



Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie zum Referentenentwurf der Bundesregierung

Entwurf eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform (Krankenhausreformenpassungsgesetz – KHAG)

Stand: 15.08.2025

Vorbemerkung:

Die Deutsche Gesellschaft für Nephrologie (DGfN) begrüßt, dass die Regelungen aus dem Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetz (KHVVG) so praxisgerecht weiterentwickelt werden sollen, dass eine qualitative, bedarfsgerechte Krankenhausversorgung gewährleistet wird. Mit Blick auf die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ ist dies wichtig, da im Fachgebiet bereits jetzt eine zentralisierte Leistungserbringung stattfindet. Mit aktuell nur rund 145 nephrologische Kliniken und Abteilungen, die die flächendeckende Versorgung und die ärztliche Weiterbildung im Fachgebiet sicherstellen und die die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ beantragen können, besteht keine Überversorgung. Jede dieser Einrichtungen arbeitet qualitativ auf höchstem Niveau und wird zur Versorgung der immer größer werdenden Patientengruppe gebraucht. Dies bedeutet, dass sehr genau hingesehen werden muss, damit eine ungeeignete Anwendung der Planungsinstrumente der Krankenhausreform die nephrologische Versorgung in Deutschland nicht gefährdet. Daher kommt es jetzt darauf an, dass die Leistungsgruppen, das Planungsinstrument (Leistungsgruppen-Grouper) des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und die Vergütung der Krankenhausreform evaluiert werden, um deren Wirkung transparent aufzuzeigen und bei Bedarf nachzujustieren. Dieses Vorgehen muss für die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ zwingend sichergestellt werden.

In folgenden Punkten regen wir Änderungen zur aktuellen Fassung des Entwurfs eines Gesetzes zur Anpassung der Krankenhausreform an:

Zu Artikel 1 Nummer 13 – Anlage 1 zu § 135e (Leistungsgruppen und Qualitätskriterien)

Die neue Anlage 1 zeigt Änderungsbedarf bei den Leistungsgruppen 5 „Komplexe Nephrologie“ und 64 „Intensivmedizin“. Darüber hinaus sollte zusätzlich eine Leistungsgruppe für „Kinder- und Jugend-Nephrologie“ eingeführt werden:

Ergänzung bei der Leistungsgruppe 5 „Komplexe Nephrologie“ wie in Blau dargestellt:

5	Kom- plexe Nephro- logie	Mindest- voraus- setzung	LG Allgemeine Chirurgie LG Allgemeine Innere Medizin LG Intensivmedizin		Doppler- oder Duplex-Sonographie, Geräte für intermittierende und kontinuierliche Hämodia- lyse, Ausstattung für Peri- tonealdialyse (CAPD und APD-Cycler), Geräte für Apherese (Plasma- pherese und Immunadsorp- tion), Räumlichkeiten für Dia- lyse und Apherese, Eingriffs- raum
---	-----------------------------------	--------------------------------	--	--	---

Begründung:

Die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ bezieht sich auf die spezialisierte stationäre Versorgung von Patientinnen und Patienten mit schweren und komplexen Nieren- und Systemkrankheiten. Die ergänzte Ausstattung ist notwendig, weil hierfür eine breite Palette an Nierenersatzverfahren und verwandten Behandlungsverfahren vorgehalten werden muss und dies keine Standardausrüstung eines Krankenhauses oder anderer Fachbereiche ist. Geräte für die intermittierende Hämodialyse sind notwendig für die Versorgung akut und chronisch dialysepflichtiger Patientinnen und Patienten. Kontinuierliche Hämodialyseverfahren werden vor allem bei instabilen, intensivpflichtigen Patientinnen und Patienten mit akuter Nierenfunktionseinschränkung (acute kidney injury, AKI) eingesetzt, z.B. bei Sepsis, Multiorganversagen oder Schock. CAPD (kontinuierliche ambulante Peritonealdialyse) und APD-Cycler (Gerät für die automatisierte Peritonealdialyse) sind gängige Alternativen zur Hämodialyse für die häusliche Anwendung.

Geräte für Apherese (Plasmapherese und Immunadsorption) werden bei schweren Autoimmunerkrankungen und nephrologischen Systemerkrankungen eingesetzt (z.B. ANCA-Vaskulitis, Goodpasture-Syndrom, FSGS-Rezidiv nach Transplantation). Die Plasmapherese entfernt pathogene Antikörper aus dem Blut. Die Immunadsorption ist gezielter und wird z.B. bei refraktären immunologischen Erkrankungen angewendet. Beide sind unverzichtbar für die spezialisierte Akuttherapie von einzelnen immunologischen nephrologischen Erkrankungen.

Die Durchführung dieser Verfahren erfordert das Vorhalten spezialisierter, hygienisch kontrollierter Umgebungen mit medizinischem Fachpersonal, Monitoreinrichtungen und Notfallausstattung. Darüber hinaus sind Isolationsräume für Patienten mit kontagiösen Erkrankungen und Eingriffsräume für interventionelle und operative Eingriffe, wie z.B. Katheteranlagen (Shaldon, Demerskatheter), Peritonealdialysekatheter-Implantation, Biopsien (z. B. Nierenbiopsie) vorzuhalten.

Die Durchführung von Dialyse- und Apheresebehandlungen im Krankenhaus setzt klare strukturelle, räumliche, organisatorische und personelle Gegebenheiten voraus, die in der Leitlinie „Anforderungen an die Strukturqualität für intermittierende und kontinuierliche Nierenersatztherapie im Krankenhaus“ (AWMF Registernummer: 090-004) hinterlegt sind (1).

Die ergänzte Ausstattung ist essenziell, um die komplexe Versorgung nephrologischer Patientinnen und Patienten in Akutsituationen und bei chronischen Krankheitsverläufen zu gewährleisten. Nur so kann die Leistungsgruppe "Komplexe Nephrologie" in ihrer vollen Bandbreite und im Sinne einer qualitätsgesicherten Versorgung abgebildet werden. Daher sollten die ergänzten Ausstattungsmerkmale für die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ in die Anlage 1 übernommen werden.



Änderung bei der Leistungsgruppe 64 „Intensivmedizin“ wie in Blau dargestellt:

64	Intensiv- medizin	Mindest- voraus- setzung			Notfall-Labor am Standort oder Notfall- Labor in Kooperation plus PoC-Laboranalytik
		Qualitäts- anforde- rung Komplex		LG Komplexe Ne- phrologie (durch Ko- operation)	Verfügbarkeit folgender Untersu- chungs-/ Behandlungsverfahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierenersatz- verfahren jederzeit b. Flexible Bronchoskopie täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr c. Ultraschall-Verfahren täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr: Abdomen, TTE, TEE am Standort täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Notfall-Labor am Standort plus PoC- Laboranalytik
		Qualitäts- anforde- rung Hoch- komplex	LG Komplexe Ne- phrologie (am Standort)		Verfügbarkeit folgender Untersu- chungs- oder Behandlungsver- fahren auf der Intensivstation: a. Kontinuierliche Nierener- satzverfahren jederzeit b. Intermittierende Nierener- satzverfahren, Peritonealdia- lyseverfahren und Apherese (durch LG Komplexe Nephro- logie) c. Flexible Bronchoskopie jederzeit d. Ultraschall-Verfahren jederzeit: Abdomen, TTE, TEE am Standort, täglich acht Stunden im Zeitraum von 6 Uhr bis 18 Uhr, Notfall-Labor am Standort plus PoC- Laboranalytik

Begründung:

Bei kritisch kranken, auf der Intensivstation behandelten Patientinnen und Patienten sind die Nieren eines der am häufigsten beeinträchtigten Organsysteme. Je nach untersuchten Studienpopulationen entwickeln 30 % und mehr eine akute Nierenfunktionseinschränkung (acute kidney injury, AKI) und das Auftreten einer AKI ist mit einer deutlich erhöhten Mortalität assoziiert (2,3,4). Die supportive Therapie einer AKI mit einer kontinuierlichen Nierenersatztherapie (Dialyse) wird außer durch die Nephrologie (Nierenheilkunde) nur von wenigen anderen Fachdisziplinen im Intensivbereich beherrscht. Jedoch nur von der Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ wird die gesamte Bandbreite der unterschiedlichen Nierenersatztherapieverfahren (intermittierende, prolongierte, kontinuierliche Dialyse, Peritonealdialyse) angeboten und damit eine individualisierte Therapie ermöglicht. Das ist besonders relevant für Intensivpatienten, bei denen andere Organfunktionsstörungen vorliegen, die zwingend differenzierte Verfahren erfordern (z.B. Gerinnungsstörungen, Blutungsneigung und Blutungsrisiken, Hirndrucksteigerung).

10 bis 20 % aller Patienten mit AKI haben eine spezifische Nierenkrankheit, die eine gezielte nephrologische Diagnostik und Therapie erfordern (5,6). Das Spektrum dieser Maßnahmen reicht von differenzierter Plasma- und Urindiagnostik über die Nierenbiopsie bis hin zur Einleitung einer Immunsuppression, alles Domänen der Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“. Die Nephrologie ist darüber hinaus für die Beurteilung der Prognose einer AKI und eine eventuelle Überleitung in eine chronische Dialysebehandlung notwendig. Die Einbindung von Nephrologinnen und Nephrologen in der intensivmedizinischen Versorgung von AKI-Patienten führt zu einem besseren Outcome (7). Im Sinne der Strukturqualität ist eine enge Einbeziehung der Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ in die intensivmedizinische Versorgung zielführend. Dies sollte in den Qualitätskriterien der Leistungsgruppe „Intensivmedizin“ geeignet abgebildet werden.

Neben der Behandlung von AKI-Patienten werden auf Intensivstation häufig auch multimorbide, chronisch dialysepflichtige Patientinnen und Patienten betreut, die zu den Patientengruppen mit dem höchsten Risiko gehören. Für eine an die speziellen Bedürfnisse chronischer Dialysepatienten ausgerichtete intensivmedizinische Therapie ist eine Einbindung der Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ unverzichtbar. Das gilt umso mehr auch für nierentransplantierte Patientinnen und Patienten, bei denen die Steuerung der Immunsuppression in Phasen kritischer Erkrankung ein diffiziler Balanceakt ist, der zwingend fachspezifische Expertise erfordert.

Nicht nur in Verbindung mit akuten oder chronischen Nierenkrankheiten, sondern auch isoliert kommt es bei Intensivpatienten häufig zu Elektrolytstörungen mit potentiell ernster Prognose. Bis zu einem Viertel aller Intensivpatientinnen und -patienten entwickeln Störungen des Natriumhaushalts, was mit deutlich erhöhter Mortalität einhergeht (8). Darüber hinaus können akute Veränderungen im Calcium- und Phosphathaushalt und komplexe Störungen des Säure-Basen-Haushalts auftreten. Diagnostik und effektive

Therapie dieser Störungen sind Kernkompetenzen der Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“.

Verschiedene Systemerkrankungen, wie Vaskulitiden, Systemerkrankungen und thrombotische Mikroangiopathien gehen vielfach mit akuter Nierenfunktionseinschränkung einher und werden regelmäßig auf Intensivstation versorgt. Nephrologen verfügen über die Kompetenz, diese Krankheitsbilder auch in Akutphasen zu diagnostizieren und zu behandeln.

Darüber hinaus spielen auch die von der Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ vorgehaltenen und durchgeführten speziellen Verfahren, wie Plasmapherese und Immunabsorption bei der Versorgung verschiedener auf der Intensivstation behandelter autoimmunologischer Krankheitsbilder (z.B. thrombotische Mikroangiopathie, verschiedene neurologische Krankheitsbilder) eine Rolle. Auch die bei akuten lebensbedrohlichen Vergiftungen auf Intensivstationen zum Einsatz kommenden extrakorporalen Verfahren (z.B. Hämo-perfusion) erfordern eine nephrologische Expertise

Daher fordert die DGfN für die Leistungsgruppe „Intensivmedizin – komplex“ die Kooperation mit der Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ Für die Leistungsgruppe „Intensivmedizin – hochkomplex“ muss sich die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ jedoch mit der dafür nötigen sachlichen Ausstattung am Standort befinden, um die intensivmedizinische Versorgung, wie angestrebt, qualitativ hochwertig erbringen zu können.

Einführung einer Leistungsgruppe „Kinder- und Jugend-Nephrologie“:

Anders als in der Erwachsenenmedizin ist die Versorgung von Kindern mit Nierenkrankheiten sowohl stationär als auch ambulant im Wesentlichen den darauf spezialisierten Fachabteilungen von Kliniken vorbehalten. Die niedergelassenen Kinderärztinnen und Kinderärzte spielen gleichwohl eine wichtige Rolle in der Prävention und Früherkennung. Für die Aufrechterhaltung höchster Versorgungsqualität ist die Anerkennung der Kindernephrologie als eigene Leistungsgruppe daher eine wichtige Säule. Diese wird in der dritten Stellungnahme der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung bereits aufgeführt (9).

Gerade vor dem Hintergrund zunehmender Zahlen von angeborenen und genetisch bedingten Nierenkrankheiten sowie der großen Bedeutung optimaler präventiver sowie die Progredienz verzögernder Maßnahmen im Kindesalter für die lebenslange Prognose nierenkranker Menschen, ist die starke Verankerung der Kindernephrologie in der klinischen Versorgungslandschaft höchst bedeutsam. Die spezialisierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit Nierenkrankheiten sollte daher mit einer eigenen Leistungsgruppe Rechnung getragen werden.

Zu Artikel 2 (Änderung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) Nummer 6 - § 37 (Aufgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus im Zusammenhang mit der Ermittlung der Vergütung eines Vorhaltebudgets)

Die vorgenommenen Anpassungen der Fristen für eine Verschiebung der Einführung der Vorhaltevergütung, die Übergangsregelung zur Berücksichtigung der bis zum 31.12.2024 nach Landesrecht zugewiesenen Leistungsgruppen und die Anpassungen der Fristen für eine freiwillige Information über Vorhaltevolumina in den Jahren 2026 und 2027 gehen nicht weit genug, um das KHVVG praxisgerecht weiterzuentwickeln. Die bereits im Referentenentwurf enthaltenen Anpassungen werden nachfolgend kursiv dargestellt. Vielmehr muss darüber hinaus eine Ergänzung wie nachfolgend in Blau vorgenommen werden.

Ergänzung des dargestellten Textteils des § 37 Absatz 1 wie in Blau dargestellt:

(1) Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus ermittelt Vorhaltevolumina als Summe von Vorhaltebewertungsrelationen nach den folgenden Vorschriften. Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat bis zum 30. November eines jeden Kalenderjahres für die Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land für das jeweils folgende Kalenderjahr die nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten und die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweils vorhergehende Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr, für das die Ermittlung erfolgt, zuzuordnen; [...]

Das nach Satz 2 ermittelte Vorhaltevolumen für ein Land und für ein Kalenderjahr ist auf Leistungsgruppen nach dem Verhältnis der Summe der Vorhaltebewertungsrelationen derjenigen Krankenhausfälle in dem jeweiligen Land, in denen Leistungen aus der jeweiligen Leistungsgruppe erbracht wurden, und der Summe aller Vorhaltebewertungsrelationen des jeweiligen Landes rechnerisch aufzuteilen; die für die rechnerische Aufteilung der Vorhaltevolumina maßgeblichen Leistungsgruppen bestimmen sich nach den nach § 6a Absatz 6 Satz 1 in dem jeweiligen Kalenderjahr übermittelten Daten. Das sich nach Satz 3 für eine Leistungsgruppe und für ein Land ergebende Vorhaltevolumen ist auf die Krankenhausstandorte in dem jeweiligen Land, für die Krankenhäuser die jeweilige Leistungsgruppe nach § 6a Absatz 1 Satz 1 zugewiesen worden ist, entsprechend dem jeweiligen nach Absatz 2 Satz 2 oder Satz 5 ermittelten Anteil rechnerisch aufzuteilen; das sich nach Satz 3 für ein Land, in dem bis zum 31. Dezember 2024 nach landesrechtlichen Vorschriften Krankenhäuser Leistungsgruppen zugewiesen worden sind, und für eine Leistungsgruppe nach § 135e Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, die in diesem Land keinem Krankenhaus zugewiesen worden ist, ergebende Vorhaltevolumen ist entsprechend dem nach Absatz 2 Satz 9 ermittelten Anteil auf die Krankenhausstandorte rechnerisch aufzuteilen, bei denen im vorangegangenen Kalenderjahr Fälle dieser Leistungsgruppe zugeordnet worden sind.

Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erstellt bis zum 30. September 2025 ein Konzept zur Vorgehensweise bei der Ermittlung des Vorhaltevolumens für ein Land, eine Leistungsgruppe und einen Krankenhausstandort und aktualisiert dieses, soweit dies erforderlich ist; es veröffentlicht dieses Konzept und spätere Aktualisierungen barrierefrei auf seiner Internetseite. Abweichend von Satz 2 erster Halbsatz beläuft sich für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 das Vorhaltevolumen für ein Land **grundsätzlich** jeweils auf den Durchschnitt der vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus für die Kalenderjahre 2023 und 2024 jeweils nach Maßgabe des Satzes 7 zu ermittelnden Vorhaltevolumina in dem Land. Für die Ermittlung der Vorhaltevolumina für ein Land für die Kalenderjahre 2023 und 2024 hat das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus die nach § 21 Absatz 1 und 2 Nummer 2 des Krankenhausentgeltgesetzes für das jeweilige Kalenderjahr übermittelten Leistungsdaten zu Krankenhausfällen in dem jeweiligen Land, die auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Bewertungsrelationen vergütet werden, zugrunde zu legen und diesen Krankenhausfällen die Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zuzuordnen und diese Vorhaltebewertungsrelationen für das jeweilige Kalenderjahr zu addieren. **Für Leistungsgruppen deren Vorhaltevolumina für ein Land nicht auf Basis der Abrechnungsdaten der Kalenderjahre 2023 und 2024 ermittelt werden können, werden anfänglich geschätzte Vorhaltevolumina und sobald verfügbar zur Berechnung die Kalenderjahre 2026 und 2027 herangezogen.** Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus hat das Nähere zur Ermittlung der Vorhaltevolumina für die Kalenderjahre 2026 bis 2029 in dem nach Satz 5 zu erstellenden Konzept festzulegen.

Begründung:

Das Definitionshandbuch des Leistungsgruppen-Groupers des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK, Stand: 05.02.2025) definiert die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ als allgemeine Leistungsgruppe, die nur einen Fachabteilungsbezug, jedoch keinen Leistungsbezug aufweist. Prozeduren, Diagnose oder DRG wurden der Leistungsgruppe durch das InEK nicht zugeordnet. Krankenhausfälle sollen demnach immer dann der Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ zugeordnet werden, wenn der Fachabteilungsschlüssel 0400 (Nephrologie) für die Abrechnung genutzt worden ist.

Bis heute findet jedoch historisch begründet in einigen Bundesländern keine Abrechnung über diesen Fachabteilungsschlüssel statt. In weiteren Bundesländern findet nur in einigen Krankenhäusern die Abrechnung nephrologischer Krankenhausfälle über den Fachabteilungsschlüssel 0400 statt. Stattdessen wird der allgemeine Schlüssel 0100 (Innere Medizin) verwendet.

Da als Datengrundlage die Krankenhausfälle und Abrechnungsdaten aus 2023 oder 2024 herangezogen werden sollen, wird für jedes Bundesland, in dem nicht alle Krankenhäuser die nephrologischen Krankenhausfälle mit der 0400 abgerechnet haben, das Vorhaltevolumen für die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ zu klein berechnet. Wenn nun diese Krankenhäuser ab 2026 neu beginnen, ihre nephrologischen Krankenhausfälle mit dem Fachabteilungsschlüssel 0400 abzurechnen, müssen sich eine noch größere Zahl an Krankenhäusern das zu klein bemessene Vorhaltevolumen eines Landes für die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ teilen.

Dies macht die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ für Krankenhäuser verlustträchtig und unattraktiv. Betroffen sind auch Universitätskliniken und Krankenhäuser der Maximalversorgung, die bisher nicht mit dem Fachabteilungsschlüssel 0400 abrechnen. In Deutschland gibt es aktuell 145 nephrologische Kliniken und Abteilungen, die die flächendeckende Versorgung und die ärztliche Weiterbildung im Fachgebiet sicherstellen. Jede dieser Einrichtungen wird zur Sicherstellung gebraucht. In der Nephrologie findet keine Überversorgung statt. Die oben beschriebene mangelnde Zuordnung von Krankenhausfällen lässt jedoch befürchten, dass nicht alle diese Einrichtungen die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ beantragen bzw. weiterführen werden, weil sie nicht auskömmlich finanziert wird. Damit wäre selbst dann zu rechnen, wenn die Qualitätskriterien erfüllt werden. Negative Auswirkungen auf die flächendeckende Versorgung und die ärztliche Weiterbildung wären die Folge. Dies gilt es zu vermeiden. Auch weil die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ gebraucht wird, damit ein Krankenhaus die Voraussetzungen für andere Leistungsgruppen, wie „Komplexe periphere arterielle Gefäße“, „Urologie“, „Nierentransplantation“ oder „Intensivmedizin komplex und hochkomplex“, erbringen kann. Auch andere Leistungsgruppen sind von diesem Sachverhalt betroffen. Daher muss eine Regelung gefunden werden, die für Krankenhäuser das Angebot einer solchen Leistungsgruppe nicht unattraktiv macht.

Weitere Anmerkungen:

Die DGfN begrüßt ausdrücklich die Absicht, die Auswirkungen der Krankenhausreform im Sinne eines lernenden Systems evaluieren und die Maßnahmen nachjustieren zu wollen. In der Gesetzesbegründung fehlt jedoch der konkrete Hinweis, dass dies auch den Leistungsgruppen-Groupers des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) betreffen muss. Die Relevanz einer solchen Evaluation ist der Begründung zum Änderungsvorschlag zu Artikel 2 Nummer 6 - § 37 Krankenhausfinanzierungsgesetz zu entnehmen. Ergänzend zu diesen Ausführungen ist noch zu erwähnen, dass nephrologische Kliniken und Abteilungen, die bisher die Abrechnung nicht mit dem Fachabteilungsschlüssel 0400 (Nephrologie), sondern mit dem Fachabteilungsschlüssel 0100 (Innere Medizin) durchführen, für die Leistungsgruppe „Komplexe Nephrologie“ gar keine Behandlungsfälle zur Erfüllung von Mindestvorhaltezahlen gemäß § 135f SGB V ausweisen können. Daher empfiehlt die DGfN einen Hinweis zur Evaluation des Leistungsgruppen-Groupers des InEK zu ergänzen.

Literatur:

1. AWMF Leitlinie https://register.awmf.org/assets/guidelines/090-004I_S1_Anforderungen-an-die-Strukturqualitaet-intermittierende-kontinuierliche-Nierenersatztherapie-im-Krankenhaus_2022-07.pdf
2. Singbartl K, Kellum JA. AKI in the ICU: definition, epidemiology, risk stratification, and outcomes. Kidney Int. 2012 May; 81(9):819-25. doi: 10.1038/ki.2011.339.



3. Antonucci E, Garcia B, Chen D, Matthay MA, Liu KD, Legrand M. Incidence of acute kidney injury and attributive mortality in acute respiratory distress syndrome randomized trials. *Intensive Care Med* (2024) 50:1240–1250, <https://doi.org/10.1007/s00134-024-07485-6>
4. Fuhrmann DY, Kane-Gill S, Goldstein SL, Kellum JA. Acute kidney injury epidemiology, risk factors, and outcomes in critically ill patients 16–25 years of age treated in an adult intensive care unit. *Annals of Intensive Care* volume 8, Article number: 26 (2018) <https://doi.org/10.1186/s13613-018-0373-y>
5. Goicoechea M, Rivera F, Lopez-Gomez JM. Increased prevalence of acute tubulointerstitial nephritis. *NDT* Volume 28, Issue 1, January 2013. <https://doi.org/10.1093/ndt/gfs143>
6. Raghavan R, Eknoyan G. Acute interstitial nephritis - a reappraisal and update. *Clin Nephrol.* 2014 Sep;82(3):149-62. doi: 10.5414/cn108386
7. Soares DM, Pessanha JF, Sharma A, Brocca A, Ronco C. Delayed Nephrology Consultation and High Mortality on Acute Kidney Injury: A Meta-Analysis. *Blood Purif.* 2017;43(1-3):57-67. doi: 10.1159/000452316. Epub 2016 Dec 3.
8. Lindner G, Schwarz C, Haidinger M, Ravioli S: Hyponatremia in the emergency department. *The American Journal of Emergency Medicine.* Volume 60, October 2022, Pages 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.07.023>
9. Dritte Stellungnahme und Empfehlung der Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung. Grundlegende Reform der Krankenhausvergütung. [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te Stellungnahme Regierungskommission Grundlegende Reform KH-Verguetung 6 Dez 2022 mit Tab-anhang.pdf](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Krankenhausreform/3te_Stellungnahme_Regierungskommission_Grundlegende_Reform_KH-Verguetung_6_Dez_2022_mit_Tab-anhang.pdf)