10. Qualitätssicherungskonferenz des G-BA Berlin, 24. September 2018

Datengestützte Qualitätssicherung:
Nur dort, wo Kodier- und Abrechnungsregeln dies zulassen?

Klaus Döbler, Stuttgart





OPS



ICD-10-GM

OPS als Grundlage für G-DRG, EBM und Qualitätsberichte

Der OPS ist eine wichtige Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem G-DRG. Es wird im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitgestellt und in der stationären Versorgung eingesetzt. Für die Vergütung der ambulanten Operationen nach einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) werden Operationen und Prozeduren ebenfalls nach OPS kodiert. Auch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser basieren auf OPS-kodierten Operationen.

ICD-10-GM als Grundlage für Vergütungs- und Finanzierungssysteme, Qualitätsberichte und Statistik

Die ICD-10-GM ist eine wichtige Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem G-DRG. Es wird im Auftrag der Selbstverwaltungspartner im Gesundheitswesen vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) bereitgestellt und in der stationären Versorgung eingesetzt. Auch die Vergütung der ambulanten Behandlung nach EBM und der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich benötigen nach GM kodierte Behandlungsdiagnosen. Auch die Qualitätsberichte der Krankenhäuser und die AU-Bescheinigungen enthalten GM-kodierte Diagnosen. Der Morbi-RSA basiert ebenfalls auf GM-kodierten Daten.

DEUTSCHE KODIERRICHTLINIEN

Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren

Version 2018

Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) GKV-Spitzenverband

Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH)



Anwenderinformation QS-Filter

Datensatz Geburtshilfe (16/1)

ICD-Kode

Stand: 31. Juli 2018 (QS-Spezifikation 2019 V01) Copyright © 2018 IQTIG

Textdefinition

Alle im Krankenhaus erfolgten Geburten

Diagnose(n) der Tabelle GEB_ICD Titel

	Z37.0	Lebendgeborener Einling
	Z37.1	Totgeborener Einling
	Z37.2	Zwillinge, beide lebendgeboren
	Z37.3	Zwillinge, ein Zwilling lebend-, der andere totgeboren
i	Z37.4	Zwillinge, beide totgeboren
	Z37.5	Andere Mehrlinge, alle lebendgeboren
	Z37.6	Andere Mehrlinge, einige lebendgeboren
	Z37.7	Andere Mehrlinge, alle totgeborer
	Z37.9	Resultat der Entbindung, nicht näl

Prozedur(en) der Tabelle GEB_OPS

OPS-Kode	Titel
5-720.0	Zangenentbindung: Aus Beckenau
5-720.1	Zangenentbindung: Aus Beckenm
5-720.x	Zangenentbindung: Sonstige
5-720.y	Zangenentbindung: N.n.bez.
5-724	Drehung des kindlichen Kopfes m
5-725.0	Extraktion bei Beckenendlage: Ma
5-725.1	Extraktion bei Beckenendlage: In
5-725.2	Extraktion bei Beckenendlage: Ko
5-725.x	Extraktion bei Beckenendlage: Sc
5-725.y	Extraktion bei Beckenendlage: N.



Anwenderinformation Risikostatistik Leistungsbereich: Pflege: Dekubitusprophylaxe

Stand: 30. September 2016 (2017_Risikostatistik_V01) Copyright © 2016 IQTIG

Administratives Einschlusskriterium in Textform

Aufnahmegrund § 301 (1. und 2. Stelle) ist ausgefüllt und nicht 03 (=Krankenhausbehan tionär) und nicht 04 (-vorstationäre Behandlung ohne anschließende vollstationäre Behi die Aufnahme ist im Jahr 2016 oder im Jahr 2017 und das Entlassungsdatum liegt im Ja das Alter des Patienten ist >= 20 Jahre

Administratives Einschlusskriterium als Formel

AUFNGRUND <> LEER UND AUFNGRUND NICHTIN ("03"; '04") UND AUFNDATUM >= '01.0 AUFNDATUM <= '31.12.2017' UND ENTLDATUM >= '01.01.2017' UND ENTLDATUM <= UND ALTER >= 20

Bezeichnung in der Risikostatistik	Beschreibung
Institutionskennzeichen	
Entlassender Standort	
Dekubitus Grad 2	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.1) UND DIAG KEINSIN (L89.2;L89 0 := DIAG KEINSIN (L89.1) ODER DIAG EINSIN (L89.2;L89
Dekubitus Grad 3	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.2) UND DIAG KEINSIN (L89.3;L89 0 := DIAG KEINSIN (L89.2) ODER DIAG EINSIN (L89.3;L89
Dekubitus Grad 4	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.3)
Dekubitus Grad nicht näher bezeichnet	Berechnetes Feld: 1 := DIAG EINSIN (L89.9) UND DIAG KEINSIN (L89.3) 0 := DIAG KEINSIN (L89.9) ODER DIAG EINSIN (L89.3)



Spezifikation für die Nutzung der Sozialdaten bei den Krankenkassen

Technische Dokumentation

Erstellt im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses

Stand: 28. März 2018 (V09)



Nur dort, wo Kodier- und Abrechnungsregeln dies zulassen?



Identifikation des Follow-up Kataraktoperation





QS-Verfahren 2004 wegen fehlendem Follow-up ausgesetzt

"Der wichtigste Qualitätsindikator, die Verbesserung des Sehvermögens, kann zurzeit nicht abschließend eingeschätzt werden, da das Ergebnis erst mehrere Wochen nach dem Eingriff zuverlässig zu erheben ist.

... wurde die Dokumentationsverpflichtung für diesen Leistungsbereich im Verfahrensjahr 2004 ausgesetzt.

Die Fachgruppe spricht sich dafür aus, ambulant durchgeführte Operationen und eine Verlaufsbeobachtung zur Ermittlung der Ergebnisqualität in die Qualitätsdarstellung einzubeziehen."

Identifikation des Follow-up Kataraktoperation



Weiterentwicklung ab 2010



Gemeinsamer Bundesausschuss / Unterausschuss Qualitätssicherung / AG Qesü-RL - Empfehlungen zu den Ergebnisberichten Kataraktoperation und Konisation

Stand: 31. Mai 2013

"... Es existiert keine Möglichkeit der spezifischen Auslösung der erforderlichen Leistungen des Follow-Up ... Die Ergebnisqualität ist somit nur stark eingeschränkt bewertbar. Somit sind die verfügbaren Ergebnisse für die Qualitätssicherung nur stark eingeschränkt verwertbar.

Ursachen:

Fehlende ... ausreichend spezifische Kodes, die durch Kodierungs- oder Abrechnungsregeln homogen und vollständig dokumentiert werden."

Identifikation der qualitätszusichernden Leistung (Indexfall) Konisation



Entwicklung ab 2010



Gemeinsamer Bundesausschuss / Unterausschuss Qualitätssicherung / AG Qesü-RL - Empfehlungen zu den Ergebnisberichten Kataraktoperation und Konisation

Stand: 31. Mai 2013

"... OPS-Kode 1-672 ... diagnostische Hysteroskopie ... im Rahmen dieses Eingriffs ist die Durchführung einer Konisation möglich.

Da die diagnostische Hysteroskopie im Vergleich zur Konisation höher vergütet wird, wird ... eher die diagnostische Hysteroskopie als die Konisation dokumentiert und abgerechnet.

... dass aufgrund unterschiedlicher Kodier- und Vergütungsregelungen im vertragsärztlichen und stationären Sektor voraussichtlich nicht ... die gleichen Leistungen ausgelöst werden"



- es fehlen spezifische Kodes
- es fehlen Kodierregeln im vertragsärztlichen Sektor
- es fehlen homogene Abrechnungsregeln
- ... spezifische und homogene Leistungserfassung teilweise nicht möglich
- ... vergleichbare Qualitätsbewertung in qualitätsrelevanten
 Versorgungsbereichen derzeit teilweise nicht oder nur mit
 Einschränkungen möglich
- ... dies betrifft sowohl Prozeduren als auch Diagnosen (z.B. Verfahren "Postoperative Wundinfektionen"

Handlungsoptionen



- 1. Mehr Gewicht für Erfordernisse der Qualitätsdarstellung bei
 - Festlegung von Kodes und Katalogen
 - vergütungsrelevanten Festlegungen
 (Abrechnungsziffern, Kodierrichtlinien)
- 2. Ambulante Kodierregeln
- 3. Ggf. bereits bei der Verfahrensentwicklung Hinweise des IQTIG auf ggf. erforderliche / sinnvolle Änderungen von Kodes und Kodierregeln



ABER

dies sind ggf. tiefe Eingriffe in komplexe Systeme: DIMDI, DKR, EBM, ambulante Kodierregeln, ...

- es gibt jetzt bereits ca. 34.000 terminale OPS-Kodes
- ambulante Kodierregeln für über 500.000.000 ambulante Behandlungsfälle?
- bereits jetzt sehr lange Entwicklungszeiten verlängern sich noch weiter, wenn Anpassungen / Implementierungen von Kodes und Kodierregeln erfolgen
- es werden ggf. wieder mehr Einzelleistungsvergütungen anstelle von pauschalierten Entgelten erforderlich
- die Verhandlung von Vergütungsregeln ist anspruchsvoll
 - und dann sollen auch noch die "QS-Leute" mitreden ...

Es sollten mit Augenmaß Erfordernisse und Anliegen der "verschiedenen Welten" berücksichtigt werden

Datengestützte Qualitätssicherung Nur dort, wo Kodier- und Abrechnungsregeln dies zulassen?



Kodierung und Vergütungsrelevanz
Sektorenübergreifende Versorgung
und noch ein Wort zu "Present on admission"
Zusammenfassung und Ausblick

... Weiterentwicklungen ...



Ein neuer Aufbruch für Europa Eine neue Dynamik für Deutschland Ein neuer Zusammenhalt für unser Land

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD

19. Legislaturperiode

Sektorenübergreifende Versorgung

Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten.

Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfraktionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.

Datengestützte Qualitätssicherung Sektorenübergreifende Perspektive



Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens "Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen"

"Echte" sektorenübergreifende Verfahren

Beispiel "Schizophrenie"

"... stärkere Berücksichtigung der verschiedenen Versorgungsbereiche ... insbesondere hinsichtlich der Schwerpunkte im Versorgungspfad ..."

... lange, sehr individuelle Krankheitsverläufe

... mit dem Erfordernis, spezifische Behandlungsepisoden zu identifizieren

Datengestützte Qualitätssicherung Sektorenübergreifende Perspektive



Beschluss



des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Beauftragung des IQTIG: Aktualisierung und Erweiterung des QS-Verfahrens "Versorgung von volljährigen Patienten und Patientinnen mit Schizophrenie, schizotypen und wahnhaften Störungen"

"Echte" sektorenübergreifende Verfahren

... sollten über den reinen Einrichtungsvergleich hinausgehen

... mit der Möglichkeit regionaler Analysen

... und ggf. dem Erfordernis von Identifikationskennzeichen für Regionen

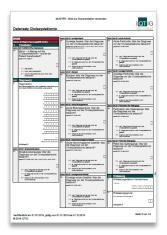


Nur dort, wo Kodier- und Abrechnungsregeln dies zulassen?

Kodierung und Vergütungsrelevanz
Sektorenübergreifende Versorgung
und noch ein Wort zu "Present on admission"
und noch ein Wort zu "Present on admission"

Datengestützte Qualitätssicherung Cholezystektomie (ab 2019)

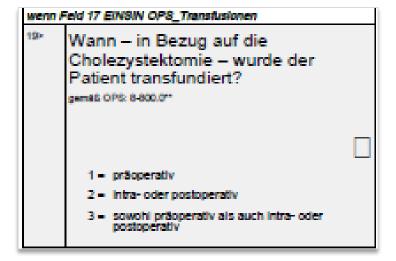




- Erwartete Fallzahl: ca. 200.000 / Jahr
- 32 Datenfelder (davon 12 manuell auszufüllen)

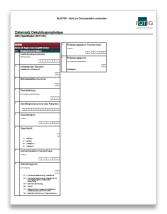
... um für 11 klinische Sachverhalte zu erfragen, ob die jeweiligen Zustände / Ereignisse bereits präoperativ bestanden ...

wenn Feld 20 = akute Blutungsanämle		
24>	Akute Blutungsanämie: War die Diagnose vor der Cholezystektomie bekannt? genaß ICD-10-0M: DK2	
	 0 = nein, Diagnose wurde erst nach der Cholezystektomie gestellt 	
	1 = ja, Diagnose wurde vor der Cholezystektomie gesteilt	
	9 = aufgrund der Dokumentation nicht nachvollziehbar	



Dekubitus





- Fallzahl: ca. 280.000 (Erfassungsjahr 2017)
- 26 Datenfelder (davon 5 manuell auszufüllen)

... um festzustellen, ob ein Dekubitus bereits bei stationärer Aufnahme vorhanden war ...

War der Dekubitus bei der Aufnahme vorhanden? ("Present on Admission")

bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig vom Grad

0 = Nein: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus nicht vorhanden

1 = Ja: Diagnose war bei Aufnahme ins Krankenhaus vorhanden

9 = Unbekannt infolge unvollständiger Dokumentation

War der Dekubitus bei der
Entlassung vorhanden? ("Present on
Discharge")
bezogen auf den Dekubitus an dieser Lokalisation, unabhängig
vom Grad

0 = Nein: Diagnose war bei Entlassung aus dem
Krankenhaus nicht vorhanden

1 = Ja: Diagnose war bei Entlassung aus dem
Krankenhaus vorhanden

9 = Unbekannt infolge unvollständiger
Dokumentation



Dekubitus, Wundinfektionen, Cholezystektomie, ...

es fehlt ein "Zeitstempel" für eine Diagnose / eine Prozedur (Kennzeichnung "Present on admission" / POA)

- ... dies erzeugt "nachträglichen" Dokumentationsaufwand
- ... bei eingeschränkter Validität der Erfassung





Bundesgesundheitsbl 2018 · 61:771–777 https://doi.org/10.1007/s00103-018-2755-6 Online publiziert: 5. Juni 2018 © Der/die Autor(en) 2018



Robert Jakob

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf, Schweiz

ICD-11 – Anpassung der ICD an das 21. Jahrhundert

ICD-11 ist mit dem Ziel entworfen worden, ein nützliches Instrument für

- Mortalitätsstatistik,
- Morbiditätsstatistik,
- Epidemiologie,
- Prävention,
- Forschung,
- Vergütung,
- Qualitätssicherung und
- Patientensicherheit



International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(4), 328–333 doi: 10.1093/intqhc/mzv037 Advance Access Publication Date: 4 June 2015 Perspectives on Quality



Perspectives on Quality

Capturing diagnosis-timing in ICD-coded hospital data: recommendations from the WHO ICD-11 topic advisory group on quality and safety

V. SUNDARARAJAN¹, P.S. ROMANO², H. QUAN³, B. BURNAND⁴, S.E. DRÖSLER⁵, S. BRIEN⁶, H.A. PINCUS⁷, and W.A. GHALI^{3,8}

"As the evidence indicates that a diagnosis-timing flag improves the ability of routinely collected, coded hospital data to support outcomes research and the development of quality and safety indicators, the Group recommends .. a classification of 'arising after admission' (yes/no) ..."



Nur dort, wo Kodier- und Abrechnungsregeln dies zulassen?

Kodierung und Vergütungsrelevanz
Sektorenübergreifende Versorgung
und noch ein Wort zu "Present on admission"
Zusammenfassung und Ausblick



Eine vergleichende Qualitätsdarstellung braucht spezifische Kodes für

- die Identifikation qualitätsrelevanter Leistungen (Prozeduren, Diagnosen, Behandlungsepisoden, ...)
- Verlaufsbetrachtungen (Follow-up)
- Risikoadjustierung
- die Vermeidung von Dokumentationsaufwand

Erforderlich ist

- 1. Die Verfügbarkeit dieser Informationen (Kodes) in den Katalogen
- 2. Die Gewährleistung der Validität dieser Informationen durch Kodierregeln (und Vergütungsrelevanz)
- 3. ... sektorenübergreifend ...



SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung

Gutachten 2018

13.2.8 Anwendung einer (noch zu entwickelnden) sektorenübergreifenden Qualitätssicherung

877. Eine Planung, die vorgibt, was verschiedene Versorgungsangebote leisten sollen, muss auch in der Lage sein, deren Qualität zu evaluieren. Die Versorgungsqualität sollte durch sektorenübergreifende Qualitätssicherungsverfahren (QS-Verfahren) überprüft werden, bei der auch die pflegerische und die rehabilitative Versorgung miteinbezogen werden sollte. Die Ergebnisse aus dieser Bewertung können anschließend zur Evaluation der Bedarfsplanung verwendet werden. Zudem kann so bestimmt werden, wo eine bestimmte Leistung mit der höchsten Qualität erbracht werden kann, ohne durch informationelle und organisatorische Sektorengrenzen eingeschränkt zu sein.

oder Finanzierungsproblemen führen. Eine sektorenübergreifende Vergütungssystematik ermöglicht hingegen die Gestaltung der ambulant-stationären Arbeitsteilung anhand von versorgungspolitisch sinnvollen Überlegungen ohne Verzerrung durch sektoral unterschiedliche Vergütungsanreize.





Dtsch Arztebl 2018; 115(29-30): A-1362 / B-1150 / C-1142

Beerheide, Rebecca; Maibach-Nagel, Egbert

Eine Bund-Länder-Gruppe soll ab Oktober 2018 bis Ende 2019 tagen. In der jüngsten Geschichte der Gesundheitspolitik haben einige dieser Arbeitsgruppen schon gute Vorschläge erarbeitet. Was erwarten Sie von den Vorschlägen?

Spahn: Stimmt, es ist ein großer Erfolg, dass Gesundheits- und Wissenschaftsminister den Masterplan Medizinstudium gemeinsam erarbeitet haben. Hier ist viel auf dem Weg. Bei der Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung kommt es darauf an, dass Bund und Länder gemeinsam konkrete Ergebnisse in einem überschaubaren Zeitraum erarbeiten. Bedarfsplanung, Zulassung, Codierung und Dokumentation – all das sind Themen, die auf der Agenda stehen werden. Gute Vorschläge für eine bessere Zusammenarbeit und Vernetzung will ich noch in dieser Legislaturperiode umsetzen.



Q

Presse -

Dokumente

Gesundheitsministerkonferenz **The second of the second o

Arbeitsgruppen

Beschlüsse

Beschlüsse

Startseite

Wählen Sie ein Jahr: 2017 ✔

Beschlüsse der 90. GMK (2017)

Die GMK

TOP: 11.2 Kodierrichtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung

Vorsitz

Termine

Die Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren für Gesundheit der Länder fassen folgenden einstimmigen Beschluss:

Mitglieder -

Die für Gesundheit zuständigen Ministerinnen und Minister, Senatorinnen und Senatoren der Länder bitten die Bundesregierung, dafür Sorge zu tragen, dass verbindliche Kodierrichtlinien in der vertragsärztlichen Versorgung eingeführt werden, die für die Ärzteschaft mit einem geringen bürokratischen Aufwand verbunden sind und gewährleisten, dass gleiche Fälle künftig bundesweit gleich dokumentiert werden.

Zusammenfassung



- Kodier- und Vergütungsregeln sollten für qualitätsrelevante Leistungen und Ereignisse eine verlässliche Qualitätsdarstellung ermöglichen
- Das Thema "Present on Admission" / "Present before Operation" sollte auf der Tagesordnung bleiben

Ausgewogene Berücksichtigung der Erfordernisse und Anliegen für Vergütungs- und für Qualitätsfragen





Vertragsärztliche Versorgung, §295 SGB V

jedes Quartal für jeden Behandlungsfall folgende Daten:

- Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1, 6 und 7,
- Arzt- oder Zahnarztnummer, in Überweisungsfällen die Arzt- oder Zahnarztnummer des überweisenden Arztes,
- Art der Inanspruchnahme,
- Art der Behandlung,
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung,
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Schlüsseln nach Absatz 1 Satz 5, bei zahnärztlicher Behandlung mit Zahnbezug und Befunden,
- Kosten der Behandlung.

Krankenhäuser, §301 SGB V

- 1. die Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 sowie das krankenhausinterne Kennzeichen des Versicherten,
- das Institutionskennzeichen der Krankenkasse und des Krankenhauses sowie ab dem 1. Januar 2020 dessen Kennzeichen nach § 293 Absatz 6,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Aufnahme sowie die Einweisungsdiagnose, die Aufnahmediagnose, bei einer Änderung der Aufnahmediagnose die nachfolgenden Diagnosen, die voraussichtliche Dauer der Krankenhausbehandlung sowie, falls diese überschritten wird, auf Verlangen der Krankenkasse die medizinische Begründung, bei Kleinkindern bis zu einem Jahr das Aufnahmegewicht,
- bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle.
- die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen,
- Datum und Art der im oder vom jeweiligen Krankenhaus durchgeführten Operationen und sonstigen Prozeduren,
- den Tag, die Uhrzeit und den Grund der Entlassung oder der Verlegung, bei externer Verlegung das Institutionskennzeichen der aufnehmenden Institution, bei Entlassung oder Verlegung die für die Krankenhausbehandlung maßgebliche Hauptdiagnose und die Nebendiagnosen,
- 8. Aussagen zur Arbeitsfähigkeit und Vorschläge zur erforderlichen weiteren Behandlung für Zwecke des Entlassmanagements nach § 39 Absatz 1a mit Angabe geeigneter Einrichtungen,
- die nach den §§ 115a und 115b sowie nach dem Krankenhausentgeltgesetz und der Bundespflegesatzverordnung berechneten Entgelte.

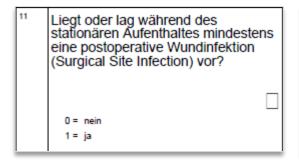
Postoperative Wundinfektionen (seit 2017)

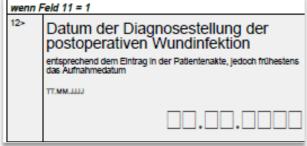




- Erwartete Fallzahl: ca. 200.000 400.000 / Jahr
- 16 Datenfelder (davon 5 manuell auszufüllen)

... um festzustellen, ob es sich bei einer "potentiellen Wundinfektion" tatsächlich um eine postoperative Wundinfektion handelt ...





135	Wundinfektionstiefe gemäß modifizierten KISS-Definitionen (siehe Ausfüllhinweis)
	1 = A1 - postoperative, oberflächliche Wundinfektion
	2 = A2 - postoperative, tiefe Wundinfektion
	3 = A2 mit sekundärer Sepsis
	4 = A3 - Infektion von Organen und K\u00f6rperh\u00f6hlen im Operationsgebiet
	5 = A3 mit sekundärer Sepsis