CSL Behring

Vergütungsregeln bei Gerinnungsstörungen

2026

INHALT

1. BLUTERENTGELTE – DIE PROBLEMATIK 3

2. VERGÜTUNGSSCHEMA GERINNUNGSFAKTOREN – PRINZIP DER ZUORDNUNG DES ZUSATZENTGELTES 4

3. GERINNUNGSSTÖRUNGEN – DIE DIAGNOSEN 5

3.1. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte in den intra- bzw. extrabudgetären Bereich 5

3.2. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für den extrabudgetären Bereich 6

3.3. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für den intrabudgetären Bereich 7

3.4. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für die zu differenzierenden ICD-Kodes 8

3.5. OPS-Zuordnung der Zusatzentgelte für den extrabudgetären Bereich 10

3.6. OPS-Zuordnung der Zusatzentgelte für den intrabudgetären Bereich 11

3.7. Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung 13

4. GERINNUNGSSTÖRUNGEN ERFASSEN 14

5. MARKERDIAGNOSEN 16

6. MARKERPROZEDUREN 18

7. PLANUNG UND VERHANDLUNG VON ZUSATZENTGELTEN 18

8. REFERENZEN 19

1. BLUTERENTGELTE – DIE PROBLEMATIK

Die Vergütung der „Entgelte für Bluter“ war bei der Einführung gekennzeichnet von vielen Unsicherheiten und teilweise von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich gehandhabten Regelungen. Dadurch ergaben sich für die Krankenhäuser oft hohe finanzielle Risiken, da Details und Konkretisierungen (Diagnosen, Mengenangaben etc.) in den entsprechenden Gesetzen fehlten. Dem wachsenden medizinischen Bedarf und der Indikationsausweitung behandlungsbedürftiger Gerinnungsstörungen stand damit ein lückenhaftes Finanzierungssystem gegenüber, welches zum Teil zu erheblichen Erlösdefiziten auf Krankenhausseite führte.

Im Jahr 2013 wurde eine Vergütungsregelung über das DRG-System mit bundesweiter Gültigkeit eingeführt, ein **extra**budgetäres „Bluterentgelt“ (ZE20XX-97) und ein **intra**budgetäres Zusatzentgelt für Gerinnungsfaktoren (ZE20XX-98). Zweiteres wurde im Jahr 2018 in die drei Zusatzentgelte ZE20XX-137, ZE20XX-138 und ZE20XX-139 überführt.
Hinweis: XX steht für das entsprechende Jahr der Gültigkeit.

- ZE20XX-97 Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren
- ZE20XX-137, ZE20XX-138, ZE20XX-139 Gabe von Blutgerinnungsfaktoren

Die Regelungen zur Abrechnung sind in der Fallpauschalenvereinbarung festgelegt. Die Fallpauschalenvereinbarung wird jährlich aktualisiert. Bei diesen Zusatzentgelten ist ab dem Jahr 2013 für **alle** Fälle mit Gabe von Gerinnungsfaktoren zu unterscheiden, ob es sich um eine **angeborene/dauerhaft erworbene** oder eine **temporäre Gerinnungsstörung** handelt. Mit den ergänzenden Informationen (aus der Kodierung, s. u.) ist es nun möglich, die betroffenen Fälle eindeutig einem der vier Zusatzentgelte für die Behandlung von Patienten mit bestimmten Blutgerinnungsfaktoren zuzuordnen.

Das Zusatzentgelt **ZE20XX-97** dient der Vergütung von Fällen mit **angeborenen und dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen**. Die Zusatzentgelte **ZE20XX-137, ZE20XX-138** und **ZE20XX-139** finden bei **erworbenen Gerinnungsstörungen** Anwendung.

Gekennzeichnet werden diese Zusatzentgelte ab ICD-10-GM Version 2014 mit dem zutreffenden Schlüssel:

- U69.11! Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung bzw.
- U69.12! Temporäre Blutgerinnungsstörung (Weiteres s. u.)

2. VERGÜTUNGSSCHEMA GERINNUNGSFAKTOREN – PRINZIP DER ZUORDNUNG DES ZUSATZENTGELTES

Diagnosen angeborene/ dauerhaft erworbene Gerinnungsstörungen	+	Prozeduren für Gerinnungsfaktoren **+ Zusatzkode U69.11!**	→	ZE20XX-97 („Bluterentgelt") **extrabudgetär**
Diagnosen temporäre Gerinnungsstörungen	+	Prozeduren für Gerinnungsfaktoren **+ Zusatzkode U69.12!**	→	ZE20XX-137 ZE20XX-138 ZE20XX-139 (Gerinnungsfaktoren) **intrabudgetär**

Die Finanzierung des Bluterentgeltes (ZE20XX-97) erfolgt **extrabudgetär**, also **zusätzlich zum Budget** des Krankenhauses und **ohne Mengenbegrenzung**. Es ist somit ein „echter Zusatzerlös" für die Krankenhäuser, da es einen zusätzlichen Erlös zum vereinbarten Budget darstellt.

Dagegen unterliegen die intrabudgetären Zusatzentgelte ZE20XX-137, ZE20XX-138 und ZE20XX-139 den **Ausgleichsregelungen des DRG-Systems**, wie dies auch für andere Zusatzentgelte gilt. Per definitionem sind temporäre Gerinnungsstörungen alle iatrogenen und periinterventionellen bzw. perioperativen Störungen sowie Gerinnungsstörungen bei schweren intensivpflichtigen Grunderkrankungen, die mit der Grunderkrankung auch wieder verschwinden.

Für **einige Gerinnungsstörungen** konnte durch die **Selbstverwaltung keine Festlegung zur Zuordnung** zu einem der beiden Zusatzentgelte getroffen werden. Diese Diagnosen wurden in einer dritten Liste zusammengefasst und müssen fallindividuell einem der beiden Zusatzentgelte zugeordnet werden (vgl. Liste 3 auf S. 8). Bei der Zuordnung treten regelmäßig Probleme in der Kodierung (und damit der Abrechnung) auf, da die Unterscheidung in dauerhafte und temporäre Gerinnungsstörungen medizinisch nicht im Fokus der Diagnostik steht.

Um die Vergütung der ZE20XX-137, ZE20XX-138 und ZE20XX-139 erstattet zu bekommen, müssen die entsprechenden Schwellenwerte überschritten werden. Dafür werden sämtliche Kosten aus allen Abteilungen des Abrechnungsfalles summiert. **Ab Überschreitung des Schwellenwertes ist der gesamte Betrag der Aufwendungen für Blutgerinnungsfaktoren zur Abrechnung zu bringen und durch die Kostenträger auszugleichen** (CAVE: z. B. PPSB / **Prothrombinkomplex** hat **ein eigenes Zusatzentgelt ZE30** und ist daher gesondert zu kodieren und abzurechnen).

Die Vorgaben der hier beschriebenen Regelung stellen die Krankenhäuser vor ein erhebliches logistisches Problem. Ein Lösungsansatz, um die ggf. abzurechnenden Zusatzentgelte korrekt abzurechnen, soll im Folgenden skizziert werden. Dabei können nicht alle ablaufspezifischen Eigenschaften in den Krankenhäusern abgedeckt werden; eine Anpassung an die vorhandenen Strukturen ist hausindividuell erforderlich.

3. GERINNUNGSSTÖRUNGEN – DIE DIAGNOSEN

3.1. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte in den intra- bzw. extrabudgetären Bereich

Die Erfassung der korrekten Diagnosen am Patienten ist der wesentliche Startpunkt für die adäquate Abrechnung. Dabei ist es wichtig, von Anfang an die Mengen und Gerinnungsfaktoren korrekt zu erfassen, da sich dies nachträglich bei den häufig langen Verweildauern (z. B. auf der Intensivstation) nicht nachverfolgen lässt. Auch wenn klar ist, dass ein Patient Gerinnungsfaktoren erhalten hat, werden diese bei nicht dokumentierter Dosis vom Medizinischen Dienst im Falle einer Prüfung gestrichen und somit nicht vergütet.

Grundsätzlich ist in den Kodierrichtlinien (vgl. DKR P005) vorgeschrieben, dass nur die **tatsächlich applizierte Menge der Substanzen abgerechnet werden kann** (der ggf. anfallende Verwurf ist nicht bei der Kodierung zu berücksichtigen und nicht in Rechnung zu stellen); auch der Kostennachweis muss über die tatsächlich applizierte Menge erfolgen.

Die relevanten Diagnosen für die Kodierung werden in den folgenden offiziellen Tabellen (entsprechend Anlage 7 „Blutgerinnungsstörungen“ des aG-DRG-Fallpauschalen-Kataloges 2026) dargestellt.

3.2. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für den extrabudgetären Bereich

Zunächst werden die Diagnosen für die hereditären Gerinnungsstörungen (extrabudgetäres ZE), dann die Diagnosen für die temporären Gerinnungsstörungen (intrabudgetäres ZE) und zuletzt die zu differenzierenden Kodes dargestellt, bei denen der Status hereditär/temporär im Einzelfall festgelegt werden muss:

LISTE 1: ICD-Kodes, die dem extrabudgetären ZE2026-97 „Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren“ zuzuordnen sind.[1]

ZE	BEZEICHNUNG	ICD-VERSION 2026	
		ICD-KODE	ICD-TEXT
ZE2026-97	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungs-faktoren	D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
		D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
		D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom
		D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
		D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
		D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
		D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
		D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
		D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
		D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
		D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
		D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
		D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
		D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
		D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D82.0	Wiskott-Aldrich-Syndrom
		M31.1	Thrombotische Mikroangiopathie
		P61.0	Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen

3.3. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für den intrabudgetären Bereich

LISTE 2: ICD-Kodes, die den intrabudgetären ZE2026-137 „Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII“, ZE2026-138 „Gabe von Fibrinogenkonzentrat“ oder ZE2026-139 „Gabe von Blutgerinnungsfaktoren“ zuzuordnen sind.[1]

ZE	BEZEICHNUNG	ICD-VERSION 2026	
		ICD-KODE	ICD-TEXT
ZE2026-137 ZE2026-138 ZE2026-139	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII Gabe von Fibrinogenkonzentrat Gabe von Blut-gerinnungsfaktoren	D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
		D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
		D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine
		D68.35	Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzien
		D68.9	Koagulopathie, nicht näher bezeichnet
		D69.0	Purpura anaphylactoides
		D69.2	Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura
		D69.3	Idiopathische thrombozytopenische Purpura
		D69.52	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I
		D69.53	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
		D69.57	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.58	Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.59	Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet
		D69.60	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.61	Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
		D69.80	Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer
		D69.9	Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet

3.4. ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für die zu differenzierenden ICD-Kodes

LISTE 3: Zu differenzierende ICD-Kodes: Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörungen (zu kodieren mit dem ICD-Kode U69.11!) sind dem extrabudgetären ZE2026-97 zuzuordnen.[1] Temporäre Blutgerinnungsstörungen (zu kodieren mit dem ICD-Kode U69.12!) sind den intrabudgetären ZE2026-137, ZE2026-138 oder ZE2026-139 zuzuordnen.[1]

ZE	BEZEICHNUNG	ICD-VERSION 2026	
		ICD-KODE	ICD-TEXT
ZE2026-97 oder **ZE2026-137** **ZE2026-138** **ZE2026-139**		D65.00	Erworbene Afibrinogenämie
		D65.01	Erworbene Hypofibrinogenämie Inkl. Erworbener Fibrinogenmangel
		D65.1	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]
		D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung
		D68.01	Erworbenes Willebrand-Jürgens-Syndrom
		D68.09	Willebrand-Jürgens-Syndrom, nicht näher bezeichnet
		D68.38	Sonstige hämorrhagische Diathese durch sonstige und nicht näher bezeichnete Antikörper
		D68.4[2]	Erworbener Mangel an Gerinnungsfaktoren
		D68.8	Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien
		D69.1	Qualitative Thrombozytendefekte
		D69.88	Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen
		P53	Hämorrhagische Krankheit beim Fetus und Neugeborenen
		P60	Disseminierte intravasale Gerinnung beim Fetus und Neugeborenen

HINWEIS:
Die Zuordnung zum jeweiligen Zusatzentgelt muss bei Liste 3 gemäß dem klinischen Vorliegen einer temporären Blutgerinnungsstörung bzw. einer dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörung erfolgen!

Definition: „dauerhaft“ vs. „temporär“

Die Unterteilung in „angeboren“, „dauerhaft“ und „temporär erworben“ ist keine medizinische Definition.

- **„dauerhaft“** bedeutet laut GKV „lebenslang“:
  „Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind dem ZE20XX-97 zuzuordnen.“
- **„temporär“**: z. B. Marcumarblutung, DIC, Massivblutung

FAZIT: Es besteht „Streitpotenzial“ wegen der **ICD-Zuordnung der Zusatzentgelte für die zu differenzierenden ICD-Kodes**. Es stellt sich eine schwierige Situation für das InEK in der Kostenkalkulation dar, da die Fälle inhaltlich sehr unterschiedlich gelagert sein können.

In den **Kodierrichtlinien (DKR D012)** ist vermerkt: „Alle Ausrufezeichenkodes [...] sind obligat anzugeben“.

Für die Blutgerinnung relevant sind die folgenden Ausrufezeichenkodes der Kategorie U69.-:

- **U69.11! Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung**
- **U69.12! Temporäre Blutgerinnungsstörung**

Auch wenn diese „Ausrufezeichenkodes“ sogenannte optionale Schlüssel darstellen, sind sie aufgrund der Vorgaben der DKR D012 **obligat zu kodieren**.

Es ist zu beachten, dass die Zuordnung zu den „erworbenen“ bzw. „hereditären“ Blutgerinnungsstörungen korrekt erfolgt. **Nur über die korrekte Wahl des Zusatzkodes U69.11! oder U69.12! wird das richtige Zusatzentgelt ausgelöst und vergütet**.

HINWEIS:
Eine Verbrauchskoagulopathie im Rahmen einer Sepsis ist in der Regel nach Therapie der Sepsis behoben und somit keine dauerhaft erworbene Gerinnungsstörung.

Bei **Dauermedikation mit Antikoagulanzien** sind Kodes aus der Kategorie Z92.- zu verwenden, parallel erfolgt keine Kodierung des Kodes U69.11! oder U69.12!. Bei Blutungen unter Antikoagulanzieneinnahme sind Kodes aus der Kategorie D68.3- zu verwenden.

Im Falle der Behandlung einer **medikamentös bedingten Blutung als Nebenwirkung** einer Antikoagulation bei Einnahme gemäß Verordnung sind ein oder mehrere Kodes für den krankhaften Zustand, in dem sich die Nebenwirkungen manifestieren, zu kodieren (optional ergänzt durch Y57.9! – „Komplikationen durch Arzneimittel oder Drogen“). Die Kodes für die hämorrhagische Diathese durch Antikoagulanzien sind als Nebendiagnose zu verschlüsseln, vgl. dazu die DKR 1917 und die angegebenen Beispiele.

Zur Abrechnung des Zusatzentgeltes ist neben der Angabe eines ICD-Kodes aus den o. a. Tabellen der Anlage 7 des Fallpauschalen-Kataloges zusätzlich **zwingend** die **Angabe eines OPS-Kodes der Anlage 6 des Fallpauschalen-Kataloges erforderlich**. Diese OPS-Kodes sind entsprechend den unten dargestellten Zusatzentgelten zuzuordnen.

3.5. OPS-Zuordnung der Zusatzentgelte für den extrabudgetären Bereich

ZE	BEZEICHNUNG	OPS-VERSION 2026	
		OPS-KODE	OPS-TEXT
ZE2026-97[4,6]	Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren	8-810.6*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII
		8-810.7*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VII
		8-810.8*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII
		8-810.9*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII
		8-810.a*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor IX
		8-810.b*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX
		8-810.c*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: FEIBA – Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität
		8-810.d*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor
		8-810.e*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII
		8-810.j*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat
		8-812.5*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Prothrombinkomplex[10]
		8-812.9*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Humanes Protein C, parenteral
		8-812.a*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor X
		8-812.b	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XI

Die hochgestellten Ziffern sind Literaturhinweise. Die Erläuterung finden Sie auf Seite 19 dieser Broschüre.

* Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes

3.6. OPS-Zuordnung der Zusatzentgelte für den intrabudgetären Bereich

Im Jahr 2018 wurde das intrabudgetäre Zusatzentgelt ZE20XX-98 nach der Gabe bestimmter Gerinnungsfaktoren in die drei unten aufgeführten **unbewerteten** Zusatzentgelte ZE20XX-137, ZE20XX-138 und ZE20XX-139 mit jeweils **unterschiedlichen Schwellenwerten** überführt. Die für 2026 geltenden Zusatzentgelte und dazugehörigen Schwellenwerte sind:

ZUSATZENTGELT	BEZEICHNUNG	SCHWELLENWERT
ZE2026-137	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII	20.000 €
ZE2026-138	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	2.500 €
ZE2026-139	Gabe von Blutgerinnungsfaktoren (nicht Fibrinogen oder akt. Faktor VII)	6.000 € (für die Summe der Faktoren)

Ab Überschreitung der genannten Schwellenwerte sind die gesamten Kosten der Blutgerinnungsfaktoren des Behandlungfalls abzurechnen.

WICHTIG:
Die genannten Zusatzentgelte sind im Jahr 2026 unbepreist und müssen daher in **den Budgetverhandlungen nach Menge und Preis verhandelt** werden.

ACHTUNG:
Ggf. werden zur Anerkennung durch den MD Spiegelbestimmungen des Faktorenmangels erwartet und geprüft.

Unter das **ZE2026-139** fallen nur die in der folgenden OPS-Tabelle genannten Gerinnungsfaktoren. Diese sind: Faktor VII, Faktor VIII, Faktor IX, Faktor X, Faktor XI, Faktor XIII, Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität sowie der Von-Willebrand-Faktor und humanes Protein C.

ZE	BEZEICHNUNG	OPS-VERSION 2026	
		OPS-KODE	OPS-TEXT
ZE2026-137[4,6,9]	**Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII**	8-810.6*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII
ZE2026-138[4,6,10]	**Gabe von Fibrinogenkonzentrat**	8-810.j*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat
ZE2026-139[4,6,11]	**Gabe von Blutgerinnungsfaktoren**	8-810.7*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VII
		8-810.8*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor VIII
		8-810.9*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor VIII
		8-810.a*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter Faktor IX
		8-810.b*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor IX
		8-810.c*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasma-proteinen: FEIBA – Prothrombinkomplex mit Faktor-VIII-Inhibitor-Bypass-Aktivität
		8-810.d*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Von-Willebrand-Faktor
		8-810.e*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XIII
		8-812.9*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Humanes Protein C, parenteral
		8-812.a*	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Plasmatischer Faktor X
		8-812.b	Transfusion von Plasma und anderen Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Faktor XI

Die hochgestellten Ziffern sind Literaturhinweise. Die Erläuterung finden Sie auf Seite 19 dieser Broschüre.

* Gilt für alle entsprechenden 5-Steller oder 6-Steller des angegebenen OPS-Kodes

3.7. Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung

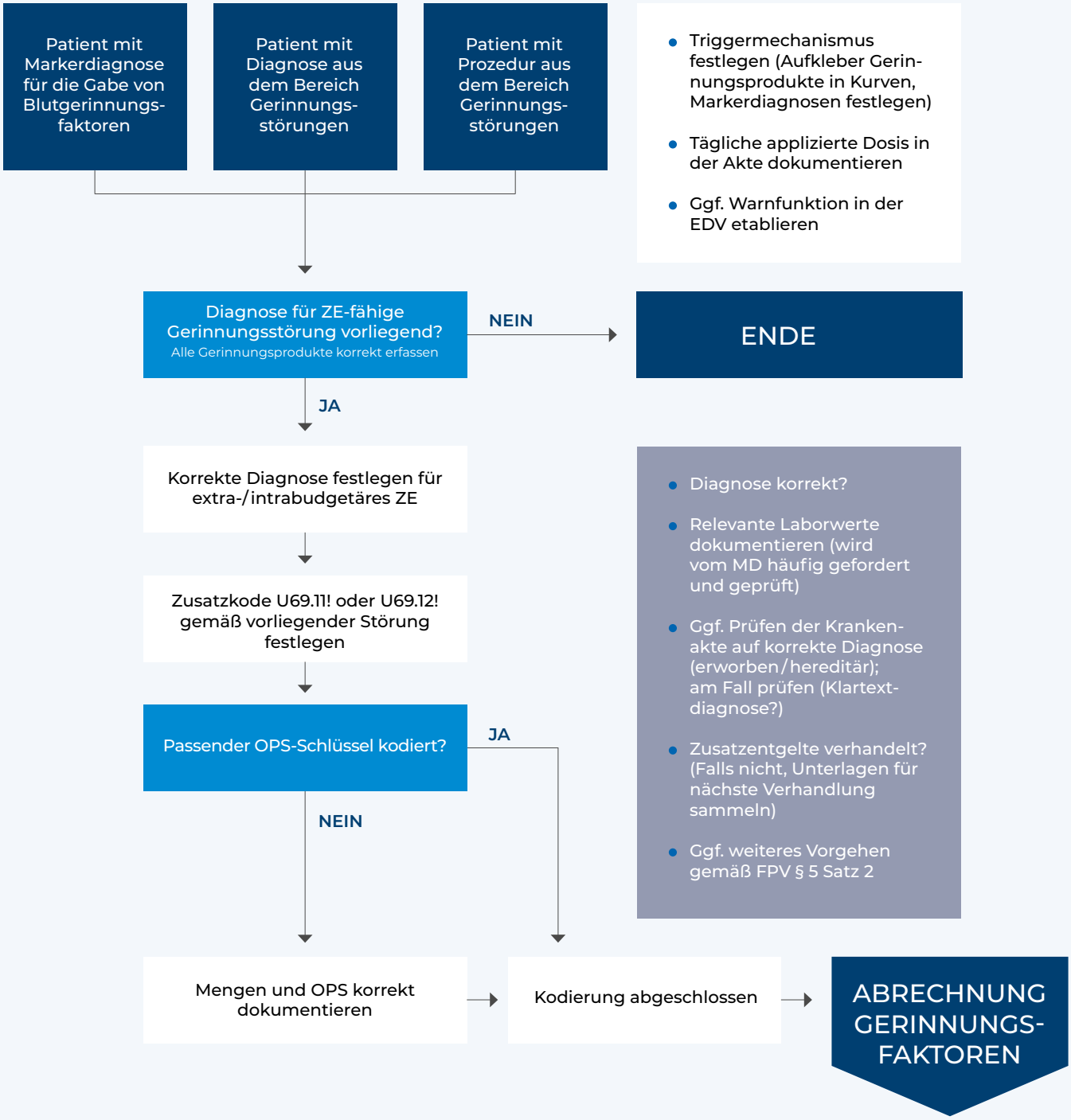
Im Jahr 2025 wurde das Zusatzentgelt „Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung“ eingeführt und ist 2026 unter der Bezeichnung ZE2026-219 gelistet. Es ist als mengenorientiertes Entgelt mit einer Abrechnungseinheit „in kIE“ definiert und ist mit spezifischen OPS-Kodes verknüpft.

ZE	BEZEICHNUNG	OPS-VERSION 2026	
		OPS-KODE	OPS-TEXT
ZE2026-219[4,14]	Gabe von rekombinantem aktiviertem Faktor VII bei postpartaler Blutung		Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Rekombinanter aktivierter Faktor VII
		8-810.67	200 kIE bis unter 300 kIE
		8-810.68	300 kIE bis unter 400 kIE
		8-810.69	400 kIE bis unter 500 kIE
		8-810.6a	500 kIE bis unter 1.000 kIE
		8-810.6b	1.000 kIE bis unter 1.500 kIE
		8-810.6c	1.500 kIE bis unter 2.000 kIE
		8-810.6d	2.000 kIE bis unter 2.500 kIE
		8-810.6e	2.500 kIE bis unter 3.000 kIE
		8-810.6f	3.000 kIE bis unter 4.000 kIE
		8-810.6g	4.000 kIE bis unter 5.000 kIE
		8-810.6h	5.000 kIE bis unter 6.000 kIE
		8-810.6j	6.000 kIE bis unter 7.000 kIE
		8-810.6k	7.000 kIE bis unter 8.000 kIE
		8-810.6m	8.000 kIE bis unter 9.000 kIE
		8-810.6n	9.000 kIE bis unter 10.000 kIE
		8-810.6p	10.000 kIE bis unter 15.000 kIE
		8-810.6q	15.000 kIE bis unter 20.000 kIE
		8-810.6r	20.000 kIE bis unter 25.000 kIE
		8-810.6s	25.000 kIE bis unter 30.000 kIE
		8-810.6u	30.000 kIE bis unter 40.000 kIE
		8-810.6v	40.000 kIE bis unter 50.000 kIE
		8-810.6w	50.000 kIE bis unter 70.000 kIE
		8-810.6z	70.000 kIE oder mehr

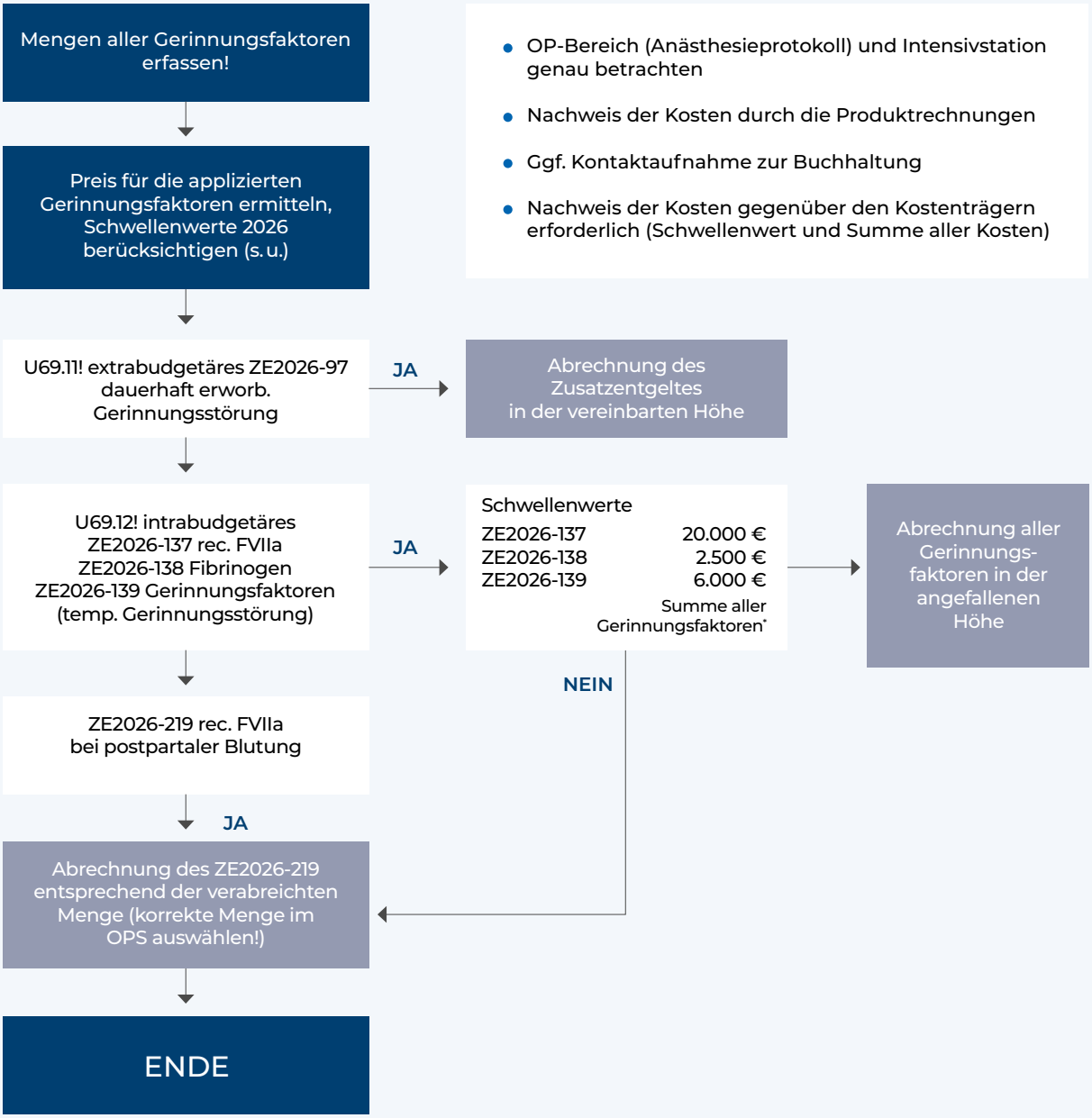
Die hochgestellten Ziffern sind Literaturhinweise. Die Erläuterung finden Sie auf Seite 19 dieser Broschüre.

4. GERINNUNGSSTÖRUNGEN ERFASSEN

Kodierung von Gerinnungsstörungen



Abrechnung von Gerinnungsstörungen



- OP-Bereich (Anästhesieprotokoll) und Intensivstation genau betrachten
- Nachweis der Kosten durch die Produktrechnungen
- Ggf. Kontaktaufnahme zur Buchhaltung
- Nachweis der Kosten gegenüber den Kostenträgern erforderlich (Schwellenwert und Summe aller Kosten)

5. MARKERDIAGNOSEN

Markerdiagnosen sind alle diejenigen Diagnosen, bei denen es im Rahmen der Kodierung erforderlich ist, sorgfältig zu prüfen, ob diese im Sinne der Kodierrichtlinien zu kodieren sind (Haupt- oder Nebendiagnose).

Sofern dies der Fall ist, muss bei der abschließenden Kodierung gründlich geprüft werden, ob entsprechende Gerinnungsprodukte verabreicht worden sind und ggf., unter welches Zusatzentgelt diese fallen; die entsprechenden U69.- Kodes sind zusätzlich zu kodieren sowie die zugehörigen OPS-Schlüssel zu dem Präparat und die Mengenangabe (nur die tatsächlich verabreichte Menge!).

HINWEIS:
Es werden im „Klinikjargon" oft nicht die Katalogtexte des ICD angegeben; hier ist bei Unklarheiten (z. B. ungenaue oder übergeordnete Diagnoseangaben) mit den Klinikern Rücksprache zu halten, welche Gerinnungsstörung genau vorliegt.

Bei den in der folgenden Liste **fett gedruckten Diagnosen muss differenziert werden** zwischen **angeborenen / dauerhaft erworbenen und temporären Gerinnungsstörungen**; auch hier ist mit den Klinikern ggf. Rücksprache zu halten, um die genaue Zuordnung zu klären.

Bei den zu differenzierenden Diagnosen ist es hilfreich, in der Krankenakte festzuhalten, warum die Entscheidung seitens der Kliniker entsprechend für die eine oder andere Diagnose gestellt wurde (für den Fall einer Prüfung durch den MD erspart dies ggf. eine Menge unnötiger Diskussionen).

MARKERDIAGNOSEN	
D66	Hereditärer Faktor-VIII-Mangel
D67	Hereditärer Faktor-IX-Mangel
D68.00	Hereditäres Willebrand-Jürgens-Syndrom
D68.1	Hereditärer Faktor-XI-Mangel
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren
D68.31	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen Faktor VIII
D68.32	Hämorrhagische Diathese durch Vermehrung von Antikörpern gegen sonstige Gerinnungsfaktoren
D69.40	Sonstige primäre Thrombozytopenie, als transfusionsrefraktär bezeichnet
D69.41	Sonstige primäre Thrombozytopenie, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet
D82.0	Wiskott-Aldrich-Syndrom
M31.1	Thrombotische Mikroangiopathie
P61.0	Transitorische Thrombozytopenie beim Neugeborenen
D65.9	Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet
D68.33	Hämorrhagische Diathese durch Cumarine (Vitamin-K-Antagonisten)
D68.34	Hämorrhagische Diathese durch Heparine
D68.35	**Hämorrhagische Diathese durch sonstige Antikoagulanzien**
D68.9	**Koagulopathie, nicht näher bezeichnet**
D69.0	**Purpura anaphylactoides**
D69.2	**Sonstige nichtthrombozytopenische Purpura**
D69.3	**Idiopathische thrombozytopenische Purpura**
D69.52	**Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I**
D69.53	**Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II**
D69.57	**Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet**
D69.58	**Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet**
D69.59	**Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet**
D69.60	**Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet**
D69.61	**Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet**
D69.80	**Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer**
D69.9	**Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet**
O72.0	**Blutung in der Nachgeburtsperiode**
O72.1	**Sonstige unmittelbar postpartal auftretende Blutung**
O72.2	**Spätblutung und späte Nachgeburtsblutung**
O72.3	**Postpartale Gerinnungsstörungen** Info: Benutze eine zusätzliche Schlüsselnummer (D65–D69), um die Art der Blutgerinnungsstörung anzugeben. Inkl.: Postpartal: Afibrinogenämie, Postpartal: Fibrinolyse

6. MARKERPROZEDUREN

Markerprozeduren sind die Prozeduren der Schlüsselkategorie 8-810: von 8-810.6 bis 8-810.j sowie 8-812.9. Dies sind die OPS-Kodes der Anlage 6 des Fallpauschalen-Kataloges, die oben bereits dargestellt wurden. Sofern diese OPS bereits vor Ort (Patientenbett) kodiert wurden, ist nochmals genau zu prüfen, ob

- die korrekte Mengenangabe für **jedes** Gerinnungsprodukt eingegeben wurde und
- dabei nur die **tatsächlich verabreichte Menge** kodiert wurde.

HINWEIS:
Ferner sind die entsprechenden Kosten der Gerinnungsprodukte festzustellen. Dabei ist auch auf Zuschläge, die seitens der Lieferanten erhoben werden, zu achten. Zuschläge werden oft in Form von Bearbeitungsgebühren, Notfall- oder Nachtanlieferungen erhoben. Diese zählen ebenfalls zu den Kosten, wie auch die ggf. anfallende Umsatzsteuer.

Die Kosten sind über die dem Patienten zugehörige Rechnung nachzuweisen; hier ist ggf. der Kontakt zur Buchhaltung erforderlich.

7. PLANUNG UND VERHANDLUNG VON ZUSATZENTGELTEN

Das **Budget für Zusatzentgelte** wird – im Rahmen der alljährlichen Leistungs- und Entgeltverhandlungen – neben dem eigentlichen „DRG-Budget“ verhandelt bzw. vereinbart. Die Grundlage hierfür ist eine fundierte und realistische Leistungsmengenplanung. Diese wiederum basiert auf den Ist-Daten des Vorjahres oder mehrerer Vorjahre, d. h. einer Zusammenstellung, wie viele Patienten in welcher Menge zusatzentgeltfähige Leistungen erhalten haben. In der Regel sollte eine derartige Auswertung aus dem Krankenhausinformationssystem zu erhalten sein (z. B. über das Abfragen entsprechender OPS-Schlüssel). Auf Basis dieser Ist-Daten müssen nun realistische und nachvollziehbare Annahmen über das zu erwartende Fallvolumen für das zu verhandelnde Jahr getroffen werden. Diese Planung erfolgt für die verschiedenen Zusatzentgelte getrennt, die Zusatzentgelte sollten nach Indikationen aufgeschlüsselt werden. Verschiedene Institutionen bieten auf ihren Webseiten Hilfstools für die Zusammenstellung dieser Daten an. Auf der Webseite des InEK befindet sich eine Anlage E „Kalkulationsempfehlung für die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten“ (www.g-drg.de/kalkulation/empfehlung-fuer-die-kalkulation-von-zusatzentgelten).

Kalkulationsblatt für die Gabe von Medikamenten und Blutprodukten

ZUSATZENTGELT	
BEZEICHNUNG	
LEISTUNG (OPS-KODE)	
ERLÄUTERUNGEN	

BEZUGSGRÖßE (ME):	KOSTEN JE 1 ME:	
DOSISKLASSE (MENGE VON … BIS …)	ZE	BETRAG (€)

Bei unbewerteten Zusatzentgelten wie z. B. für Haemocomplettan® P (Fibrinogenkonzentrat) (ZE2026-138) ist zusätzlich zur Leistungsmengenplanung auch der Preis, mit dem das eingesetzte Medikament erstattet wird, zu verhandeln. Hierfür muss nachvollziehbar dargelegt werden, welche Medikamentenkosten in den einzelnen Indikationen aufgewendet wurden und mit welchen Kosten man für das laufende Jahr rechnet.

Die Broschüre „Vergütungsregeln bei Gerinnungsstörungen 2026“ und frühere Versionen finden Sie unter: www.zusatzentgelt-gerinnungsfaktoren.de

Referenzen aus Fallpauschalen-Katalog 2026

8. REFERENZEN

1 Die Abrechnung des ZE2026-97 bzw. ZE2026-137, ZE2026-138 oder ZE2026-139 ist möglich, sofern einer der ICD-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 7 des Fallpauschalen-Kataloges und einer der OPS-Kodes aus der jeweiligen Definition der Anlage 6 vorliegt. Die ergänzende Auflistung von ICD-Kodes bei diesen Zusatzentgelten erfolgt nur aufgrund des extrabudgetären Status des ZE2026-97.

2 Blutgerinnungsstörungen, die nur durch eine Lebertransplantation heilbar wären, sind dem ZE2026-97 zuzuordnen. (Anlage 7 FPK)

4 Nach § 5 Abs. 2 Satz 3 FPV 2026 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankenhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben. Dies gilt auch, sofern eine Anpassung der entsprechenden OPS-Kodes erfolgt sein sollte.

6 Die jeweils zugehörigen ICD-Kodes und -Texte sind in Anlage 7 aufgeführt.

7 Bei der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren erfolgt die Abrechnung der Gabe von Prothrombinkomplex über das ZE2026-97 nach Anlage 4 bzw. 6 des Fallpauschalen-Kataloges; die gleichzeitige Abrechnung des ZE30 ist ausgeschlossen. (Anlage 6 FPK)

9 Für das Jahr 2026 gilt ein Schwellenwert in der Höhe von 20.000 € für den im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Betrag. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen. (Anlage 6 FPK)

10 Für das Jahr 2026 gilt ein Schwellenwert in der Höhe von 2.500 € für den im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Betrag. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen. (Anlage 6 FPK)

11 Für das Jahr 2026 gilt ein Schwellenwert in der Höhe von 6.000 € für die Summe der im Rahmen der Behandlung des Patienten für Blutgerinnungsfaktoren angefallenen Beträge. Ab Überschreitung dieses Schwellenwertes ist der gesamte für die Behandlung des Patienten mit Blutgerinnungsfaktoren angefallene Betrag abzurechnen. (Anlage 6 FPK)

14 Das Zusatzentgelt kann ausschließlich bei postpartaler Blutung (ICD-Kode O72.*) abgerechnet werden. Bei Vorliegen einer dauerhaften Gerinnungsstörung ist ggf. das Zusatzentgelt ZE2026-97 abzurechnen. (Anlage 6 FPK)

gerinnungsmanagement.de

HAEMOCOMPLETTAN® P
Fibrinogen Concentrate

HAEMOCOMPLETTAN® P 1g / 2g. Pulver zur Herstellung einer Injektions-/Infusionslösung. **Wirkstoff:** Humanes Fibrinogen. **Zusammensetzung:** 1 Flasche Haemocomplettan® P 1g / 2g enth. 1 bzw. 2g humanes Fibrinogen. Sonst. Bestandteile: Natrium bis zu 164 mg (7,1 mmol) pro 1g Fibrinogen, Human Albumin, L-Argininhydrochlorid, Natriumhydroxid (zur Einstellung des pH-Wertes), Natriumchlorid, Natriumcitrat. **Anwendungsgebiete:** Behandlung oder Verhütung von hämorrhagischer Diathese bei: kongenitaler Hypo-, Dys- und Afibrinogenämie; erworbener Hypofibrinogenämie infolge Synthesestörungen bei schweren Leberparenchymschäden, gesteigerten intravasalen Verbrauchs z.B. durch disseminierte intravaskuläre Gerinnung, Hyperfibrinolyse, erhöhten Blutverlustes. Die wichtigsten Krankheitsbilder, die mit einem Defibrinierungssyndrom einhergehen können, sind geburtshilfl. Komplikationen, akute Leukämien, insbes. Promyelozytenleukämie, Leberzirrhose, Intoxikationen, ausgedehnte Verletzungen/Verbrennungen, Hämolyse nach Fehltransfusionen, operative Eingriffe, Infektionen, Sepsis, alle Schockformen, sowie Tumore, insbes. an Lunge, Pankreas, Uterus u. Prostata. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff od. sonst. Bestandteile des Präparates, manifeste Thrombosen oder Herzinfarkt, außer bei lebensbedrohl. Blutungen. **Nebenwirkungen:** *Sehr häufig:* Fieber, Häufig (basierend auf den Resultaten von zwei klinischen Studien war die zusammengefasste Häufigkeit von Thromboembolien bei mit Fibrinogen behandelten Probanden niedriger als in der Plazebogruppe): Thromboembolisches Ereignis (in Einzelfällen mit tödlichem Ausgang.). *Gelegentlich:* Anaphylaktische Reaktionen (inklusive anaphylaktischer Schock). *Nicht bekannt:* Allergische Reaktionen (einschließlich generalisierte Urtikaria, Nesselsucht, Atemnot, Angioödem, Tachykardie, Übelkeit, Erbrechen, Schüttelfrost, Fieber, Engegefühl in der Brust, Husten, Hypotonie). **Spezielle Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen:** Insbes. bei der Gabe hoher Dosen sowie bei wiederholter Dosierung besteht bei Pat. mit kongenitalem Fibrinogenmangel ein Thromboserisiko. Patienten sollen engmaschig auf Zeichen oder Symptome einer Thrombose überwacht werden. Zur Sicherheit bzgl. übertragbarer Krankheitserreger in aus menschl. Blut od. Plasma hergestellten Arzneimitteln s. Fachinformation. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** CSL Behring GmbH, Emil-von-Behring-Straße 76, 35041 Marburg. **Stand:** April 2023.

cslbehring.de
haemocomplettan.de

CSL Behring GmbH
Philipp-Reis-Straße 2
65795 Hattersheim

Medizinische Information:
+49 6190 75 84 810
medwiss@cslbehring.com

321625 (1) Mai26