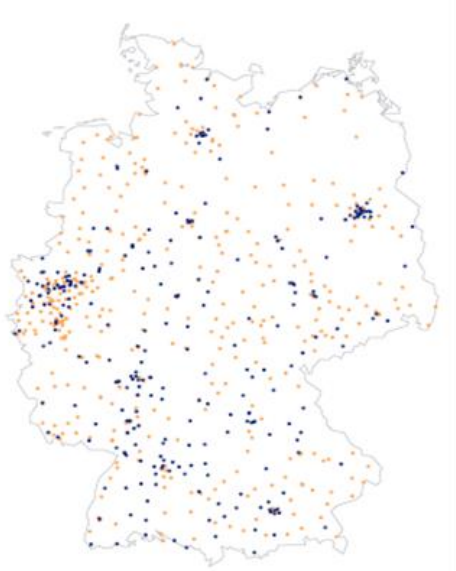
Leistungsgruppen – Revolution? auf den 2. Blick

- LG nicht immer intuitiv erfassbar, z. B. Hüft-TEP bei Schenkelhalsfraktur
  - ☐ LG Hüft-Endoprothetik
  - ☐ LG Spezielle Traumatologie
  - ☒ Allgemeine Chirurgie

- LG Intensivmedizin z. B. noch nicht definiert (→ 0 Fälle in dieser LG)

- Für einige LG führen verschiedene Wege zum Ziel: OPS/ICD ODER Fachabteilungsschlüssel, Schlüssel wurden in Vergangenheit eher „zufällig“ vergeben
  → inhomogene Verteilung in NRW und Bund
  → Bsp. LG Komplexe Pneumologie und Komplexe Gastroenterologie (s. Grafik re)





Blau: mit FAB Gastroenterologie
Quelle: Vebeto Memo 2025

Revolution und Bürokratie? In Deutschland kein Widerspruch!

Prüfungen, die … vor einer voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Zuweisung oder … vor einem voraussichtlich vor dem 1. November 2026 erfolgenden Abschluss eines Versorgungsvertrags zu beauftragen sind, sind bis zum 30. September 2025 zu beauftragen. Der Medizinische Dienst hat die … genannten Prüfungen bis zum 30. Juni 2026 abzuschließen.

https://md-bund.de/themen/krankenhaus/ops-strukturpruefungen-2025.html

Am 12. Dezember 2024 ist das Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) in Kraft getreten. Es sieht vor, dass der Medizinische Dienst in Zukunft OPS-Strukturmerkmale sowie Leistungsgruppen prüft und diese Prüfungen miteinander verzahnt und aufwandsarm ausgestaltet. Diese Änderungen aus dem KHVVG werden erst wirksam, wenn der Medizinische Dienst Bund eine entsprechende Richtlinie erlassen hat. Dafür hat der Gesetzgeber eine Frist bis 12. Juni 2025 vorgesehen … In der späteren sogenannten LOPS-Richtlinie werden die im KHVVG vorgesehenen Leistungsgruppenprüfungen sowie die Änderungen zum Prüfverfahren der OPS-Strukturprüfungen vollständig berücksichtigt und umgesetzt.

Was prüft der MD? Strukturmerkmale für Qualität

Leistungs-gruppen-Nummer	Leistungs-gruppe (LG)		Anforderungsbereiche					
			Erbringung verwandter LG		Sachliche Ausstattung	Personelle Ausstattung		Sonstige Struktur- und Prozessvoraussetzungen
			Standort	Kooperation		Qualifikation	Verfügbarkeit	
4	Komplexe Gastroenterologie	Mindest-voraus-setzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin	LG Palliativmedizin	Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie), Sonographie, Endosonographie, CT jederzeit	FA Innere Medizin und Gastroenterologie	Drei FA, mindestens Rufbereitschaft: jederzeit Davon mindestens zwei FA Innere Medizin und Gastroenterologie, dritter FA kann FA aus dem Gebiet Innere Medizin sein	Erfüllung der in § 6 PpUGV festgelegten Pflegepersonaluntergrenzen

- Strukturmerkmale LG + OPS werden gemeinsam nach der LOPS-RL des MD geprüft
- Cave: Über Umweg der LG können G-BA-RiLis erneut geprüft werden (Entwurfsfassung LOPS-RL)

- Synergieeffekte sind vorgesehen (Synchronisierung Prüfzeiträume, Vermeidung Redundanzen), aber: Kleinteiligkeit der LOPS-RL in der Entwurfsfassung lässt zweifeln

- Strukturmerkmal personelle Ausstattung: Anrechnung „1 Arzt in max. 3 LG“ (Anm.: kein Bezug zur „Fallstärke“ einer LG)

→ UKB benötigt „weitere“ Qualifikationsnachweise der Mitarbeiter*innen (GB1 wird auf Sie zukommen)
→ Dienstpläne müssen Dienstreihen vollständig und lückenlos erfassen
→ Bisherige Unterlagen StrOPS (SOP, Bescheinigungen der Kliniken etc.) müssen weiterhin aktuell sein
→ Beteiligung an Weiterentwicklung der LG über Fachgesellschaften?

Was prüft der MD? Strukturmerkmale für Qualität??
Vorbehalt: Entwurf LOPS-RiLi

Anlage 4:
Erforderliche Unterlagen zu Leistungsgruppen 131 S.!

Anlage 6:
Erforderliche Unterlagen zu OPS-Kodes (OPS-Version 2025) 83 S.!

Schulungen

Arbeitsverträge (Stellenanteil)

SOP

Facharzt

Teilnehmerliste Transplantatkonferenz

Qualifikation

Schwerpunkt

Zusatzweiter-bildung

Zuordnung der Ärzt*innen zu Leistungsgruppen

Aktuelle G-BA-RiLi-Bescheinigung

Dienstpläne

Was prüft der MD? Strukturmerkmale für Qualität?? Evidenz??
Vorbehalt: Entwurf LOPS-RiLi

Vorgaben NRW vs.
Vorgaben Bund?

LOPS-RiLi =
LG + StrOPS-RiLi

Entwurf kleinteilig,
endgültige Fassung?

Patientensteuerung ex ante
/ Notfälle?

**Revolution
in der
Bürokratie???**

Manipulations-
anfälligkeit LG?

???

Korrekturen KHVVG
Bundesregierung?

Korrekturen
LG-Ausschuss G-BA?

© Universitätsklinikum Bonn | Zentrales Controlling - Medizincontrolling

50. Jour-fixe Medizin-Controlling

22. Mai 2025, 15:00 bis 16:30 Uhr, Gebäude C083, EG, Raum 266

Heutige Themen:

Sepsis: Neues Verfahren in der Externen Qualitätssicherung erfordert hohe Kodierqualität

Wie können universitäre Leistungen identifiziert werden?
Die Unimax-Klassifikation gibt Antworten

Ohne Prüfung kann Deutschland keine Revolution: Was zu Strukturprüfungen der Leistungsgruppen durch den MD bisher bekannt ist

DRG-System-XXL.reloaded oder Revolution der Krankenhausvergütung: Leistungsgruppen

Verabschiedung Frau German

Alle Präsentationen des heutigen Nachmittags stehen Ihnen als PDF-Download in der Rubrik „Aktuelles“ auf der Intranetseite des Medizin-Controllings zur Verfügung:

https://www.ukb.intern/medco

DRG-System-XXL.reloaded oder Revolution der Krankenhausvergütung: Leistungsgruppen

50. Jour fixe Medizin-Controlling

22.05.2025

Dr. Dirk Laufer

UNIVERSITÄT BONN 75 JAHRE ukb universitätsklinikumbonn

» Vorgegebene Richtung wird fortgesetzt

Koalitionsvertrag 2025

Krankenhauslandschaft

„Wir entwickeln eine qualitative, bedarfsgerechte und praxistaugliche Krankenhauslandschaft aufbauend auf der Krankenhausreform der letzten Legislaturperiode fort und regeln dies gesetzlich bis zum Sommer 2025.“

» Agenda

- Grundsätzliche Systematik Bundes-Leistungsgruppen („InEK“) gemäß Krankenhaustransparenzgesetz

LG-Grouper gemäß KHTG

2025 V1.0

Leistungsgruppen-Definitionen
Vollversion

InEK

Häufig gestellte Fragen (FAQ) zur Entwicklung eines Leistungsgruppengroupers gemäß Krankenhaustransparenzgesetz

Siegburg, den 05. Februar 2025

Ansprechpersonen ▾ Zentrales Controlling ▾ Medizin-Controlling ▾ Leistungsgruppengrouper gem. KHTG

MedCo: Leistungsgruppengrouper gem. KHTG

https://www.ukb.intern/C125696000418A5A/vwWebPagesByID/AD66DD6E5B62A3DBC1258C61003E931D

UNIVERSITÄT BONN ukb universitäts klinikumbonn

» Leistungsgruppen

• Grundsätzliche Systematik Bundes-Leistungsgruppen („InEK“) gemäß KHTG: in der Version V1.0 umgesetzt

LG001	Allgemeine Innere Medizin	LG023	Endoprothetik Hüfte	LG043	Perinataler Schwerpunkt
LG002	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	LG024	Endoprothetik Knie	LG044	Perinatalzentrum Level 1
LG004	Komplexe Gastroenterologie	LG025	Revision Hüftendoprothese	LG045	Perinatalzentrum Level 2
LG005	Komplexe Nephrologie	LG026	Revision Knieendoprothese	LG046	Allg. Kinder- und Jugendmedizin
LG006	Komplexe Pneumologie	LG027	Spezielle Traumatologie	LG048	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation
LG007	Komplexe Rheumatologie	LG028	Wirbelsäuleneingriffe	LG049	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome
LG008	Stammzelltransplantation	LG029	Thoraxchirurgie	LG050	HNO
LG009	Leukämie und Lymphome	LG030	Bariatrische Chirurgie	LG051	Cochleaimplantate
LG010	EPU/Ablation	LG031	Lebereingriffe	LG052	Neurochirurgie
LG011	Interventionelle Kardiologie	LG032	Ösophaguseingriffe	LG053	Allgemeine Neurologie
LG012	Kardiale Devices	LG033	Pankreaseingriffe	LG054	Stroke Unit
LG013	Minimalinv. Herzklappeninterv.	LG034	Tiefe Rektumeingriffe	LG055	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
LG014	Allgemeine Chirurgie	LG035	Augenheilkunde	LG056	Geriatrie
LG015	Kinder- und Jugendchirurgie	LG036	Haut- u. Geschlechtskrankheiten	LG057	Palliativmedizin
LG017	Plast. und Rekonstruktive Chir.	LG037	MKG	LG058	Darmtransplantation
LG018	Bauchaortenaneurysma	LG038	Urologie	LG059	Herztransplantation
LG019	Carotis operativ/interventionell	LG039	Allgemeine Frauenheilkunde	LG060	Lebertransplantation
LG020	Komplexe periphere art. Gefäße	LG040	Ovarial-CA	LG061	Lungentransplantation
LG021	Herzchirurgie	LG041	Senologie	LG062	Nierentransplantation
LG022	Herzchir. - Kinder und Jugendliche	LG042	Geburten	LG063	Pankreastransplantation

UNIVERSITÄT BONN ukb universitäts klinikumbonn

» Leistungsgruppen

- Grundsätzliche Systematik Bundes-Leistungsgruppen („InEK“) gemäß KHTG: in der Version V1.0 umgesetzt

LG001	Allgemeine Innere Medizin	LG023	Endoprothetik Hüfte	LG043	Perinataler Schwerpunkt
LG002 F	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	LG024	Endoprothetik Knie	LG044	Perinatalzentrum Level 1
LG004 F	Komplexe Gastroenterologie	LG025	Revision Hüftendoprothese	LG045	Perinatalzentrum Level 2
LG005	Komplexe Nephrologie	LG026	Revision Knieendoprothese	LG046 F	Allg. Kinder- und Jugendmedizin
LG006 F	Komplexe Pneumologie	LG027	Spezielle Traumatologie	LG048	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Stammzelltransplantation
LG007 F	Komplexe Rheumatologie	LG028	Wirbelsäuleneingriffe	LG049	Kinder-Hämatologie und -Onkologie - Leukämie und Lymphome
LG008	Stammzelltransplantation	LG029	Thoraxchirurgie	LG050 F	HNO
LG009	Leukämie und Lymphome	LG030	Bariatrische Chirurgie	LG051	Cochleaimplantate
LG010	EPU/Ablation	LG031	Lebereingriffe	LG052 F	Neurochirurgie
LG011	Interventionelle Kardiologie	LG032	Ösophaguseingriffe	LG053 F	Allgemeine Neurologie
LG012	Kardiale Devices	LG033	Pankreaseingriffe	LG054	Stroke Unit
LG013	Minimalinv. Herzklappeninterv.	LG034	Tiefe Rektumeingriffe	LG055	Neuro-Frühreha (NNF, Phase B)
LG014	Allgemeine Chirurgie	LG035 F	Augenheilkunde	LG056	Geriatrie
LG015 F	Kinder- und Jugendchirurgie	LG036 F	Haut- u. Geschlechtskrankheiten	LG057	Palliativmedizin
LG017 F	Plast. und Rekonstruktive Chir.	LG037 F	MKG	LG058	Darmtransplantation
LG018	Bauchaortenaneurysma	LG038 F	Urologie	LG059	Herztransplantation
LG019	Carotis operativ/interventionell	LG039 F	Allgemeine Frauenheilkunde	LG060	Lebertransplantation
LG020	Komplexe periphere art. Gefäße	LG040	Ovarial-CA	LG061	Lungentransplantation
LG021	Herzchirurgie	LG041	Senologie	LG062	Nierentransplantation
LG022	Herzchir. - Kinder und Jugendliche	LG042	Geburten	LG063	Pankreastransplantation

F: Ansteuerung auch über Fachabteilungsschlüssel

UNIVERSITÄT BONN

ukb universitäts klinikum bonn

» Leistungsgruppen

- Grundsätzliche Systematik Bundes-Leistungsgruppen („InEK“) gemäß KHTG: in der Version V1.0 umgesetzt

LG001	Allgemeine Innere Medizin	LG023	Endoprothetik Hüfte	LG043	Perinataler Schwerpunkt
LG002 F	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	LG024	Endoprothetik Knie	LG044	Perinatalzentrum Level 1
LG004 F	Komplexe Gastroenterologie	LG025	Revision Hüftendoprothese	LG045	Perinatalzentrum Level 2
LG005	Komplexe Nephrologie	LG026	Revision Knieendoprothese	LG046 F	Allg. Kinder- und Jugendmedizin
LG006 F	Komplexe Pneumologie		e Traumatologie	LG048	Kinder-Hämatologie Stammzelltransplan

F: Ansteuerung auch über Fachabteilungsschlüssel

„…auch berücksichtigt, in welcher Fachabteilung der Patient die längste seines stationären Aufenthaltes verbracht hat….“

Funktion: LG006F Kompl

LG006F Komplexe Pneumologie

LG006F Komplexe Pneumologie

LocByProc = 0

Längste FAB Gruppe FAB_PNEUMOLOGIE	Pr LG Komplexe Pneumologie 1 (LG006F-V1)
	Nicht [LG Basis-DRG Gruppe 3]

LG Komplexe Pneumologie 1 (LG006F-V1)

1-426.3	(Perkutane) Biopsie Lymphkn Steuerg d bildg Verf, mediastinal
1-430.00‡	Endoskopische Biopsie Trachea: Zangenbiopsie
1-430.01‡	Endoskopische Biopsie Trachea: Kryobiopsie
1-430.0x‡	Endoskopische Biopsie Trachea: Sonstige
1-430.10‡↔	Endoskopische Biopsie Bronchus: Zangenbiopsie
1-430.11‡↔	Endoskopische Biopsie Bronchus: Kryobiopsie
1-430.12‡↔	Endoskopische Biopsie Bronchus: Biopsie durch Schlingenabtr
1-430.1x‡↔	Endoskopische Biopsie Bronchus: Sonstige
1-430.20‡↔	Endoskopische Biopsie Lunge: Zangenbiopsie
1-430.21‡↔	Endoskopische Biopsie Lunge: Kryobiopsie
1-430.2x‡↔	Endoskopische Biopsie Lunge: Sonstige
1-430.30‡	Endoskopische Stufenbiopsie respirat Org: Zangenbiospie
1-430.31‡	Endoskopische Stufenbiopsie respirat Org: Kryobiopsie
1-430.3x‡	Endoskopische Stufenbiopsie: Sonstige
1-430.x‡↔	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Sonstige
1-430.y‡	Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Nnbez
1-431.0‡↔	Perkutane (Nadel-)Biopsie an der Lunge
1-431.1‡↔	Perkutane (Nadel-)Biopsie an der Pleura
1-431.2‡	Perkutane (Nadel-)Biopsie am Zwerchfell
1-691.0	Diagnostische Thorakoskopie
1-714‡	Messung der bronchialen Reaktivität
3-05f‡	Transbronchiale Endosonographie
5-319.11‡	Dilat Trach (endosk), ohne Einleg Schiene (Stent)
5-319.13	Dilat Trach (endosk), Einleg Schiene (Stent) hybrid/dynamisch
5-319.14	Dilat Trach (endosk), Einleg Schiene (Stent) Kunststoff
5-319.15	Dilat Trach (endosk), Einleg Schiene (Stent) Metall
5-319.60	Wechsel tracheal Stent, auf Stent, hybrid/dynamisch
5-319.61	Wechsel tracheal Stent, auf Stent, Kunststoff
5-319.62	Wechsel tracheal Stent, auf Stent, Metall
5-319.7‡	Entfernung einer trachealen Schiene (Stent)
5-320.0↔	Exzision u Destruktion erkr Gew Bronchus d Bronchosk
5-320.1↔	Exzision u Destruktion erkr Gew Bronchus d Bronchotom
5-320.2↔	Exzision u Destruktion erkr Gew Bronchus d Thorakosk
5-320.3↔	Bronchoskopische photodynamische Therapie
5-320.4↔	Bronchoskopische Kryotherapie
5-320.5↔	Bronchoskopische RF-Ablation an der Bronchialmuskulatur
5-320.60↔	Bronchoskopische RF-Ablation zur Denervierung: 1 Katheter
5-320.61↔	Bronchoskopische RF-Ablation zur Denervierung: > 1 Katheter

UNIVERSITÄT BONN

ukb universitäts klinikum bonn

» Leistungsgruppen

- Grundsätzliche Systematik Bundes-Leistungsgruppen („InEK“) gemäß KHTG: in der Version V1.0 umgesetzt

LG001	Allgemeine Innere Medizin	LG023	Endoprothetik Hüfte	LG043	Perinataler Schwerpunkt
LG002 F	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie		prothetik Knie	LG044	Perinatalzentrum Level 1
LG004 F	Komplexe Gastroenterologie	LG025	Revision Hüftendoprothese	LG045	Perinatalzentrum Level 2
LG005	Komplexe Nephrologie	LG026	Revision Knieendoprothese	LG046 F	Allg. Kinder- und Jugendmedizin
LG006 F	Komplexe Pneumologie	LG027	Spezielle Traumatologie	LG048	Kinder-Hämatologie Stammzelltransplan
LG007 F	Komplexe Rheumatologie	LG028	Wirbelsäuleneingriffe	LG049	Kinder-Hämatologie Leukämie und Lymp
LG008	Stammzelltransplantation	LG029	Thoraxchirurgie	LG050 F	HNO
LG009	Leukämie und Lymphome	LG030	Bariatrische Chirurgie	LG051	Cochleaimplantate
LG010	EPU/Ablation	LG031	Lebereingriffe	LG052 F	Neurochirurgie

F: Ansteuerung auch über Fachabteilungsschlüssel

„…auch berücksichtigt, in welcher Fachabteilung der Patient die längste seines stationären Aufenthaltes verbracht hat….“

Funktion: LG002F Komplexe Endokrinologie und Diabetologie: Definitionen

LG002F Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

LG002F Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

Längste FAB Gruppe FAB_ENDOKRINOLOGIE_DIABETOLOGIE

Kein weiterer ICD- oder OPS-Kode notwendig

UNIVERSITÄT BONN

ukb universitäts klinikum bonn

» Leistungsgruppen

• Grundsätzliche Systematik Bundes-Leistungsgruppen („InEK“) gemäß KHTG: in der Version V1.0 umgesetzt

LG001	Allgemeine Innere Medizin	LG023	Endoprothetik Hüfte	LG043	Perinataler Schwerpunkt
LG002	Komplexe Endokrinologie und Diabetologie	[illegible]	[illegible]prothetik Knie	LG044	Perinatalzentrum Level 1
LG004	Komplexe Gastroenterologie	LG025	Revision Hüftendoprothese	LG045	Perinatalzentrum Level 2

Funktion: LG002 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie: Definitionen

LG002 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

LG002 Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

Komplexe Endokrinologie und Diabetologie

Längste FAB Gruppe ≠ FAB_ALLGEMEINE_KINDER_JUGEND_MEDIZIN	Längste FAB Gruppe ≠ FAB_NEUROCHIRURGIE	Dg LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie 1 (LG002-V1)	Alter > 15 J	Pr Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung (LG002-V2) Pr Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (LG002-V3)

LG Komplexe Endokrinologie und Diabetologie 1 (LG002-V1)

D35.2	Gutartige Neubildung Hypophyse	E11.91	Diabetes mellitus, Typ 2: oh Komplik, entgl bez
D44.3	NB unsich/unbek Verhalt Hypophyse	E12.01	DM iVm Fehl-/Mangelernähr m Koma, entgl bez
E04.0	Nichttoxische diffuse Struma	E12.11	DM iVm Fehl-/Mangelernähr m Ketoazidose, entgl bez
E04.1	Nichttoxischer solitärer Schilddrüsenknoten	E12.20	DM iVm Fehl-/Mangelernähr m Nierenkomplik, n entgl bez
E04.2	Nichttoxische mehrknotige Struma	E12.21	DM iVm Fehl-/Mangelernähr m Nierenkomplik, entgl bez
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Komplexe endokrinologische Funktionsuntersuchung (LG002-V2)

1-797.1‡ Komplexe endokrine FunktUntersuchung, invasiv

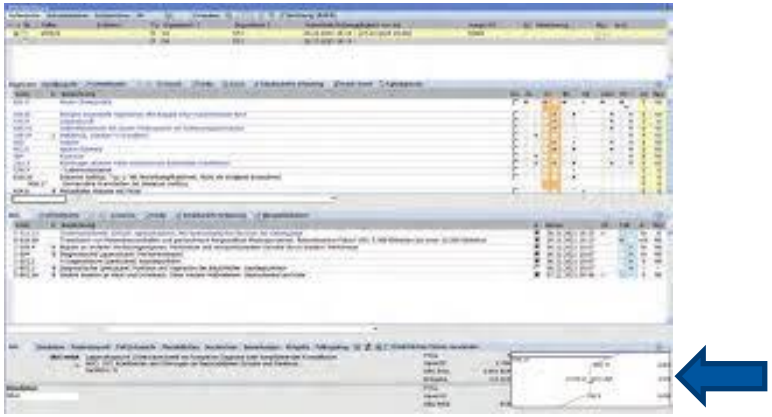
Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus (LG002-V3)

8-984.30‡	Multimod KomplBeh b Diabetes mellitus: 7 bis 13 BehTage	8-984.32‡	Multimod KomplBeh b Diabetes mell
8-984.31‡	Multimod KomplBeh b Diabetes mellitus: 14 bis 20 BehTage		

Kodierung bestimmter ICD- und OPS-Kodes notwendig!

» Leistungsgruppen-Algorithmus: „Jeder Fall in eine Leistungsgruppe- hierarchisch“

- 1. Schritt: Kodierung und DRG-Gruppierung (wie bisher)



- 2. Schritt: Ermittlung *Zuteilungsfunktion*

Liste der aG-DRGs und verwendete LG Zuteilungsfunktion

DRG	Beschreibung	LG Zuteilungsfunktion
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre	LG Zuteilungsfunktion der MDC11

» Leistungsgruppen-Algorithmus: „Jeder Fall in eine Leistungsgruppe-hierarchisch“

- 3. Schritt: Ermittlung der Leistungsgruppe in der betreffenden MDC

Funktion: LG Zuteilungsfunktion der MDC11: Struktur

» Leistungsgruppen-Algorithmus: „Jeder Fall in eine Leistungsgruppe-hierarchisch“

- 4. Schritt: Ermittlung der Leistungsgruppe nach Definitionstabellen

LG038 Urologie

LG038 Urologie

Urologie

Längste FAB Gruppe ≠ FAB_KINDER_JUGEND_CHIRURGIE	ADRG != U01	Längste FAB Gruppe ≠ FAB_ALLGEMEINE_FRAUENHEILKUNDE	Pr LG Urologie 2 (LG038-V1)
		Pr LG Urologie 1 (LG038-V2)	

LG Urologie 2 (LG038-V1)

5-573.0	Transurethrale Inzision v (erkrankt) Gewebe Harnblase	5-573.3x	Sonstige transurethr Destr (erkr) Gewebe Harnblase
5-573.1	Transurethrale Inzision v (erkrankt) Gewebe Harnblasenhals	5-573.40	Transureth Resek (erkr) Gew Harnbl, nicht fluoreszenzgestützt
5-573.20	Transurethr Exzis (erkr) Gew Harnblase: Nicht fluoreszenzgest	5-573.x	So transur Inz, Exz, Destr u Res (erkr) Gew Harnbl
5-573.32	Transurethr Destr (erkr) Gew Harnblase d Elektrokoagulation	5-573.y	Transur Inz, Exz, Destr u Res (erkr) Gew Harnbl, nnbez

LG Urologie 1 (LG038-V2)

1-460.1‡↔	Transurethrale Biopsie Ureter	5-554.6x↔	Nephrekt, radik, endosk Ureterexhair, sonst Zugang
1-460.x‡↔	Transurethrale Biopsie Harnorgane u Prostata: Sonstige	5-554.a0↔	Nephrektom: Oh weitere Maßn: Off chir lumbal

» Leistungsgruppen

• Grundsätzliche Systematik Bundes-Leistungsgruppen („InEK“) gemäß KHTG: in der Version V1.0 nicht umgesetzt durch InEK und dann im KV gestrichen

3	Infektiologie
16	Spezielle Kinder- und Jugendchirurgie
47	Spezielle Kinder- und Jugendmedizin
64	Intensivmedizin
65	Notfallmedizin

Gestrichen laut Koalitionsvertrag

Koalitionsvertrag 2025

Krankenhauslandschaft

„Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt zum 01.01.2027 auf Basis der 60 NRW-Leistungsgruppen zuzüglich der speziellen Traumatologie.“

» Fazit

- Erste „Beta“-Version eines Leistungsgruppen-Groupers Bund liegt vor
- Kodierung bleibt entscheidend wichtig
- Systematik komplex durch parallele und von einander abhängige DRG- und LG-Grouper-Systematik
- Weiterentwicklung in den kommenden Jahren notwendig, um LG „vergütungstauglich“ zu machen
- Systematik bietet durch die Verschachtelung vielfältige Weiterentwicklungsmöglichkeit
- Transparenz und Verständlichkeit des Abrechnungssystems droht nun vollständig verloren zu gehen
- Leistungsgruppen „Kinder einer unharmonischen Krankenhausplanung“ (sonst hätte man sie wahrscheinlich auch nicht gebraucht)
- Politische Entscheidungen weiterhin bei vielem unklar, sehr viele Änderungen der Rahmenbedingungen wahrscheinlich, aber grundsätzliche Abschaffung unwahrscheinlich

➢ Daher: kühlen Kopf bewahren!

50. Jour-fixe Medizin-Controlling

22. Mai 2025, 15:00 bis 16:30 Uhr, Gebäude C083, EG, Raum 266

Heutige Themen:

Sepsis: Neues Verfahren in der Externen Qualitätssicherung erfordert hohe Kodierqualität

Wie können universitäre Leistungen identifiziert werden?
Die Unimax-Klassifikation gibt Antworten

Ohne Prüfung kann Deutschland keine Revolution: Was zu Strukturprüfungen der Leistungsgruppen durch den MD bisher bekannt ist

DRG-System-XXL.reloaded oder Revolution der Krankenhausvergütung: Leistungsgruppen

Verabschiedung Frau German

Alle Präsentationen des heutigen Nachmittags stehen Ihnen als PDF-Download in der Rubrik „Aktuelles“ auf der Intranetseite des Medizin-Controllings zur Verfügung:

https://www.ukb.intern/medco