



DRG-Kodierhilfe K03-2026a

Sepsis, Septischer Schock, SIRS

Veröffentlichung:
26.11.2025 (Σ 5 Seiten)

Herausgeber:
Universitätsklinikum Bonn
Kaufmännische Direktion
Stabsstelle Zentrales Controlling / Abteilung Medizin-Controlling

gültig für ab dem
1.1.2026
aufgenommene Patient*innen

Sepsis

Gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) erfolgt die Definition der Sepsis auf Grundlage der Ergebnisse der internationalen Sepsis-3-Konsensus-Konferenz. Hiernach lautet die Definition: **„Sepsis ist eine akut lebensbedrohliche Organdysfunktion, hervorgerufen durch eine inadäquate Wirtsantwort auf eine Infektion.“** Für die Kodierung einer Sepsis stehen Ihnen in der ICD-10-GM u.a. folgende Diagnosekodes zur Verfügung:

A02.1	Salmonellensepsis	B37.7	Candida-Sepsis
A20.7	Pestsepsis	B38.70	Sepsis durch Coccidioides
A22.7	Milzbrandsepsis	B39.30	Sepsis durch Histoplasma capsulatum
A26.7	Erysipelothrix-Sepsis	B40.70	Sepsis durch Blastomyces
A32.7	Listeriensepsis	B41.70	Sepsis durch Paracoccidioides
A39.2	Akute Meningokokkensepsis	B42.70	Sepsis durch Sporothrix
A39.3	Chronische Meningokokkensepsis	B44.70	Sepsis durch Aspergillus
A39.4	Meningokokkensepsis nicht näher bezeichnet	B45.70	Sepsis durch Cryptococcus
A40.-	Streptokokkensepsis	B46.40	Sepsis durch Mucorales
A41.-	Sonstige Sepsis	B48.80	Sepsis durch Pilze, anderenorts nicht klassifiziert
A42.7	Aktinomykotische Sepsis	B58.90	Sepsis durch Toxoplasmen
B00.70	Sepsis durch Herpesviren	B60.80	Sepsis durch Protozoen, anderenorts nicht klassifiziert
B34.80	Sepsis durch Viren, anderenorts nicht klassifiziert	P36.-	Bakterielle Sepsis beim Neugeborenen

Eine Sepsis im Zusammenhang mit Abort, ektoper Schwangerschaft, Molenschwangerschaft, Geburt oder Wochenbett ist mit dem passenden Code aus der nachstehenden Tabelle zu verschlüsseln. Zusätzlich ist ein Sepsis-Code (z.B. aus obiger Tabelle) anzugeben, um auf den Erreger und das Vorliegen einer Sepsis hinzuweisen.

O03-O07	Schwangerschaft mit abortivem Ausgang
O08.0	Infektion des Genitaltraktes und des Beckens nach Abort, Extrauterin gravidität und Molenschwangerschaft
O75.3	Sonstige Infektion unter der Geburt
O85	Puerperalfieber

Bei „Neutropenie-Patienten“ ist im Anschluss an den Sepsis-Code auch immer einer der nachstehenden Codes anzugeben:

D70.1-	Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie
D70.3	Sonstige Agranulozytose
D70.5	Zyklische Neutropenie
D70.6	Sonstige Neutropenie
D70.7	Neutropenie, nicht näher bezeichnet

Bei erwachsenen Personen (≥ 18 Jahre) sind Sepsis-Kodes grundsätzlich in Kombination mit einem oder ggf. mehreren Code(s) für den zeitlichen Bezug der Sepsis zur stationären Krankenhausaufnahme im DRG-Workplace anzugeben:

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

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 <u>oder</u> (Nor)adrenalin ≤0,1 µg/kg/min	Dopamin > 15 µg/kg/min <u>oder</u> (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) <u>oder</u> Harnausscheidung <500 ml/24h	≥5,0 mg/dl (≥ 441 µmol/l) <u>oder</u> 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

(Quelle und weitere Informationen finden Sie im „Kodierleitfaden Sepsis 3.0“ der DSG auf unserer Seite [„Kodierhilfen-DRG“](#))

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.

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.



- » 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.“
- » Grundsätzlich sind bei Verdacht auf eine Sepsis Materialien für die mikrobiologische Diagnostik einschließlich Blutkulturen zu entnehmen. Das Untersuchungsmaterial muss hierbei mindestens zwei Blutkultur-Sets (bestehend aus aerober und anaerober Flasche) umfassen.
- » 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 auf unserer Seite [„Kodierhilfen-DRG“](#)

Folgende ICD- und OPS-Kodes sollen, sofern zutreffend, zusätzlich verschlüsselt werden:

+ 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 Beatmungssonden

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

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

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

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
8-810.a	Rekombinanter Faktor IX
8-810.b	Plasmatischer Faktor IX
8-810.c	FEIBA - Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität
8-810.d	Von-Willebrand-Faktor
8-810.e	Faktor XIII
8-810.g	Antithrombin III
8-810.h	C1-Esteraseinhibitor
8-810.j	Fibrinogenkonzentrat
8-812.5	Prothrombinkomplex

+ Kode(s) für den Infektfokus

z.B. N30 Zystitis, J12.- bis J18.- Pneumonie, ...

+ Kode(s) für den/die spezifische(n) Erreger

z.B. B95.-! Streptokokken und Staphylokokken, B96.2! Escherichia coli, ...

+ Kode(s) für Erreger-Resistenzen aus Kapitel XXII ICD-10-GM

z.B. U80.00 Staphylococcus aureus mit Resistenz gegen Oxacillin oder Methicillin [MRSA], ...

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 (> 18 mg/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

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. $12.000/\text{mm}^3$) oder Leukopenie ($4.000/\text{mm}^3$ 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/mm³ od. weniger. Eine Thrombozytopenie durch akute Blutung muss ausgeschlossen sein.
- » Arterielle Hypoxämie: PaO₂ 10 kPa od. weniger (75 mmHg od. weniger) unter Raumluft oder ein PaO₂/FiO₂-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.