

Vergütungsregeln  
zu Komplizierenden  
Konstellationen bei  
Fibrinolyseblutung

2024

# INHALT

1.	ERLÄUTERUNGEN ZUR ABRECHNUNG DER FIBRINOLYSEBLUTUNG IM DRG-SYSTEM UND WICHTIGE ÄNDERUNGEN FÜR DAS JAHR 2024	3
1.1.	Wichtiger Hinweis für das Jahr 2024 zur Vergütungsrelevanz des Fibrinogenmangels	4
2.	DIE VERGÜTUNGSRELEVANTEN MECHANISMEN IM EINZELNEN	6
2.1.	Die Schlüsselkategorie D65.- im ICD	6
2.2.	Relevante Prozeduren	7
2.3.	Vorbemerkungen zu den Beispielen – temporäre vs. dauerhaft erworbene Gerinnungsstörungen	8
2.4.	Hauptdiagnose aus der ICD-Kategorie I65.-	8
3.	NEBENDIAGNOSERELEVANZ	9
4.	KOMPLIZIERENDE KONSTELLATIONEN	10
4.1.	Komplizierende Konstellation I	10
4.2.	Post-partum-Blutung bei Sectio	12
4.3.	Post-partum-Blutung bei Spontangeburt	13
4.4.	Abdominal-chirurgischer Eingriff – partielle Magenresektion	15
4.5.	Komplizierende Konstellation F03	16
4.6.	Komplizierende Konstellation bei Aortenklappenersatz	16
4.7.	Komplizierende Konstellation F08	17
4.8.	Peripherer Gefäßeingriff	18
4.9.	Komplizierende Konstellation W02	19
4.10.	Polytrauma	20
4.11.	Weitere Komplizierende Konstellationen	21
5.	ZUSATZENTGELT BEI DER GABE VON FIBRINOGENKONZENTRAT	22
5.1.	Gabe von Fibrinogenkonzentrat und Dosisklassen im OPS zur Abrechnung des Zusatzentgeltes ZE2024-138	23

# 1. ERLÄUTERUNGEN ZUR ABRECHNUNG DER FIBRINO- LYSEBLUTUNG IM DRG-SYSTEM UND WICHTIGE ÄNDERUNGEN FÜR DAS JAHR 2024

Die Anfang 2000 in Deutschland eingeführten DRGs (Diagnosis Related Groups) sind Fallpauschalen, die alle stationären Krankenhausfälle in medizinisch sinnvolle und nach dem ökonomischen Aufwand vergleichbare Gruppen einteilen. Die Zuordnung zu einer DRG erfolgt über eine Software, die anhand der Kodierung den Fall einer DRG zuordnet (sog. „Grouper“).

Wesentliches Zuordnungskriterium und damit auch bestimmend für die Vergütung sind die Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Prozeduren, daneben sind ggf. weitere Faktoren von Relevanz, z.B. Alter, Geschlecht, Verweildauer, Aufnahmegewicht bei Neugeborenen, Beatmungstunden, Entlassungsgrund usw.

Die Kodierung erfolgt auf Basis der Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR). Nach den DKR stellt die **Hauptdiagnose** den Anlass der stationären Aufnahme dar. Die Nebendiagnosen entwickeln sich während des stationären Aufenthaltes oder stellen bestehende Begleiterkrankungen des Patienten dar, die jedoch nicht den Aufenthalt veranlassen haben. Für Nebendiagnosen ist immer ein Ressourcenverbrauch gemäß der Nebendiagnosedefinition der DKR erforderlich. Gemäß der Nebendiagnosedefinition der DKR muss für kodierte Nebendiagnosen ein Aufwand erkennbar sein, der das Patientenmanagement beeinflusst (z. B. durchgeführte Maßnahme, pflegerischer Aufwand oder therapeutischer Aufwand), andernfalls handelt es sich um einen sogenannten „abnormen Befund“, der nicht zu kodieren ist.

Die **Prozeduren** stellen einen weiteren offensichtlich vergütungsrelevanten Bestandteil der DRG-Zuordnung dar; sie sind daher so genau wie möglich zu kodieren bzw. bei den entsprechenden Interventionen präzise zu beschreiben und zu dokumentieren (in OP-Berichten; bei anderen Maßnahmen, die am Patienten durchgeführt werden usw.).

Seit der Einführung des DRG-Systems wurden die Vergütungsmechanismen zunehmend weiter differenziert. Initial wurden sehr viele DRGs in höher oder niedriger bewertete DRGs gesteuert, in Abhängigkeit von der Anzahl und dem **Schweregrad der Nebendiagnosen**. Dieser Mechanismus wurde zusehends durch andere Gruppierungsregeln ersetzt, ist aber weiterhin in einer nennenswerten Anzahl von DRGs relevant. Daher wird unten in den Beispielen auch dieser Mechanismus dargestellt (sog. CC-Relevanz von Nebendiagnosen).

Beachtenswert sind die im DRG-System bestehenden sogenannten „**Funktionen**“. Diese Funktionen sind Konstellationen von Diagnosen und Prozeduren, die typischerweise in verschiedenen DRGs und in verschiedenen Kombinationen zur Anwendung kommen, um den Fall vergütungsgerecht zu gruppieren. In den Fallbeispielen unten wird auch auf die Funktionen und deren Vergütungsrelevanz eingegangen, soweit sie im Zusammenhang mit der Therapie durch Fibrinogen relevant sind. Einige dieser Funktionen werden im DRG-System als „Komplizierende Konstellationen“ (KK) bezeichnet. Die Komplizierenden Konstellationen stellen den größten Anteil der Funktionen dar; einige werden in den Beispielen verwendet. Die Funktionen wurden im Laufe der Entwicklung des DRG-Systems zusehends häufiger eingesetzt und sind für bestimmte Fallkonstellationen sehr differenziert (und kompliziert) weiterentwickelt worden.

Letztlich ist auch die Abrechnung von **Zusatzentgelten** ein fester Bestandteil der Abrechnung im DRG-System. Fibrinogen ist ein bundesweit bepreistes Zusatzentgelt und kann somit dosisabhängig zu den bundesweit gültigen Preisen abgerechnet werden; auch hierzu werden die notwendigen Informationen unten zur Verfügung gestellt.

# 1.1. WICHTIGER HINWEIS FÜR DAS JAHR 2024 ZUR VERGÜTUNGSRELEVANZ DES FIBRINOGENMANGELS

## Der Schlichtungsausschuss Bund

Mit Inkrafttreten des MDK-Reformgesetzes am 1. Januar 2020 wurde § 19 „Schlichtungsausschuss auf Bundesebene zur Klärung strittiger Kodier- und Abrechnungsfragen“ in das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) aufgenommen.

Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung.

Der Schlichtungsausschuss wurde am 30.04.2021 zur Kodierung des Fibrinogenmangels angerufen. Am 21.07.2021 wurde eine Entscheidung zur Kodierung des Fibrinogenmangels getroffen.<sup>1</sup>

**Mit der Entscheidung zum Verfahren S20210005 „Kodierung des Fibrinogenmangels“** des Schlichtungsausschusses wurde festgelegt, dass auch ein erworbener Mangel an Fibrinogen mit dem Code D65.0 „Erworbene Afibrinogenämie“ zu kodieren ist. Die Kodierung eines erworbenen Fibrinogenmangels wurde zuvor als strittig beschrieben, wobei teilweise auch der Code D68.8 „Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien“ als zutreffend angesehen wurde.

Im aG-DRG-System 2021 war der Code D65.2 wie auch andere Codes aus D65.- „Disseminierte intravasale Gerinnung“ in Verbindung mit weiteren Attributen (Beatmung, Dialyse, Transfusion von Blutprodukten) als „Komplizierende Konstellation“ gruppierungsrelevant und führte zu einer Erlössteigerung. Auf den Code D68.8 traf dies hingegen nicht zu.

Durch das InEK wurde nun für 2022 die Vergütungsrelevanz des Codes D65.0 für das aG-DRG-System 2022 und die Datenlage des Codes D65.0 analysiert.<sup>2</sup> Dabei zeigte sich zum einen eine mindestens seit 2016 deutlich steigende Fallzahl und zum anderen, dass die hohe Eingruppierung aufgrund der Nebendiagnose D65.0 nicht mehr durchgängig durch die Kosten der Fälle begründbar war, wobei sich jedoch weiterhin auch Fälle mit der Nebendiagnose D65.0 und sehr hohen Kosten fanden. Eine Differenzierung in schwerste Gerinnungsstörungen und leichtere Formen des Fibrinogenmangels ist allein anhand der Diagnose D65.0 aktuell nicht möglich. Bei besonders aufwendigen Fällen fanden sich in einigen DRGs aber über die OPS-Kodierung detektierbare hohe Dosen von Fibrinogen, was eine differenzierte Abbildung möglich machte.

Die durchgeführten Analysen führten in den Funktionen für Komplizierende Konstellationen (KK) zu Anpassungen in der Form, dass die **Diagnose D65.0 „Erworbene Afibrinogenämie“ weiterhin in acht Funktionen „KK“ gruppierungsrelevant ist, allerdings in Kombination mit einem OPS-Code aus 8-810.j- „Transfusion von Fibrinogenkonzentrat“ ab einer Gesamtdosis von 10 g.**

Damit konnte die Entscheidung des Schlichtungsausschusses zur Kodierung des erworbenen Fibrinogenmangels differenziert und präzise berücksichtigt werden, ohne aufwendige Fälle pauschal abzuwerten. Bei nicht mehr nachweisbaren Mehrkosten wurde in diesem Zusammenhang zusätzlich die unspezifische Diagnose **D65.9 „Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet“ aus allen Funktionen für Komplizierende Konstellationen gestrichen.**

<sup>1</sup> Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses können unter [www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss\\_nach\\_19\\_KHG/Liste\\_der\\_Schlichtungsverfahren](http://www.g-drg.de/Schlichtungsausschuss_nach_19_KHG/Liste_der_Schlichtungsverfahren) eingesehen werden.

<sup>2</sup> Vgl. dazu den „Abschlussbericht Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems für das Jahr 2022“ unter [www.g-drg.de/ag-drg-system-2022/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-g-drg-systems-und-report-browser](http://www.g-drg.de/ag-drg-system-2022/abschlussbericht-zur-weiterentwicklung-des-g-drg-systems-und-report-browser)

Nach der Änderung des aG-DRG-Systems in 2022 hat sich also eine deutlich andere Vergütungsrelevanz der Fibrinolyseblutung ergeben als im Jahr 2021. Diese Änderungen werden nachfolgend detailliert erläutert. Die Änderungen werden bereits in der Broschüre für das Jahr 2022 berücksichtigt.

Im Jahr 2024 besteht die folgende Vergütungsrelevanz in den Komplizierenden Konstellationen (KK) der Schlüsselkategorie D65.-. Der Schlüssel D65.2 ist nur noch in acht KK vergütungsrelevant (KK A13, KKE772, KKF212, KKG19, KK H78, KKI, KKII, KKW02).

**In diesen KK ist zum Erreichen der Vergütungsrelevanz neben dem ICD aus D65.0 „Erworbene Afibrinogenämie“ die Gabe von Fibrinogen mit dem OPS 8-810.j- ab einer Transfusion von mindestens 10 g zu kodieren.**

D65.9 „Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet“ ist aus allen Funktionen für die KK gestrichen und somit hier nicht mehr vergütungsrelevant.

**HINWEIS:** Nach dem oben Gesagten ist es nachvollziehbar, dass die Fälle, die ab dem Jahr 2021 zugeordnet werden, anderen vergütungsmäßigen Randbedingungen unterliegen als die Fälle des Jahres 2022. **Diese Broschüre behandelt ausschließlich die Fälle des Jahres 2024. Für die Fälle aus den Vorjahren wird auf die entsprechende Broschüre der Vorjahre verwiesen.**

## 2. DIE VERGÜTUNGSRELEVANTEN MECHANISMEN IM EINZELNEN

### 2.1. DIE SCHLÜSSELKATEGORIE D65.- IM ICD

Die Schlüssel der Kategorie D65.- lauten wie folgt:

<b>D65.-</b> Disseminierte intravasale Gerinnung [Defibrinationssyndrom]	<b>Inkl.</b>	Purpura fulminans
	<b>Exkl.</b>	Als Komplikation bei(m): Abort, Extrauterin gravidität oder Molenschwangerschaft (O00-O07) (O08.1) Als Komplikation bei(m): Neugeborenen (P60) Als Komplikation bei(m): Schwangerschaft, Geburt oder Wochenbett (O45.0) (O46.0) (O67.0) (O72.3)
<b>D65.0</b> Erworbene Afibrinogenämie	<b>Info</b>	Benutze für Zwecke der Abrechnung der Zusatzentgelte entsprechend Anlage 7 zur FPV eine zusätzliche Schlüsselnummer, um das Vorliegen einer <b>dauerhaft erworbenen</b> (U69.11!) oder <b>temporären</b> (U69.12!) Blutgerinnungsstörung anzuzeigen.
<b>D65.1</b> Disseminierte intravasale Gerinnung [DIC, DIC]	<b>Inkl.</b>	Verbrauchskoagulopathie
	<b>Info</b>	Benutze für Zwecke der Abrechnung der Zusatzentgelte entsprechend Anlage 7 zur FPV eine zusätzliche Schlüsselnummer, um das Vorliegen einer <b>dauerhaft erworbenen</b> (U69.11!) oder <b>temporären</b> (U69.12!) Blutgerinnungsstörung anzuzeigen.
<b>D65.2</b> Erworbene Fibrinolyseblutung	<b>Inkl.</b>	Purpura fibrinolytica
	<b>Info</b>	Benutze für Zwecke der Abrechnung der Zusatzentgelte entsprechend Anlage 7 zur FPV eine zusätzliche Schlüsselnummer, um das Vorliegen einer <b>dauerhaft erworbenen</b> (U69.11!) oder <b>temporären</b> (U69.12!) Blutgerinnungsstörung anzuzeigen.
<b>D65.9</b> Defibrinationssyndrom, nicht näher bezeichnet	<b>Hinweis: Seit 2022 im Rahmen der KK nicht mehr vergütungsrelevant!                  Die Diagnose ist weiterhin im Rahmen der CC-Relevanz von Bedeutung (s. u.)!</b>	

Siehe Broschüre  
**VERGÜTUNGSREGELN  
 BEI GERINNUNGS-  
 STÖRUNGEN**

## 2.2. RELEVANTE PROZEDUREN

Die relevanten Prozeduren zur Gabe von Fibrinogen finden sich im OPS in der Kategorie 8–81:

**8–81** Transfusion von Plasma, Plasmapbestandteilen und Infusion von Volumenersatzmitteln

**Info:** Ein Code aus diesem Bereich ist jeweils nur einmal pro stationären Aufenthalt anzugeben. Einzeltransfusionen gleichen Typs sind zu addieren.

OPS-CODE	OPS-TEXT
8-810.j	Fibrinogenkonzentrat
8-810.j3	Bis unter 1,0 g
8-810.j4	1,0 g bis unter 2,0 g
8-810.j5	2,0 g bis unter 3,0 g
8-810.j6	3,0 g bis unter 4,0 g
8-810.j7	4,0 g bis unter 5,0 g
8-810.j8	5,0 g bis unter 6,0 g
8-810.j9	6,0 g bis unter 7,0 g
8-810.ja	7,0 g bis unter 8,0 g
8-810.jb	8,0 g bis unter 9,0 g
8-810.jc	9,0 g bis unter 10,0 g
8-810.jd	10,0 g BIS UNTER 12,5 g
8-810.je	12,5 g bis unter 15,0 g
8-810.jf	15,0 g bis unter 17,5 g
8-810.jg	17,5 g bis unter 20,0 g
8-810.jh	20,0 g bis unter 25,0 g
8-810.jj	25,0 g bis unter 30,0 g
8-810.jk	30,0 g bis unter 35,0 g
8-810.jm	35,0 g bis unter 40,0 g
8-810.jn	40,0 g bis unter 50,0 g
8-810.jp	50,0 g bis unter 60,0 g
8-810.jq	60,0 g bis unter 70,0 g
8-810.jr	70,0 g bis unter 80,0 g
8-810.js	80,0 g bis unter 90,0 g
8-810.jt	90,0 g bis unter 100,0 g
8-810.jv	100,0 g bis unter 120,0 g
8-810.jw	120,0 g bis unter 160,0 g
8-810.jz	160,0 g oder mehr

Ab 10 g und mehr wirkt der Schlüssel in den KK erlössteigernd mit der Diagnose D65.2

**HINWEIS:** Wie im OPS angegeben, müssen die einzelnen Gaben von Fibrinogen für einen stationären Aufenthalt aufsummiert und am Ende des Aufenthaltes einmal als Gesamtmenge kodiert werden. Dafür ist eine sorgfältige Dokumentation erforderlich, bei der zum Ende des Aufenthaltes die Gesamtmenge des verabreichten Fibrinogens einfach und genau ermittelt werden kann.

Nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) ist nur die dem Patienten **tatsächlich verabreichte Menge** zu zählen. Ein Verwurf, z.B. bei Abbruch der Infusion, ist nicht zu zählen (vgl. DKR P005).

## 2.3. VORBEMERKUNGEN ZU DEN BEISPIELEN – TEMPORÄRE VS. DAUERHAFT ERWORBENE GERINNUNGSSTÖRUNGEN

Bei den folgenden Beispielfällen ist grundsätzlich zu berücksichtigen, dass bei den Blutungen differenziert werden muss, ob eine temporäre Gerinnungsstörung oder eine dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung vorliegt.

Unter dieser Voraussetzung der temporären Blutgerinnungsstörung ist die Gabe von Fibrinogen über das Zusatzentgelt ZE2024-138 abzurechnen. Die Kodierung der temporären Blutgerinnungsstörung erfolgt über den obligat zu kodierenden Schlüssel „U69.12! Temporäre Blutgerinnungsstörung“. Für die Abrechnung als Zusatzentgelt ist ein Schwellenwert von 2.500 Euro für die Kosten der Gabe von Fibrinogen festgesetzt. Erst bei Überschreiten dieser Grenze können die Gesamtkosten für die Transfusion von Fibrinogen geltend gemacht und abgerechnet werden.

Liegt eine dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung vor, so ist diese mit „U69.11! Dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung“ zu kennzeichnen. Die Abrechnung erfolgt über das Zusatzentgelt ZE2024-97.

**HINWEIS:** In den folgenden Beispielen wird die Differenzierung temporäre vs. dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung nicht berücksichtigt. Die Codes werden in den Beispielen nicht verwendet und müssen nach der vorliegenden Art der Gerinnungsstörung ergänzt werden. Die Schlüssel U69.11 und U69.12 sind in den DRGs nicht vergütungsrelevant, legen aber die Art des Zusatzentgeltes fest, welches letztlich abgerechnet werden kann.

Siehe  
Broschüre  
**VERGÜTUNGSREGELN  
BEI GERINNUNGS-  
STÖRUNGEN**

Der **Basisfallwert** zur Abrechnung der Fallpauschalen wird in den folgenden Beispielen mit **4.000 Euro** angesetzt, der **Pflegeentgeltwert** mit **230 Euro**. Der Pflegeentgeltwert wird hausindividuell mit den Kostenträgern verhandelt und ist daher von Krankenhaus zu Krankenhaus unterschiedlich. Der Basisfallwert ist von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich, es muss also im Einzelfall eine Anpassung der Werte erfolgen.

## 2.4. HAUPTDIAGNOSE AUS DER ICD-KATEGORIE I65.-

Eine Hauptdiagnose aus der ICD-Kategorie D65.- ist selten (38 Fälle bundesweit im Jahr 2022). Es wird überwiegend die DRG „**Q60C Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC**“ angesteuert.

Die Schlüssel der Kategorie D65.- werden in der DRG Q60 (Relativgewicht 0,631) als komplexe Diagnose gewertet, daher erfolgt allein durch eine Hauptdiagnose aus dieser Kategorie die Einstufung in die Q60C und nicht in die am niedrigsten bewertete DRG **Q60D** (Relativgewicht 0,446).

### 3. NEBENDIAGNOSERELEVANZ

Die CC-relevanten Nebendiagnosen können im DRG-System die Vergütung einer DRG steigern. Dieser Mechanismus greift nicht in allen DRGs. Findet sich der Zusatz „mit schweren/äußerst schweren CC“ im DRG-Namen, so ist in der Regel die CC-Relevanz in dieser DRG gegeben. Bei der Kodierung der Nebendiagnosen sind die Regeln zur Nebendiagnosekodierung aus den DKR (vgl. die DKR D003<sup>3</sup>) zu beachten.

Die folgenden Diagnosen sind alle CC-relevant:

<b>D65.0</b>	Erworbene Afibrinogenämie
<b>D65.1</b>	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]
<b>D65.2</b>	Erworbene Fibrinolyseblutung
<b>D65.9</b>	Defibrinationssyndrom, nnbez

Diese Diagnosen können zusammen mit anderen CC-relevanten Diagnosen die Vergütung einer DRG steigern (vgl. dazu das folgende Beispiel).

In dem dargestellten Fall erfolgte die Aufnahme wegen eines Myokardinfarktes, im Verlauf trat ein therapiebedürftiger Abfall des Fibrinogenspiegels auf und wurde mittels Transfusion ausgeglichen, was die Kodierung des ICD D65.0 begründet (der OPS-Code ist im Beispiel nicht dargestellt). Es wird die DRG F60A „mit äußerst schweren CC“ erreicht.

Basisfallwert*:	4200	€	Pflegeentgeltwert*:	230	€	
G-DRG 2024	▼	Gruppieren	Neuer Fall			
Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)						
MDC	05	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC				
DRG	F60A	Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2024) (GetDRG V23.2.0.0)				
PCCL	4					
Verweildauer	aktuelle VWD:	12	1. Tag Abschlag:	4	1. Tag Zuschlag:	26
	mittl. VWD (arith.):	13,6	untere GVWD:	5	obere GVWD:	25
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	1,446	eff. DRG-Bewertungsrelation:	1,446	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	6073,20 €	eff. DRG-Entgelt:	6073,20 €	(Zuschlag: 0,00 €, Basisfallwert: 4200 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	1,0559	eff. Pflege-BWR (VWD=12):	12,6708	eff. Pflege-Entgelt:	2914,32 €
					Pflegeentgeltwert:	230 €
Summe Entgelte:	8987,52 €					
Diagnosen (ICD-10-GM 2024)						
	Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL		
	I21.48	Sonstiger und nicht näher bezeichneter akuter subendokardialer Myokardinfarkt	J	1	gültig	
	J96.00	Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxämisch]	N	1	gültig	
	N17.91	Akutes Nierenversagen, nicht näher bezeichnet: Stadium 1	N	3	gültig	
	J91*	Pleuraerguß bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	N	3	gültig	
	E87.6	Hypokaliämie	N	1	gültig	
	D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	N	1	gültig	

Ohne den ICD D65.0 im obigen Beispiel wird die DRG F60B „Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC“ mit einem Gesamterlös von 5.001,84 Euro erreicht (Erlösdifferenz ca. 4.000 Euro).

Auch der **hereditäre Mangel an Gerinnungsfaktoren** aus **der ICD-Kategorie D68.-** ist CC-relevant und darf daher bei der Kodierung nicht vergessen werden.

Obwohl die Nebendiagnoserelevanz über die CC-relevanten Nebendiagnosen im DRG-System in den letzten Jahren reduziert wurde, müssen die Nebendiagnosen weiterhin sorgfältig und vollständig kodiert werden. Dabei sind die Vorgaben der DKR (Nebendiagnosedefinition) zu beachten.

## 4. KOMPLIZIERENDE KONSTELLATIONEN

### 4.1. KOMPLIZIERENDE KONSTELLATION I

Eine der circa 55 Funktionen im DRG-System ist die sog. **Komplizierende Konstellation I (KK I)**, eine globale Funktion, die in vielen DRGs zur Anwendung kommt. Ein Teil dieser Funktion wird hier zur Erläuterung der Systematik der Komplizierenden Konstellationen dargestellt (Abb. 1). Die Darstellung in den gezeigten Logikdiagrammen entspricht der Darstellung im Definitionshandbuch der DRGs. Um die Komplizierende Konstellation I zu erreichen, muss die Tabelle (Abb. 1) von links nach rechts durchgegangen werden.



**Abbildung 1:** Logikdiagramm zur **Komplizierenden Konstellation I** (Dg = Diagnose; Pr = Prozedur). Alle relevanten Möglichkeiten der Kombinationen verschiedener Sachverhalte sind im Definitionshandbuch, Band 4, unter der Definition der Komplizierenden Konstellationen dargestellt.

<b>D65.1</b>	Disseminierte intravasale Gerinnung [DIG, DIC]
<b>D65.2</b>	Erworbene Fibrinolyseblutung
<b>D69.53</b>	Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ II
<b>R65.1</b>	Syst inflam Response-Synd [SIRS] infektm Organkomp
<b>R65.3</b>	Syst inflam Response-Synd [SIRS] ni-infektm Organkomp

**Tabelle 1:** Schwere Gerinnungsstörungen in der KK I

Beim Durchgang von links nach rechts müssen die genannten Bedingungen in einer Zeile erfüllt werden. Es muss also zunächst der Schlüssel D65.0 kodiert werden. Als nächstes muss die Transfusion von Fibrinogenkonzentrat ab 10g verschlüsselt werden (logische „UND“-Verknüpfung), dann kann über die Zeilen 1 oder 2 die Kodierung weitergeführt werden (logische „ODER“-Verknüpfung). Wenn eine Zeile von links nach rechts vollständig gemäß den dort aufgeführten Kriterien kodiert wurde, ist die KK I erfüllt, wird vom Grouper als solche erkannt und geht in die Bewertung der DRG ein. In der DRG findet sich dann in der Regel der Zusatz „... mit Komplizierender Konstellation...“ (vgl. dazu auch die Beispiele unten). Die im Logikdiagramm angegebenen Verweise auf z. B. „KK I-V6“ beinhalten die im Definitionshandbuch der DRGs für das Jahr 2024<sup>4</sup> angegebenen OPS-Schlüssel, die an dieser Stelle gültig sind.

Im Vergleich zu den Vorjahren hat sich die Logik der KK I seit dem Jahr 2022 deutlich geändert. Wesentlich ist, dass **nur noch die Diagnose D65.0 in Kombination mit der Gabe von Fibrinogen ab 10 Gramm relevant** ist. Die KK I enthalten allerdings weitere Konstellationen, in denen die Gabe von Fibrinogen (> 10g) mit der Diagnose D65.0 für die Vergütung relevant ist, z. B. in Kombination mit einer Beatmungsdauer zwischen 48 und 96 Stunden (s. u.), die Durchführung kontinuierlicher/intermittierender Dialysen etc. Alle relevanten Möglichkeiten der Kombination verschiedener Sachverhalte sind im Definitionshandbuch, Band 4, in der Tabelle KK I-V1 vollständig dargestellt (Seite 2962 ff.).

Ein weiterer wichtiger Bestandteil der KK I sind Beatmungszeiten, die noch nicht in den „echten“ Beatmungs-DRGs (> 96 Stunden) abgebildet sind. Beatmungszeiten zwischen 48 und 96 Stunden sind in der KK I relevant, und zwar auch in Kombination mit der Diagnose D65.0 mit Gabe von Fibrinogen (> 10g); dieser Sachverhalt wird in Abbildung 2 dargestellt.

<sup>4</sup> Die Definitionshandbücher sind unter dem Link [www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/definitionshandbuch/definitionshandbuch-2024](http://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/definitionshandbuch/definitionshandbuch-2024) einsehbar (16.02.2024).



Abbildung 2: Beatmungsrelevanz in den KK I

Aus der Abbildung geht auch hervor, dass **schwere Gerinnungsstörungen als Bestandteil der KK I** wirken können (siehe oben die Tabelle 1). Vorstellbar ist z. B. bei einer disseminierten intravasalen Gerinnung (DIC, ICD D65.1) der Einsatz von Fibrinogen; damit würde die zweite Zeile in Abbildung 2 ebenfalls die KK I erfüllen.

**HINWEIS:** Abschließend kann die Relevanz der Diagnose D65.0 wie folgt zusammengefasst werden:

Die Diagnose **D65.0 Erworbene Afibrinogenämie** wirkt innerhalb der komplizierenden Diagnosen nur (seit 2022), sofern mindestens 10 Gramm Fibrinogen verabreicht werden.

Die in **Tabelle 1** genannten **Diagnosen „Schwere Gerinnungsstörungen“** wirken weiterhin in den KK I; hier ist die Gabe von **Fibrinogen auch bei Mengen unter 10 Gramm** ein Ressourcenverbrauch im Sinne der Nebendiagnosedefinition und kann somit die Kodierung dieser Diagnosen begründen.

Auf die spezifische Darstellung weiterer Komplizierender Konstellationen wird an dieser Stelle verzichtet. Grundsätzlich ist der dargestellte Mechanismus bei allen Komplizierenden Konstellationen in analoger Weise anhand der Darstellung im Definitionshandbuch der DRGs nachvollziehbar.

Im Folgenden wird die Relevanz der Gabe von Fibrinogen anhand typischer Beispiele erläutert. Der Basisfallwert beträgt in allen Beispielen 4.200 Euro.

## 4.2. POST-PARTUM-BLUTUNG BEI SECTIO

Im folgenden Beispiel ist eine Blutung nach Sectio dargestellt. Es ist zusätzlich eine Beatmungszeit von 50 Stunden kodiert. Der dargestellte Erlössprung wird in den beiden folgenden geburtshilflichen DRGs durch die **Komplizieren- de Konstellation I** verursacht, die in diesen DRGs relevant ist.

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall	
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>				
MDC	14			
<b>DRG</b>	<b>O01A</b> Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte			
PCCL	2 Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2024) (GetDRG V23.2.0.0)			
Verweildauer	aktuelle VWD: 12	1. Tag Abschlag: 4	1. Tag Zuschlag: 34	
	mittl. VWD (arith.): 15,8	untere GVWD: 5	obere GVWD: 33	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG): 4,935	eff. DRG-Bewertungsrelation: 4,935	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt: 20727,00 €	eff. DRG-Entgelt: 20727,00 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4200 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag: 1,2151	eff. Pflege-BWR (VWD=12): 14,5812	eff. Pflege-Entgelt: 3353,64 € Pflegeentgeltwert: 230 €	
<b>Summe Entgelte:</b>	<b>24080,64 €</b>			
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	N	0	gültig
Z37.01	Lebendgeborener Einling	N	0	gültig
O09.51	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen	N	0	gültig
<b>D65.2</b>	<b>Erworbene Fibrinolyseblutung</b>	J	3	gültig
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	J	OP	5-740.1

Mit 50 Stunden  
Beatmung

Ohne die Diagnose D65.2 ergibt sich die DRG O01E:

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall	
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>				
MDC	14			
<b>DRG</b>	<b>O01E</b> Primäre Sectio caesarea ohne auß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen			
PCCL	0 Status: normales Grouping (GetDRG-Grouper 2024) (GetDRG V23.2.0.0)			
Verweildauer	aktuelle VWD: 12	1. Tag Abschlag: 1	1. Tag Zuschlag: 9	
	mittl. VWD (arith.): 4,4	untere GVWD: 2	obere GVWD: 8	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG): 0,979	eff. DRG-Bewertungsrelation: 1,175	(Zuschlag: 0,196)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt: 4111,80 €	eff. DRG-Entgelt: 4935,00 €	(Zuschlag: 823,20 €; Basisfallwert: 4200 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag: 0,7111	eff. Pflege-BWR (VWD=12): 8,5332	eff. Pflege-Entgelt: 1962,60 € Pflegeentgeltwert: 230 €	
<b>Summe Entgelte:</b>	<b>6897,6 €</b>			
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	N	0	gültig
Z37.01	Lebendgeborener Einling	N	0	gültig
O09.51	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen	N	0	gültig
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
5-740.1	Klassische Sectio caesarea: Sekundär	J	OP	5-740.1

Mit 50 Stunden  
Beatmung

Die Erlösdifferenz beträgt ca. 17.100 Euro.

## 4.3. POST-PARTUM-BLUTUNG BEI SPONTANGEBURT

Post-partum-Blutung bei Spontangeburt DRG O02A, Beatmungszeit 50 Stunden; auch hier kommt die **Komplizierende Konstellation I** zur Wirkung.

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall	
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>				
MDC	14			
<b>DRG</b>	<b>O02A</b>	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierende Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC		
PCCL	2	Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2024) (GetDRG V23.2.0.0)		
Verweildauer	aktuelle VWD:	6	1. Tag Abschlag: 1	1. Tag Zuschlag: 15
	mittl. VWD (arith.):	5,9	untere GVWD: 2	obere GVWD: 14
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	1,218	eff. DRG-Bewertungsrelation: 1,218	(Zuschlag: 0)
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	5115,60 €	eff. DRG-Entgelt: 5115,60 €	(Zuschlag: 0,00 €, Basisfallwert: 4200 €)
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0,8517	eff. Pflege-BWR (VWD=6): 5,1102	eff. Pflege-Entgelt: 1175,34 € Pflegeentgeltwert: 230 €
<b>Summe Entgelte:</b>	<b>6290,94 €</b>			
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
O75.5	Protrahierte Geburt nach Blasensprengung	J	0	gültig
Z37.0!	Lebendgeborener Einling	N	0	gültig
O09.5!	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen	N	0	gültig
<b>D65.2</b>	<b>Erworbene Fibrinolyseblutung</b>	J	3	gültig
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich

Mit 50 Stunden  
Beatmung

Ohne D65.2 ergibt sich die DRG O02B:

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall	
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>				
MDC	14			
<b>DRG</b>	<b>O02B</b>	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC		
PCCL	0	Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2024) (GetDRG V23.2.0.0)		
Verweildauer	aktuelle VWD:	6	1. Tag Abschlag: 1	1. Tag Zuschlag: 7
	mittl. VWD (arith.):	3,6	untere GVWD: 2	obere GVWD: 6
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	0,839	eff. DRG-Bewertungsrelation: 0,839	(Zuschlag: 0)
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	3523,80 €	eff. DRG-Entgelt: 3523,80 €	(Zuschlag: 0,00 €, Basisfallwert: 4200 €)
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	0,7271	eff. Pflege-BWR (VWD=6): 4,3626	eff. Pflege-Entgelt: 1003,38 € Pflegeentgeltwert: 230 €
<b>Summe Entgelte:</b>	<b>4527,18 €</b>			
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
O75.5	Protrahierte Geburt nach Blasensprengung	J	0	gültig
Z37.0!	Lebendgeborener Einling	N	0	gültig
O09.5!	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen	N	0	gültig
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
5-707.x	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes: Sonstige	J	OP	5-707.x

Mit 50 Stunden  
Beatmung

Die Erlösdifferenz beträgt ca. 1.763 Euro.

**WICHTIGER HINWEIS:** In den obigen Beispielen erfüllt die **Fibrinolyseblutung D65.2** zusammen mit der **Beatmungszeit** die KK I. Der Schlüssel D65.2 ist nur bei einer **Blutung** zu verwenden!

Liegt **keine Blutung** vor (sondern nur ein verminderter Fibrinogenspiegel), ist die Diagnose **D65.0 Erworbene Afibrinogenämie** zu verwenden. In diesem Fall wird die KK I seit 2022 nur noch erreicht, sofern **mindestens 10 Gramm Fibrinogen** verabreicht und über den entsprechenden OPS-Code kodiert werden! (Vgl. dazu das folgende Beispiel)

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall			
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>						
MDC	14					
<b>DRG</b>	<b>O02A</b>					
Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierende Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC						
PCCL	2					
Status: normales Grouping (GetDRG-Groupen 2024) (GetDRG V23.2.0.0)						
<b>Verweildauer</b>	aktuelle VWD:	6	1. Tag Abschlag:	1	1. Tag Zuschlag:	15
	mittl. VWD (arith.):	5,9	untere GVWD:	2	obere GVWD:	14
<b>Bewertungsrelation (DRG)</b>	Katalog-BWR (DRG):	1,218	eff. DRG-Bewertungsrelation:	1,218	(Zuschlag: 0)	
<b>DRG-Entgelt</b>	Basisentgelt:	5115,60 €	eff. DRG-Entgelt:	5115,60 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4200 €)	
<b>Pflege-Entgelt</b>	Pflege BWR/Tag:	0,8517	eff. Pflege-BWR (VWD=6):	5,1102	eff. Pflege-Entgelt:	1175,34 €
<b>Summe Entgelte:</b>	6290,94 €					
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>						
	Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL		
	O75.7	Vaginale Entbindung nach vorangegangener Schnittentbindung	J	0	gültig	
	Z37.01	Lebendgeborener Einling	N	0	gültig	
	O09.51	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen	N	0	gültig	
	D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	J	3	gültig	
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>						
	Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich	
	5-707.x	Plastische Rekonstruktion des kleinen Beckens und des Douglasraumes. Sonstige	J	OP	5-707.x	
	8-810.jd	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 10,0 g bis unter 12,5 g	J	NOP	8-810.jd	

Mit 50 Stunden  
Beatmung

Der Schlüssel D65.0 wirkt in den KK I nur bei gleichzeitiger Gabe von  $\geq 10$  Gramm Fibrinogen. Wird die Grenze von 10 Gramm nicht erreicht, wird die DRG O02B angesteuert.

## 4.4. ABDOMINAL-CHIRURGISCHER EINGRIFF – PARTIELLE MAGENRESEKTION

Mit dem Schlüssel D65.2 und 50 Stunden Beatmungszeit ergibt sich in dem folgenden Beispiel die DRG G19A. In diesem Beispiel ist ebenfalls die oben angegebene Komplizierende Konstellation I von Relevanz.

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall	
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>				
MDC	06			
DRG	G19A			
Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre ohne bestimmte Operationen an Pharynx oder Magenband				
PCCL	2			
Status: normales Grouping (GetDRG-Grupper 2024) (GetDRG V23.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD: 14	1. Tag Abschlag: 4	1. Tag Zuschlag: 29	
	mittl. VWD (arith.): 14,5	untere GVWD: 5	obere GVWD: 28	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG): 3,151	eff. DRG-Bewertungsrelation: 3,151	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt: 13234,20 €	eff. DRG-Entgelt: 13234,20 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4200 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag: 1,0476	eff. Pflege-BWR (VWD=14): 14,6664	eff. Pflege-Entgelt: 3373,30 € Pflegeentgeltwert: 230 €	
Summe Entgelte:	16607,5 €			
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
K31.7	Polyp des Magens und des Duodenums	N	0 gültig	
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung	J	3 gültig	
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
5-434.0	Atypische partielle Magenresektion: Segmentresektion	J	OP	5-434.0
5-448.x0	Andere Rekonstruktion am Magen: Sonstige: Offen chirurgisch abdominal	J	OP	5-448.x0

Mit 50 Stunden  
Beatmung

Ohne den Code D65.2 ergibt sich die DRG G19B:

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall	
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>				
MDC	06			
DRG	G19B			
Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff				
PCCL	0			
Status: normales Grouping (GetDRG-Grupper 2024) (GetDRG V23.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD: 14	1. Tag Abschlag: 2	1. Tag Zuschlag: 22	
	mittl. VWD (arith.): 10,1	untere GVWD: 3	obere GVWD: 21	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG): 2,005	eff. DRG-Bewertungsrelation: 2,005	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt: 8421,00 €	eff. DRG-Entgelt: 8421,00 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4200 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag: 0,9722	eff. Pflege-BWR (VWD=14): 13,6108	eff. Pflege-Entgelt: 3130,54 € Pflegeentgeltwert: 230 €	
Summe Entgelte:	11551,54 €			
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
K31.7	Polyp des Magens und des Duodenums	N	0 gültig	
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
5-434.0	Atypische partielle Magenresektion: Segmentresektion	J	OP	5-434.0
5-448.x0	Andere Rekonstruktion am Magen: Sonstige: Offen chirurgisch abdominal	N	OP	5-448.x0

Mit 50 Stunden  
Beatmung

Der Erlösunterschied beträgt ca. 5.056 Euro.

Auch in dieser DRG wirkt der Schlüssel D65.0 nur noch bei gleichzeitiger Gabe von  $\geq 10$  Gramm Fibrinogen und führt dann in DRG G19A. Wird die Grenze von 10 Gramm nicht erreicht, wird die DRG G19B angesteuert. Die DRG G19B ergibt sich auch bei Kodierung des ICD D65.0, wenn die Grenze von 10 Gramm Fibrinogen nicht erreicht wird. Im Beispiel muss dann der passende Schlüssel für die Gabe von Fibrinogen noch ergänzt werden.

## 4.5. KOMPLIZIERENDE KONSTELLATION F03

Im folgenden Beispiel kommt die **Komplizierende Konstellation F03** (KK F03) zur Wirkung (Abb. 3). Neben der Beatmung ist wieder eine Diagnose aus „Schwerste Gerinnungsstörungen, oder das SIRS mit Organkomplikationen“ von Relevanz. Es handelt sich dabei um die gleichen Diagnosen wie oben bereits bei der Komplizierenden Konstellation I dargestellt (in den hier nicht dargestellten Anteilen gibt es allerdings Unterschiede zwischen der genannten KK I und der KK F03). Im Beispiel unten wird der mit Pfeil gekennzeichnete Weg verwendet.

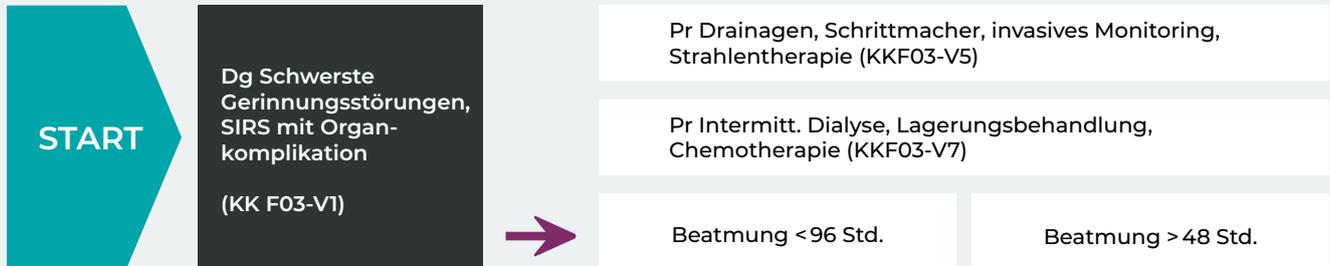


Abbildung 3: Logikdiagramm zur Komplizierenden Konstellation F03 (Dg = Diagnose; Pr = Prozedur).

Die erworbene Afibrinogenämie (D65.0) ist in dieser Komplizierenden Konstellation nicht relevant; bei Gabe von Fibrinogen ist ggf. das Zusatzentgelt abzurechnen.

## 4.6. KOMPLIZIERENDE KONSTELLATION BEI AORTENKLAPPENERSATZ

Mit dem Schlüssel D65.2 und 50 Stunden Beatmungszeit ergibt sich die DRG F03A. In diesem Beispiel kommt die beschriebene Komplizierende Konstellation F03 zum Tragen.

Basisfallwert*:	4200	€	Pflegeentgeltwert*:	230	€	
G-DRG 2024	▼	Gruppieren	Neuer Fall			
Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)						
MDC	05					
DRG	F03A Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation					
PCCL	2 Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2024) (GetDRG V23.2.0.0)					
Verweildauer	aktuelle VWD:	15	1. Tag Abschlag:	6	1. Tag Zuschlag:	37
	mittl. VWD (arith.):	20	untere GVWD:	7	obere GVWD:	36
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	8,877	eff. DRG-Bewertungsrelation:	8,877	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	37283,40 €	eff. DRG-Entgelt:	37283,40 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4200 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	2,0678	eff. Pflege-BWR (VWD=15):	31,017	eff. Pflege-Entgelt:	7133,85 € Pflegeentgeltwert: 230 €
Summe Entgelte:	44417,25 €					
Diagnosen (ICD-10-GM 2024)						
	Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL		
	I35.8	Sonstige Aortenklappenkrankheiten	N	0	gültig	
	D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung	J	3	gültig	
Prozeduren (OPS Version 2024)						
	Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich	
	5-351.01	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Allotransplantat	J	OP	5-351.01	

Ohne die Komplizierende Konstellation F03 bzw. ohne D65.2 ergibt sich die DRG F43B:

Basisfallwert*:	4200	Pflegeentgeltwert*:	230	€
G-DRG 2024	▼	Gruppieren	Neuer Fall	
Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)				
MDC	05			
DRG	F43B			
PCCL	0			
Verweildauer	aktuelle VWD:	15	1. Tag Abschlag:	4
	mittl. VWD (arith.):	15,6	untere GVWD:	5
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG):	4,34	eff. DRG-Bewertungsrelation:	4,34
DRG-Entgelt	Basisentgelt:	18228,00 €	eff. DRG-Entgelt:	18228,00 €
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag:	1,9061	eff. Pflege-BWR (VWD=15):	28,5915
Summe Entgelte:	24804 €			
Diagnosen (ICD-10-GM 2024)				
	Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL
	I35.8	Sonstige Aortenklappenkrankheiten	N	0
Prozeduren (OPS Version 2024)				
	Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR
	5-351.01	Ersatz von Herzklappen durch Prothese: Aortenklappe: Durch Allotransplantat	J	OP

Mit 50 Stunden Beatmung

Die Erlösdifferenz beträgt ca. 20.400 Euro.

## 4.7. KOMPLIZIERENDE KONSTELLATION F08

Ein weiteres Beispiel für Komplizierende Konstellationen stellt die **Komplizierende Konstellation F08** dar; diese ist unten im Beispiel **peripherer Gefäßeingriff** von Bedeutung (ausschnittsweise Darstellung, soweit hier von Relevanz, vgl. Abb. 4).

Im Beispiel unten wird der mit Pfeil gekennzeichnete Weg verwendet, um die Komplizierende Konstellation F08 zu erreichen. Auch hier sind die Schlüssel (schwerste Gerinnungsstörung) D65.1, D65.2, D65.9, D69.53, R65.1, R65.3 in gleicher Weise bezüglich der Vergütung relevant. Der Schlüssel D65.0 ist seit dem Jahr 2022 nicht mehr relevant.



Abbildung 4: Logikdiagramm zur Komplizierenden Konstellation F08 (Dg = Diagnose; Pr = Prozedur).

## 4.8. PERIPHERER GEFÄSSEINGRIFF

Im Beispiel ist keine Beatmungszeit erforderlich. Die Diagnose D65.2 führt über die **Komplizierenden Konstellationen F08** (KK F08) in die DRG F08A. Auch in diesem Beispiel wäre die Gabe von Fibrinogen ein Ressourcenverbrauch, der gemäß der Definition der Nebendiagnose die Kodierung von D65.2 begründet.

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall	
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>				
MDC	05			
DRG	F08A			
PCCL	2			
Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff				
Status: normales Grouping (GetDRG-Grupper 2024) (GetDRG V23.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD: 15	1. Tag Abschlag: 12	1. Tag Zuschlag: 57	
	mittl. VWD (arith.): 38,9	untere GVWD: 13	obere GVWD: 56	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG): 8,788	eff. DRG-Bewertungsrelation: 8,788	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt: 36909,60 €	eff. DRG-Entgelt: 36909,60 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4200 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag: 1,1051	eff. Pflege-BWR (VWD=15): 16,5765	eff. Pflege-Entgelt: 3812,55 € Pflegeentgeltwert: 230 €	
Summe Entgelte:	40722,15 €			
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	N	2 gültig	
D65.2	Erworbene Fibrinolyseblutung	J	3 gültig	
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
5-393.55:1	Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorocrural	J	OP	5-393.55:1
8-148.3	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Pelvin	J	OP	8-148.3

Ohne Fibrinolyseblutung ergibt sich die DRG F08D:

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall	
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>				
MDC	05			
DRG	F08D			
PCCL	0			
Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmter Bypass mit äußerst schweren CC				
Status: normales Grouping (GetDRG-Grupper 2024) (GetDRG V23.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD: 15	1. Tag Abschlag: 3	1. Tag Zuschlag: 26	
	mittl. VWD (arith.): 13,2	untere GVWD: 4	obere GVWD: 25	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG): 2,948	eff. DRG-Bewertungsrelation: 2,948	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt: 12381,60 €	eff. DRG-Entgelt: 12381,60 €	(Zuschlag: 0,00 €; Basisfallwert: 4200 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag: 0,8853	eff. Pflege-BWR (VWD=15): 13,2795	eff. Pflege-Entgelt: 3054,30 € Pflegeentgeltwert: 230 €	
Summe Entgelte:	15435,9 €			
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän	N	2 gültig	
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
5-393.55:1	Anlegen eines anderen Shuntens und Bypasses an Blutgefäßen: A. femoralis: Femorocrural	J	OP	5-393.55:1
8-148.3	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Pelvin	N	OP	8-148.3

Die Erlösdifferenz beträgt ca. 25.300 Euro.

## 4.9. KOMPLIZIERENDE KONSTELLATION W02

In dem folgenden Beispiel ist die Komplizierende Konstellation W02 von Relevanz; diese betrifft Patienten mit Polytrauma und stellt sich in den relevanten Anteilen wie folgt dar (vgl. Abb. 5). Im Beispiel unten wird der mit Pfeil gekennzeichnete Weg verwendet.

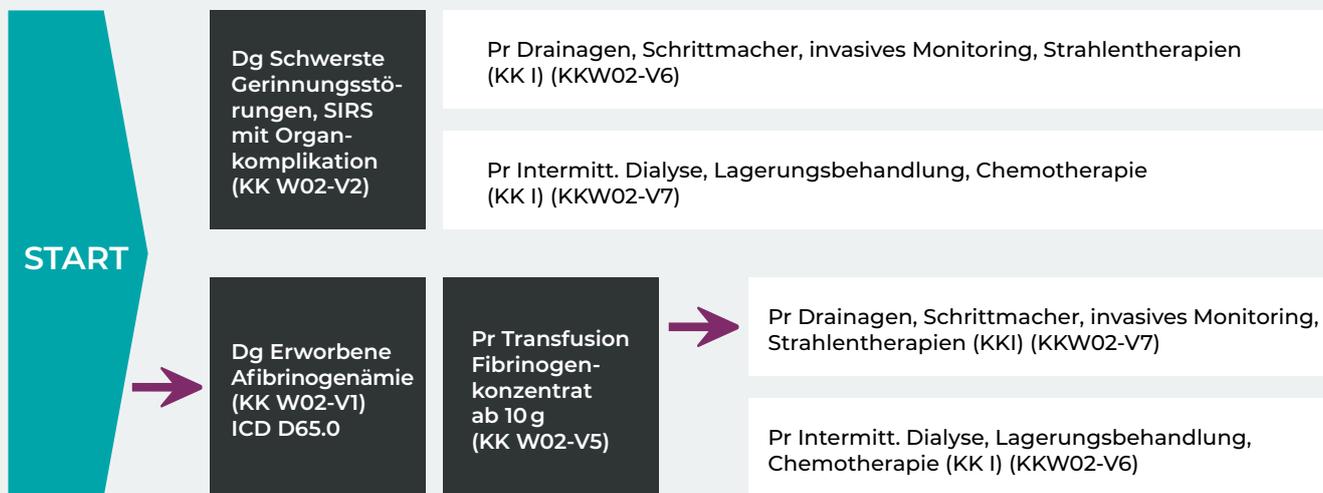


Abbildung 5: Logikdiagramm zur Komplizierenden Konstellation W02 (Dg = Diagnose; Pr = Prozedur).

In der KKW02 sind erneut die bereits dargestellten Diagnosen (schwerste Gerinnungsstörungen) relevant. Diese Diagnosen erfüllen z. B. mit einer Beatmungszeit (> 45 und < 96 Stunden) auch die Voraussetzungen für die KKW02. Im folgenden Beispiel wird die **Kombination** der erworbenen Afibrinogenämie (**D65.0**) mit der **Gabe von Fibrinogen** (≥ 10 Gramm) in einer Polytrauma-DRG dargestellt (hier ohne Beatmung).

## 4.10. POLYTRAUMA

G-DRG 2024		Gruppieren	Neuer Fall	
<b>Gruppierungsergebnis (G-DRG 2024)</b>				
MDC	21A			
DRG	W02A			
Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte				
PCCL	2			
Status: normales Grouping (GetDRG-Groupier 2024) (GetDRG V23.2.0.0)				
Verweildauer	aktuelle VWD: 20	1. Tag Abschlag: 7	1. Tag Zuschlag: 39	
	mittl. VWD (arith.): 22,9	untere GVWD: 8	obere GVWD: 38	
Bewertungsrelation (DRG)	Katalog-BWR (DRG): 7,92	eff. DRG-Bewertungsrelation: 7,92	(Zuschlag: 0)	
DRG-Entgelt	Basisentgelt: 33264,00 €	eff. DRG-Entgelt: 33264,00 €	(Zuschlag: 0,00 €, Basisfallwert: 4200 €)	
Pflege-Entgelt	Pflege BWR/Tag: 1,59	eff. Pflege-BWR (VWD=20): 31,8	eff. Pflege-Entgelt: 7314,00 € Pflegeentgeltwert: 230 €	
Summe Entgelte:	40578 €			
<b>Diagnosen (ICD-10-GM 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	CCL	
S02.0	Schädelachfraktur	J	0	gültig
S36.14	Mittelschwere Rißverletzung der Leber	N	0	gültig
S06.30	Umschriebene Hirn- und Kleinhirnverletzung, nicht näher bezeichnet	J	0	gültig
S27.31	Prellung und Hämatom der Lunge	J	0	gültig
S36.49	Verletzung: Sonstiger und mehrere Teile des Dünndarmes	N	0	gültig
D65.0	Erworbene Afibrinogenämie	J	3	gültig
<b>Prozeduren (OPS Version 2024)</b>				
Kode	Bezeichnung	Verwendet	OR/NOR	Amtlich
5-502.4	Anatomische (typische) Leberresektion: Bisegmentektomie [Lobektomie links] [Resektion der Segmente 2 und 3]	J	OP	5-502.4
5-454.10	Resektion des Dünndarmes: Segmentresektion des Jejunums: Offen chirurgisch	N	OP	5-454.10
8-148.0	Therapeutische Drainage von anderen Organen und Geweben: Peritonealraum	J	OP	8-148.0
8-810.jd	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat: 10,0 g bis unter 12,5 g	J	NOP	8-810.jd

Wird in diesem Beispiel weniger als 10 Gramm Fibrinogen transfundiert, resultiert die DRG W02B mit einem Gesamterlös von 24.858,40 Euro (ca. 15.720 Euro Erlösdifferenz).

## 4.11. WEITERE KOMPLIZIERENDE KONSTELLATIONEN

Die erworbene Afibrinogenämie (D65.0) ist zusammen mit der Gabe von Fibrinogen (> 10 Gramm, OPS 8-810.j-) in insgesamt acht Komplizierenden Konstellationen vergütungsrelevant; zusätzlich müssen weitere Kriterien in den jeweiligen DRGs gemäß Definitionshandbuch erfüllt sein.

Bereits an der Bezeichnung der Komplizierenden Konstellationen ist erkennbar, dass die Nummern 1 bis 6 in der unten dargestellten Aufzählung in bestimmten DRGs relevant sind. Beispielsweise betrifft die KK A13 ausschließlich die Beatmungs-DRG A13, bei der die Erfüllung der KK A13 in eine höher vergütete DRG führt.

Die KK II und KK I dagegen sind in vielen DRGs von Vergütungsrelevanz.

<b>1</b>	<b>Komplizierende Konstellationen A13</b>	(mit Beatmung > 499 Stunden oder Beatmung > 95 und < 500 Stunden) KK A13
<b>2</b>	<b>Komplizierende Konstellationen E77 2</b>	DRG E77 Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane
<b>3</b>	<b>Komplizierende Konstellationen F21 2</b>	Kreislaufkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder Komplizierender Konstellation
<b>4</b>	<b>Komplizierende Konstellationen G19</b>	Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum
<b>5</b>	<b>Komplizierende Konstellationen H78</b>	Bestimmte Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas
<b>6</b>	<b>Komplizierende Konstellationen KK W02</b>	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit Komplizierender Konstellation
<b>7</b>	<b>Komplizierende Konstellationen II KK II</b>	
<b>8</b>	<b>Komplizierende Konstellationen I KK I</b>	

Die Logik dieser Komplizierenden Konstellationen folgt der bereits oben ausführlicher dargestellten KK I in Bezug auf den Aufbau der Logiktabellen, die inhaltlichen Kriterien sind aber jeweils unterschiedlich. Mit der oben gegebenen Einführung zu den Komplizierenden Konstellationen ist es aber möglich, die Inhalte nachzuvollziehen.

Wir haben die Vergütungsmechanismen bei den Blutgerinnungsstörungen in dieser Broschüre in ihren Ausprägungen im DRG-System dargestellt. Die Mechanismen sind komplex und erschließen sich dem Kliniker nicht ohne intensive Beschäftigung mit den Interna des DRG-Systems. Es ist daher die vordringliche Aufgabe des Medizincontrollings, eine gute Dokumentation sicherzustellen, ohne die eine adäquate Kodierung der häufig recht komplexen Fälle nicht möglich ist.

## 5. ZUSATZENTGELT BEI DER GABE VON FIBRINOGENKONZENTRAT

Die Gabe von Fibrinogenkonzentrat ist bei allen Beispielen entsprechend der verabreichten Menge als OPS zusätzlich zu kodieren und bei **temporären Blutgerinnungsstörungen** als Zusatzentgelt (ZE2024-138) abzurechnen. Das Zusatzentgelt hat keinen bundesweit festgelegten Preis und ist durch jedes Krankenhaus individuell mit den Kostenträgern (Krankenkasse) zu verhandeln. Eine Übersicht über das Zusatzentgelt ZE2024-138 findet sich unten.

Nach § 5 Absatz 2 Satz 3 der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2024 ist für diese Zusatzentgelte das bisher krankhausindividuell vereinbarte Entgelt der Höhe nach bis zum Beginn des Wirksamwerdens der neuen Budgetvereinbarung weiter zu erheben.

Die jeweils zugehörigen ICD-Codes und ICD-Texte sind in Anlage 7 der Fallpauschalenvereinbarung 2024 aufgeführt.

## 5.1. GABE VON FIBRINOGENKONZENTRAT UND DOSISKLASSEN IM OPS ZUR ABRECHNUNG DES ZUSATZENTGELTES ZE2024-138

Im Folgenden findet sich eine Übersicht der **OPS-Codes zur Gabe von unterschiedlichen Dosierungen Fibrinogenkonzentrat**. Diese steuern jeweils das unbepreiste Zusatzentgelt „Gabe von Fibrinogenkonzentrat“ ZE2024-138 an (Tab. 2).

ZE	BEZEICHNUNG	OPS-CODE	OPS-TEXT
		8-810.J*	Transfusion von Plasmabestandteilen und gentechnisch hergestellten Plasmaproteinen: Fibrinogenkonzentrat
ZE2024-138 <sup>5</sup>	Gabe von Fibrinogenkonzentrat	8-810.j3	Bis unter 1,0 g
		8-810.j4	1,0 g bis unter 2,0 g
		8-810.j5	2,0 g bis unter 3,0 g
		8-810.j6	3,0 g bis unter 4,0 g
		8-810.j7	4,0 g bis unter 5,0 g
		8-810.j8	5,0 g bis unter 6,0 g
		8-810.j9	6,0 g bis unter 7,0 g
		8-810.ja	7,0 g bis unter 8,0 g
		8-810.jb	8,0 g bis unter 9,0 g
		8-810.jc	9,0 g bis unter 10,0 g
		8-810.jd	10,0 g bis unter 12,5 g
		8-810.je	12,5 g bis unter 15,0 g
		8-810.jf	15,0 g bis unter 17,5 g
		8-810.jg	17,5 g bis unter 20,0 g
		8-810.jh	20,0 g bis unter 25,0 g
		8-810.jj	25,0 g bis unter 30,0 g
		8-810.jk	30,0 g bis unter 35,0 g
		8-810.jm	35,0 g bis unter 40,0 g
		8-810.jn	40,0 g bis unter 50,0 g
		8-810.jp	50,0 g bis unter 60,0 g
8-810.jq	60,0 g bis unter 70,0 g		
8-810.jr	70,0 g bis unter 80,0 g		
8-810.js	80,0 g bis unter 90,0 g		
8-810.jt	90,0 g bis unter 100,0 g		
8-810.jv	100,0 g bis unter 120,0 g		
8-810.jw	120,0 g bis unter 160,0 g		
8-810.jz	160,0 g oder mehr		

Tabelle 2: Übersicht über das Zusatzentgelt ZE2024-138

**HINWEIS:** Gemäß den Vorgaben der Kodierrichtlinien darf nur die dem Patienten tatsächlich verabreichte Menge kodiert werden. Anfallender Verwurf ist nicht zu kodieren.

<sup>5</sup> Angaben gemäß dem DRG-Fallpauschalenkatalog 2024 ([www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20242](http://www.g-drg.de/ag-drg-system-2024/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-20242)) und der OPS Version 2024 (<https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmllops2024/index.htm>).

## FAKTOR

WENN EIN LEBEN VON  
**MINUTEN**  
ABHÄNGT, IST ES GUT, AUF  
**JAHRE**  
DER ERFAHRUNG ZU VERTRAUEN

### HAEMOCOMPLETTAN® P

- **Stoppt Blutungen:**  
schnell und zielgerichtet<sup>1</sup>
- **Definierter Fibrinogengehalt:**  
Vorteil gegenüber FFP
- **Flexibel:**  
Packungen mit 1g und 2g
- **Belegte Sicherheit:**  
über 35 Jahre Erfahrung<sup>2</sup>



[gerinnungsmanagement.de](https://www.gerinnungsmanagement.de)

**HAEMOCOMPLETTAN® P**  
Fibrinogen Concentrate



<sup>1</sup> Rahe-Meyer N, Sørensen B. Fibrinogen concentrate for management of bleeding. J Thromb Haemost 2011; 9: 1-5. <sup>2</sup> Rahe-Meyer et al., Critical Care 2023, 27(S1): P274.

**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 geburtshilf. 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 lebensbedrohli. 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 Placebogruppe): 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.

**CSL Behring**

Besuchen Sie  
unsere Websites 

[cslbehring.de](https://www.cslbehring.de)  
[haemocomplettan.de](https://www.haemocomplettan.de)

**CSL Behring GmbH**  
Philipp-Reis-Straße 2  
65795 Hattersheim

Medizinische Information:  
 +49 6190 75 84 810

 [medwiss@cslbehring.com](mailto:medwiss@cslbehring.com)