

Hinweise zu Kodierung und Vergütung

Extracorporeal Life Support (ECLS) & Extracorporeal Membrane Oxygenation (ECMO) Cardiohelp-, Cardiohelp II- und Rotaflow II-System

Update
2026



Die extrakorporale Membranoxygenierung (ECMO) bzw. extrakorporale Lebensunterstützung (ECLS) ist ein intensivmedizinisches Verfahren zur zeitlich begrenzten Unterstützung der Herz- und/oder Lungenfunktion bei Patient*Innen mit schwerem kardiorespiratorischem Versagen. Ziel der Therapie ist die Sicherstellung von Oxygenierung, CO₂-Elimination und Organperfusion, wenn konventionelle Behandlungsoptionen nicht ausreichen.

Je nach zugrunde liegender Indikation kommen unterschiedliche Therapieformen zum Einsatz. Die veno-venöse ECMO (vv-ECMO) dient der reinen Lungenunterstützung bei schwerer respiratorischer Insuffizienz, während die veno-arterielle ECMO (va-ECMO) sowohl Herz- als auch Lungenfunktion unterstützt, etwa bei kardiogenem Schock oder im Rahmen einer extrakorporalen kardiopulmonalen Reanimation (eCPR). Die Verfahren können als Überbrückung bis zur Erholung, zu weiterführenden Therapien oder zu definitiven Interventionen eingesetzt werden.

Für die Durchführung der extrakorporalen Unterstützung stehen unterschiedliche Systemkonzepte zur Verfügung. In der intensivmedizinischen Versorgung wird häufig das Cardiohelp- bzw. neu das Cardiohelp II-System eingesetzt, das durch seine kompakte Bauweise eine flexible Anwendung auch außerhalb des OP-Bereichs ermöglicht. Das Rotaflow-II-System findet demgegenüber überwiegend im intraoperativen Umfeld Anwendung, insbesondere im Zusammenhang mit herzchirurgischen Eingriffen.

Der vorliegende Kodierhinweis stellt die für ECMO- und ECLS-Verfahren relevanten OPS-Prozeduren sowie deren Wirkung auf die DRG-Gruppierung und Zusatzentgelte dar. Ziel ist es, MedizincontrollerInnen und Kodierverantwortlichen eine strukturierte Orientierung für die sachgerechte Abbildung dieser hochaufwendigen Therapien im aG-DRG-System 2026 zu geben.

Abkürzungsverzeichnis

| | | | | | |
|-------|---|-------|---|---------|---|
| BWR | Bewertungsrelation | | Problems - Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten | Prä-MDC | den MDCs vorgeschaltete Hauptdiagnosegruppe |
| BBFW | Bundesbasisfallwert | | | | |
| BfArM | Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte | InEK | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH | SAPS | Simplified Acute Physiology Score |
| CM | Case Mix | LBFW | Landesbasisfallwert | TISS | Therapeutic Intervention Scoring System |
| CMI | Case Mix Index | MD | Medizinischer Dienst (vormals Medizinischer Dienst der Krankenkassen) | VWD | Verweildauer |
| DRG | Diagnosis Related Groups – Diagnosebezogene Fallgruppen | | | ZE | Zusatzentgelt |
| DKR | Deutsche Kodierrichtlinien | MDC | Major Diagnostic Group – Hauptdiagnosegruppe | | |
| ECLS | Extracorporeal Life Support System | ND | Nebendiagnose | | |
| ECMO | Extrakorporale Membranoxygenierung | OPS | Operationen- und Prozedurenschlüssel | | |
| G-DRG | German Diagnosis Related Groups | PBWR | Pflege-Bewertungsrelation | | |
| HD | Hauptdiagnose | PCI | Percutaneous coronary intervention - Perkutane Koronarintervention | | |
| HLM | Herz-Lungen-Maschine | PECLA | Pumpenlose Extrakorporale Membranoxygenierung | | |
| IABP | Intraaortale Ballonpumpe | | | | |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health | | | | |

Relevante Prozeduren

Die im Detail unterschiedlichen therapeutischen Anwendungsbereiche der Unterstützungssysteme spiegeln sich im OPS-Katalog[1] wider. Je nachdem, welche Form der extrakorporalen Unterstützung stattfindet, kommen Prozeduren aus unterschiedlichen OPS-Gruppen zum Einsatz. Die mit dem Einsatz des Cardiohelp-, Cardiohelp II oder Rotaflow II-Systems in Frage kommenden Bereiche stellen wir Ihnen im Folgenden vor.

Veno-Venöse extrakorporale Membranoxygenisierung (ECMO) ohne Herzunterstützung

- 8-852.00 Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden
- 8-852.01 Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden
- 8-852.03 Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden
- 8-852.04 Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden
- 8-852.05 Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden
- 8-852.06 Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden
- 8-852.07 Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden
- 8-852.08 Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden
- 8-852.09 Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden
- 8-852.0b Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden
- 8-852.0c Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden
- 8-852.0d Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden
- 8-852.0f Dauer der Behandlung 1.152 bis unter 1.344 Stunden
- 8-852.0g Dauer der Behandlung 1.344 bis unter 1.536 Stunden
- 8-852.0h Dauer der Behandlung 1.536 bis unter 1.728 Stunden
- 8-852.0j Dauer der Behandlung 1.728 bis unter 1.920 Stunden

Lungenunterstützung

Handelt es sich um eine ausschließlich respiratorische Unterstützung findet ein OPS-Kode der Gruppe 8-852.0* Anwendung. Die sechste Stelle des Kodes bestimmt sich nach der Anwendungsdauer. In 2024 wurden weitere OPS-Kodes in den Katalog aufgenommen, sodass die Anwendungsdauer nun bis zu 4.032 Stunden differenziert kodiert werden können.

- 8-852.0k Dauer der Behandlung 1.920 bis unter 2.112 Stunden
- 8-852.0m Dauer der Behandlung 2.112 bis unter 2.304 Stunden
- 8-852.0n Dauer der Behandlung 2.304 bis unter 2.496 Stunden
- 8-852.0p Dauer der Behandlung 2.496 bis unter 2.688 Stunden
- 8-852.0q Dauer der Behandlung 2.688 bis unter 2.880 Stunden
- 8-852.0r Dauer der Behandlung 2.880 bis unter 3.072 Stunden
- 8-852.0s Dauer der Behandlung 3.072 bis unter 3.264 Stunden
- 8-852.0t Dauer der Behandlung 3.264 bis unter 3.456 Stunden
- 8-852.0u Dauer der Behandlung 3.456 bis unter 3.648 Stunden
- 8-852.0v Dauer der Behandlung 3.648 bis unter 3.840 Stunden
- 8-852.0w Dauer der Behandlung 3.840 bis unter 4.032 Stunden
- 8-852.0z Dauer der Behandlung 4.032 oder mehr Stunden

Herz- und Lungenunterstützung

Bei einem veno-arteriellen Einsatz, also zur Unterstützung der Lungen- und Herzfunktion, ist ein Kode aus der Gruppe 8-852.3* anzuwenden. Auch hier findet eine Differenzierung nach Anwendungsdauer statt:

Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine

| | |
|----------|--|
| 8-852.30 | Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden |
| 8-852.31 | Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden |
| 8-852.33 | Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden |
| 8-852.34 | Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden |
| 8-852.35 | Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden |
| 8-852.36 | Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden |
| 8-852.37 | Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden |
| 8-852.38 | Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden |
| 8-852.39 | Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden |
| 8-852.3b | Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden |
| 8-852.3c | Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden |
| 8-852.3d | Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden |
| 8-852.3e | Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden |

Prä-ECMO-Therapie

8-852.1 Prä-ECMO-Therapie

In dieser OPS-Gruppe ist zudem auch der Kode 8-852.1 Prä-ECMO-Therapie angesiedelt. Mit Hilfe dieses OPS ist es möglich die Bereitstellung der einsatzbereiten Geräte für die Durchführung einer ECMO-Therapie oder einer minimalisierten Herz-Lunge-Maschine zu dokumentieren, ohne dass diese zur Anwendung gekommen ist. Da bei kritisch kranken Patient*Innen und Patienten unter Umständen ein äußerst schnelles Umsteigen auf die extrakorporale Unterstützung notwendig werden kann, wird für solche Situationen in der Regel eine einsatzbereite Cardiohelp vorgehalten.

Stellt sich deren Einsatz letztlich als nicht notwendig heraus, ist durch die Bereitstellung, insbesondere den Einsatz von Verbrauchsmaterialien, ein Aufwand entstanden, der mit diesem Kode abgebildet werden soll. Der Prä-ECMO-Kode entfaltet eine ähnliche Gruppierungsrelevanz wie die tatsächliche Anwendung des Systems und kann ebenfalls zu einer Höhergruppierung führen. Die Abrechnung des ZEs ist ohne tatsächliche Durchführung der Therapie jedoch nicht möglich. Besonders wichtig ist, bei betreffenden Fällen die Faktoren, durch die eine Vorhaltung patientenindividuell begründet ist, ausreichend zu dokumentieren.

Rechtsherz-Unterstützung

Unter Einsatz spezieller Kanülen ist auch eine reine Rechtsherzunterstützung möglich. Dabei werden die Kanülen im rechten Vorhof sowie in der Pulmonalarterie platziert. Zur Kodierung wird dann ein OPS-Kode der Gruppe 8-852.6* verwendet.

Anwendung eines ECMO-Moduls mit Kanülen im rechten Vorhof und in der Pulmonalarterie (RA-PA-ECMO-Modul) bei Rechtsherz-Unterstützung

| | |
|----------|--|
| 8-852.60 | Dauer der Behandlung bis unter 48 Stunden |
| 8-852.61 | Dauer der Behandlung 48 bis unter 96 Stunden |
| 8-852.63 | Dauer der Behandlung 96 bis unter 144 Stunden |
| 8-852.64 | Dauer der Behandlung 144 bis unter 192 Stunden |
| 8-852.65 | Dauer der Behandlung 192 bis unter 240 Stunden |
| 8-852.66 | Dauer der Behandlung 240 bis unter 288 Stunden |
| 8-852.67 | Dauer der Behandlung 288 bis unter 384 Stunden |
| 8-852.68 | Dauer der Behandlung 384 bis unter 480 Stunden |
| 8-852.69 | Dauer der Behandlung 480 bis unter 576 Stunden |
| 8-852.6b | Dauer der Behandlung 576 bis unter 768 Stunden |
| 8-852.6c | Dauer der Behandlung 768 bis unter 960 Stunden |
| 8-852.6d | Dauer der Behandlung 960 bis unter 1.152 Stunden |
| 8-852.6e | Dauer der Behandlung 1.152 oder mehr Stunden |

Zusatzkodes

Bezüglich der Anlage und Entfernung des Cardiohelp Systems muss keine zusätzliche Kodierung vorgenommen werden, sofern es sich um eine perkutane Implantation handelt. Diese ist in den Kodes der Gruppe 8-852 enthalten.

Wird die Implantation (und die Entfernung von Kanülen) jedoch offen chirurgisch vorgenommen, wird ein zusätzlicher Kode aus der Gruppe 5-37b benötigt. Die OPS-Kodes dieser Gruppe differenzieren an fünfter und sechster Stelle nach Eintrittsstelle und Anzahl der Kanülen:

Offen chirurgische Implantation und Entfernung von Kanülen für die Anwendung eines extrakorporalen (herz- und) lungenunterstützenden Systems mit Gasaustausch

| | |
|---------|--|
| 5-37b.0 | Offen chirurgische Implantation in das Herz und/oder zentrale Gefäße mit Zugang über Sterno- oder Thorakotomie |
| .00 | 1 Kanüle |
| .01 | 2 Kanülen |
| .02 | 3 oder mehr Kanülen |
| 5-37b.1 | Offen chirurgische Implantation in periphere Gefäße ohne Gefäßprothese über Freilegung des Gefäßes |
| .10 | 1 Kanüle |
| .11 | 2 Kanülen |
| .12 | 3 oder mehr Kanülen |
| 5-37b.2 | Offen chirurgische Implantation in periphere Gefäße mit Gefäßprothese über Freilegung des Gefäßes |
| .20 | 1 Kanüle |
| .21 | 2 Kanülen |
| .22 | 3 oder mehr Kanülen |
| 5-37b.3 | Offen chirurgische Entfernung |
| .30 | 1 Kanüle |
| .31 | 2 Kanülen |
| .32 | 3 oder mehr Kanülen |

Ein weiterer Zusatzcode wird benötigt, sofern ein doppelumiger Katheter zum Einsatz kommt:

| | |
|---------|---|
| 8-852.4 | Anwendung eines doppelumigen Katheters als Kanüle |
|---------|---|

Leider werden zusätzlich notwendige Interventionen, die in einem direkten Zusammenhang mit der kodierten Prozedur stehen, im OPS-Katalog nicht immer einheitlich gehandhabt. Dies ist sicherlich aufgrund der stetigen Weiterentwicklung medizinischer Verfahren und der sich dann ergebenden Notwendigkeit zur Abbildung der veränderten Verfahren in dem bestehenden Katalog nicht immer möglich.

Regelmäßige Anpassungen und Änderungen im OPS-Katalog sind deshalb notwendig. Wir empfehlen Ihnen, sich mit den jeweils neuesten Katalogversionen vertraut zu machen, sobald diese vom BfArM veröffentlicht werden.

Intraoperativer Einsatz

Die bisher angesprochenen OPS-Kodes beziehen sich auf die Anwendungen im Rahmen einer intensiv- oder notfallmedizinischen Versorgung, die häufig unter Einsatz des Cardiohelp - oder Cardiohelp II- Systems durchgeführt werden. Die intraoperative Herz-Lungen-Unterstützung stellt einen weiteren Anwendungsbereich der Unterstützungssysteme dar, in dem neben dem Cardiohelp System auch das Rotaflow II-System häufig zum Einsatz kommt.

In der Regel ist der Einsatz einer HLM (Herz-Lungen-Maschine) in den jeweiligen Kodes der operativen Prozeduren bereits enthalten. Ergänzend findet in diesen Fällen eine zusätzliche Kodierung nur dann statt, wenn es sich um einen Eingriff in tiefer oder profunder Hyperthermie handelt.

Es gibt jedoch auch Konstellationen, bei denen eine zusätzliche Kodierung notwendig ist, auch wenn das genannte Kriterium der tiefen oder profunden Hyperthermie nicht erfüllt ist. Dies ist dann der Fall, wenn es sich um einen operativen Eingriff handelt, der üblicherweise ohne den Einsatz einer HLM durchgeführt wird. Die Anwendung einer extrakorporalen Unterstützung ist dann - unabhängig von der erreichten Körpertemperatur - zu kodieren. Die Kodes der Gruppe 8-851 weisen hierzu noch weitere Temperaturabstufungen abgesehen von der tiefen bzw. profunden Hypothermie aus.

Ob es sich um einen Eingriff handelt, der aus Sicht des OPS-Katalogs üblicherweise unter Einsatz einer HLM durchgeführt wird, ist aus den Hinweisen zu den jeweiligen OPS-Kodes des operativen Eingriffs ersichtlich.

Ist die Kodierung des intraoperativen HLM-Einsatz aus einem der eben erläuterten Gründe angezeigt, stehen die nachfolgenden OPS-Kodes zur Verfügung. Zur Auswahl des korrekten Kodes wird die niedrigste, während des Eingriffs gemessene Körpertemperatur herangezogen.

Operativer äußerer Kreislauf (bei Anwendung der Herz-Lungen-Maschine)

| | |
|---------|--|
| 8-851.0 | Mit Normothermie (mehr als 35 °C) |
| .00 | Ohne intraaortale Ballonokklusion |
| .01 | Mit intraaortaler Ballonokklusion |
| 8-851.1 | Mit milder Hypothermie (32 bis 35 °C) |
| .10 | Ohne intraaortale Ballonokklusion |
| .11 | Mit intraaortaler Ballonokklusion |
| 8-851.3 | Mit moderater Hypothermie (26 bis unter 32 °C) |
| .30 | Ohne intraaortale Ballonokklusion |
| .31 | Mit intraaortaler Ballonokklusion |
| 8-851.4 | Mit tiefer Hypothermie (20 bis unter 26 °C) |
| .40 | Ohne intraaortale Ballonokklusion |
| .41 | Mit intraaortaler Ballonokklusion |
| 8-851.5 | Mit profunder Hypothermie (unter 20 °C) |
| .50 | Ohne intraaortale Ballonokklusion |
| .51 | Mit intraaortaler Ballonokklusion |
| 8-851.x | Sonstige |
| 8-851.y | N. n. bez. |

Die Anwendungsdauer der Herz-Lungen-Maschine ist bei einem intraoperativen Einsatz nicht relevant, d.h. ein Kode der Gruppe 8-852 kommt hier nicht zur Anwendung, sodass auch keine Abrechnung des Zusatzentgelts möglich ist. Reicht die extrakorporale Unterstützung über den intraoperativen Einsatz hinaus, würde dies eine eigenständige Behandlungsepisode einleiten und wäre wie oben erläutert mit der Anwendungsdauer zu kodieren.

Wirkung auf die DRG-Gruppierung

Bei Eingriffen, die üblicherweise unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine (HLM) und nicht in tiefer oder profunder Hypothermie durchgeführt werden, ist die Anwendung der HLM bereits Bestandteil des jeweiligen operativen Prozedurenkodes und wird nicht separat kodiert. Der Einfluss auf die DRG-Gruppierung ergibt sich in diesen Fällen ausschließlich aus dem Kode des operativen Eingriffs.

Außerhalb des intraoperativen Einsatzes kommt die extrakorporale Unterstützung überwiegend bei Patient*Innen zur Anwendung, die im Verlauf ihres stationären Aufenthalts intensivmedizinisch behandelt und häufig auch invasiv beatmet werden. Beatmungstunden und gegebenenfalls eine intensivmedizinische Komplexbehandlung haben dabei einen wesentlichen Einfluss auf die DRG-Zuordnung und führen häufig, jedoch nicht ausschließlich, zur Gruppierung in DRGs der Prä-MDC (A-DRGs).

Die Auswertung der §21-Leistungsdaten aus dem Jahr 2024 zeigt, dass der Anteil der Fälle mit vv- oder va-ECMO, die einer A-DRG zugeordnet werden, im Systemjahr bei etwas über 50 % liegt. Damit verteilt sich ein relevanter Anteil der Behandlungsfälle auch auf DRGs anderer MDC-Gruppen, insbesondere aus dem Bereich der Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (F-DRGs). Die DRG-Zuordnung ist somit weniger durch die ECMO-Therapie allein bestimmt, sondern ergibt sich aus der Gesamtkonstellation von Beatmungsdauer, intensivmedizinischem Aufwand, Hauptdiagnose und weiteren Prozeduren.

Auffällig ist zudem, dass im Fallpauschalen-Katalog 2026 alle der zehn häufigsten DRGs, in die Fälle mit vv- oder va-ECMO eingruppiert werden, eine Absenkung der Bewertungsrelationen gegenüber dem Vorjahr aufweisen. Dies unterstreicht, dass sich trotz unveränderter Kodier- und Gruppierungslogik eine systematische Bewertungsverschiebung für diese hochaufwendigen intensivmedizinischen Behandlungsfälle ergibt. Die nachfolgende Tabelle stellt die TOP-10-DRGs mit ECMO-Bezug sowie die Veränderungen der Bewertungsrelationen von 2025 auf 2026 dar (ohne Berücksichtigung der Pflege-BWR).

| DRG | Bezeichnung | BWR 2025 | BWR 2026 | Abw. BWR 2025 / 26 in % |
|-------------|--|----------|----------|-------------------------|
| A13B | Beatmung > 95 Std mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und kompliz. Konstellation oder (...) | 7,951 | 7,816 | -1,70% |
| A13D | Beatmung > 95 Std mit komplexer OR-Prozedur, Alter > 5 Jahre oder mit IntK > - / 828 / - Punkte oder kompl. OR-Prozedur oder (...) | 6,023 | 5,842 | -3,01% |
| A09B | Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., (...) | 15,150 | 14,405 | -4,92% |
| A09A | Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer ORProzedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten (...) | 22,163 | 22,110 | -0,24% |
| A13A | Beatmung > 95 Std mit hochkompl. Eingriff oder mit IntK > 1176 / 1380 / - P oder mit kompl. OR-Prozedur oder (...) | 11,444 | 11,204 | -2,10% |
| F36B | Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsys. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Eingr. od. > - / 552 / 552 P. (...) | 10,834 | 10,302 | -4,91% |
| A11C | Beatmung > 249 Std oder > 95 Std mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation | 9,839 | 9,610 | -2,33% |
| A11A | Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. ORProzedur (...) | 18,101 | 17,928 | -0,96% |
| F03A | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation | 8,983 | 8,776 | -2,3% |
| A11E | Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre (...) | 6,704 | 6,646 | -0,87% |

Tabelle 1: Top-10-DRGs, in die Behandlungsfälle beim Einsatz einer vv- oder va-ECMO eingruppiert werden (keine abschließende Auflistung), Vergleich der Bewertungsrelationen 2025 zu 2026

Neben der direkten Gruppierungsrelevanz wirken die kodierten Prozeduren in verschiedenen Gruppierungsfunktionen, die den Schweregrad einer DRG beeinflussen können. Über diese Funktionen entfaltet der Einsatz extrakorporaler Unterstützungssysteme auch Wirkung auf weitere DRGs, insbesondere innerhalb der MDC Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems (F-DRGs).

Für die Zuordnung zu einer DRG der Prä-MDC ist jedoch regelmäßig das Vorliegen zusätzlicher Kriterien erforderlich, insbesondere Beatmungszeiten und/oder eine intensivmedizinische Komplexbehandlung. Der isolierte Einsatz eines ECMO- oder ECLS-Systems ist für sich genommen in der Regel nicht ausreichend, um eine Gruppierung in eine A-DRG auszulösen. Die Auswertung der (§21-)Leistungsdaten zeigt jedoch, dass diese Voraussetzungen in der überwiegenden Zahl der Behandlungsfälle gemeinsam erfüllt sind, sodass die extrakorporale Unterstützung häufig im Kontext komplexer intensivmedizinischer Behandlungskonstellationen zum Einsatz kommt ^[2].

Kodierbeispiel

Aus dem folgenden Fallbeispiel ist die Gruppierungsrelevanz der Prozeduren ersichtlich. Es beschreibt einen erwachsenen Patienten, der aufgrund einer respiratorischen Insuffizienz in Folge einer Pneumonie stationär behandelt wird. Während des Aufenthalts von 40 Tagen wird der Patient 510 Stunden beatmet. Aufgrund dieser Parameter erfolgt eine Eingruppierung des Falls in die Basis-DRG A09 „Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte“. Auf die Darstellung weiterer Nebendiagnosen und Prozeduren wurde bewusst verzichtet, das Beispiel soll lediglich zur Verdeutlichung der Gruppierungsrelevanz dienen und hat nicht den Anspruch eine echte Fallkonstellation nachzustellen.

Innerhalb der Basis-DRG A09 ergibt sich durch die ECMO-Prozeduren – je nachdem welche weiteren Leistungen für den Patienten erbracht wurden - an mehreren Stellen das Potenzial zur Erhöhung des Schweregrads.

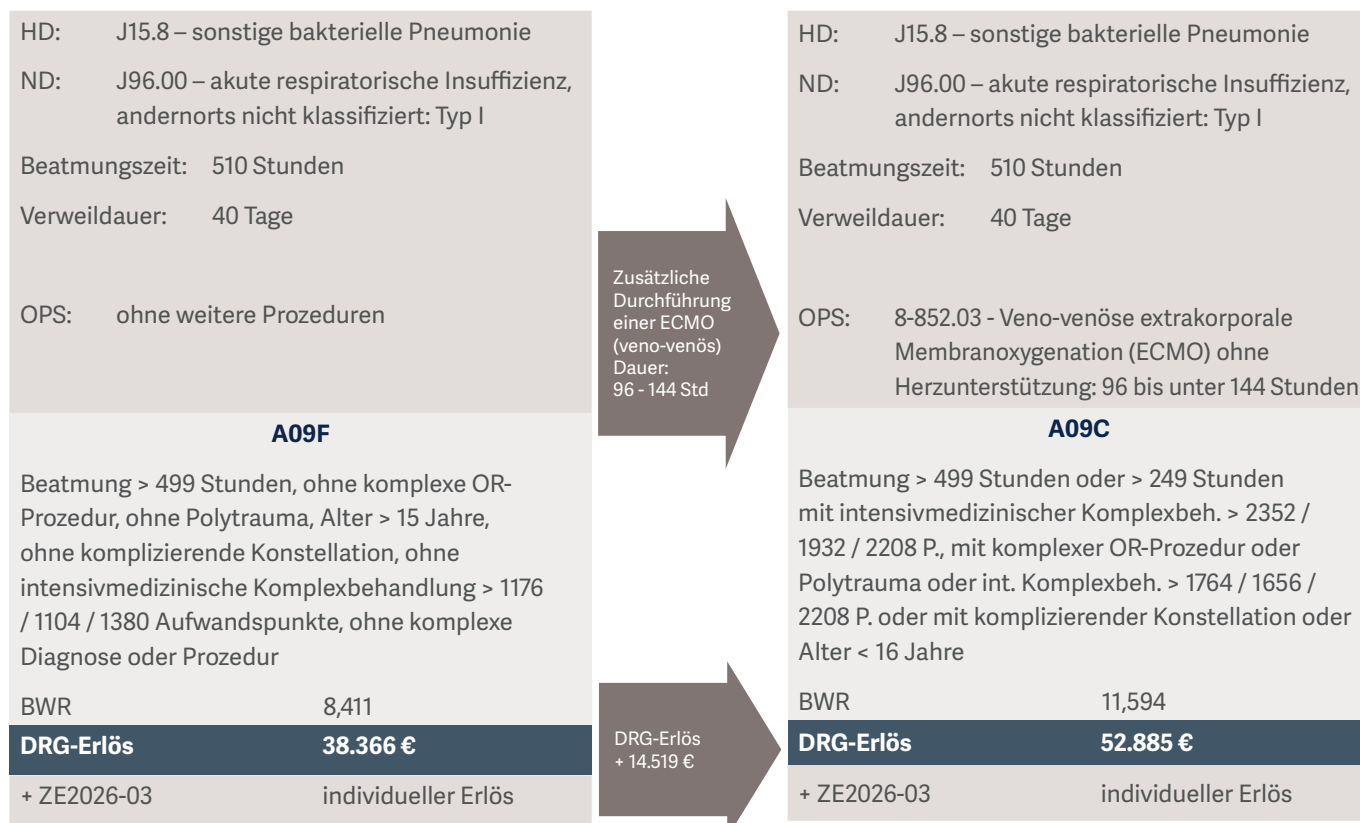


Abbildung 1: Vereinfachtes Beispiel zur Gruppierungsrelevanz einer ECMO-Therapie. DRG-Angaben aus dem Fallpauschalen-Katalog 2026 ^[9]. Die Berechnung der DRG-Erlöse erfolgte mit einem fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.561,37 €. Gemäß der ab dem 1. Januar 2021 gelten Fassung des § 10 KHEntgG wird der BBFW erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung. Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Intensivmedizinische Komplexbehandlung

Zur differenzierten Abbildung von besonders aufwendigen intensivmedizinischen Fällen, die mit Hilfe der üblichen Splitt-Kriterien wie durchgeführte Prozeduren oder Nebendiagnosen nicht ausreichend beschrieben werden können, erfolgt die Erfassung von intensivmedizinischen Aufwandspunkten. Hierzu werden für Patient*Innen und Patienten täglich der SAPS II (Simplified Acute Physiology Score) sowie zehn Parameter aus dem TISS-28 (Therapeutic Intervention Scoring System) ermittelt. Die über den gesamten Intensivaufenthalt aufsummierten Punkte führen zur Kodierung eines entsprechenden OPS-Kodes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung. Es werden drei OPS-Gruppen unterschieden:

- 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung
- 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung
- 8-98d Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter

Für die Kodierung der intensivmedizinischen Komplexbehandlungen sind zwingend die jeweiligen Struktur- und Mindestmerkmale zu erfüllen. Diese müssen seit 2022 vor Berücksichtigung in der Abrechnung vom Medizinischen Dienst geprüft und bescheinigt werden. Weitere Informationen hierzu finden Sie auch in unserer Broschüre zum erweiterten hämodynamischen Monitoring, im Rahmen derer wir auch auf die Intensivmedizinische Komplexbehandlung eingehen.

Die Anwendung extrakorporaler Unterstützungssysteme ist bei der Ermittlung der intensivmedizinischen Aufwandspunkte zu berücksichtigen. Die Anlage einer ECMO oder ECLS ist als spezielle Intervention auf der Intensivstation zu werten ^[4] und im Rahmen des TISS-10-Score mit 5 Punkten bewertet.

Zusatzentgelt

Neben der DRG ist zusätzlich die Abrechnung eines Zusatzentgelts bei Anwendung extrakorporaler Unterstützungssysteme möglich. Im Jahr 2026 handelt es sich unverändert um das Entgelt ZE2026-03 ECMO und PECLA, für welches ein individueller Preis zwischen Krankenhaus und Kostenträgern vereinbart werden muss. Das ZE gilt für insgesamt drei Verfahren. Dazu zählen sowohl die beiden Verfahren der extrakorporalen Lungenunterstützung ECMO und PECLA, als auch die Anwendung einer minimalisierten Herz-Lungen-Maschine. Um das ZE auszulösen, müssen die OPS-Kodes der jeweiligen Verfahren kodiert werden.

Die genaue Ausgestaltung der ZE-Vereinbarung liegt bei

den Vertragsparteien. Je nachdem, welche Therapien durch das Krankenhaus angeboten werden, ist die Vereinbarung unterschiedlicher ZEs sinnvoll. In jedem Fall sollte eine Differenzierung nach Anwendungsdauer vorgenommen werden. Dabei ist es sinnvoll sich an den Zeitspannen der OPS-Kodes zu orientieren. Diese müssen jedoch nicht zwingend vollständig übernommen werden.

Wie differenziert eine Vereinbarung ausgestaltet ist, hängt von den Gegebenheiten des vereinbarenden Krankenhauses ab und sollte individuell geprüft werden. Es ist zu empfehlen, die eigenen Leistungen genau zu analysieren, um eine angepasste ZE-Vereinbarung für den Einsatz der Unterstützungssysteme zu erreichen.

Im Detail können dabei verschiedene Parameter die Kosten eines Falls beeinflussen und müssen daher in die Überlegungen für die Kalkulation mit einbezogen werden. Die Anwendungsdauer des Cardiohelp -, Cardiohelp II- oder Rotaflow II-Systems steht dabei meist im Mittelpunkt, wobei deren Einflussfaktoren vielfältig sein können. In die Kalkulation können unter anderem folgende Aspekte einfließen:

- Versorgungsstufe und Behandlungstiefe des Krankenhauses In Häusern mit notfall- oder intensivmedizinischer Grundversorgung erfolgt der Einsatz extrakorporaler Unterstützung häufig initial und zeitlich begrenzt. Bei absehbar längerer Therapiedauer werden Patient*Innen in der Regel in spezialisierte Zentren verlegt. Unter diesen Voraussetzungen sind eher geringe Fallzahlen und kurze Anwendungsdauern zu erwarten, sodass eine Differenzierung nach sehr langen Laufzeiten im Rahmen der ZE-Verhandlung nicht zwingend erforderlich sein muss.
- Spezialisierte Intensivversorger und ECMO-Zentren Krankenhäuser mit umfangreicher intensivmedizinischer Versorgung oder einem spezialisierten Schwerpunkt in der Herz- und Lungenunterstützung weisen typischerweise höhere Fallzahlen und eine längere durchschnittliche Anwendungsdauer auf. Diese Strukturmerkmale sollten sich in der ZE-Kalkulation und gegebenenfalls auch in einer zeitlichen Staffelung der Entgelte widerspiegeln.
- Interklinische Unterstützung und Transportkonzepte Werden andere Krankenhäuser im regionalen Umfeld unterstützt – etwa durch die Anlage des Systems vor Ort oder durch die Transportbegleitung unter laufender extrakorporaler Unterstützung – entsteht zusätzlicher Personal- und Sachaufwand. Insbesondere der Einsatz des kompakten Cardiohelp- und Cardiohelp-II-Systems ermöglicht den Transport von Patient*Innen unter fortgeführter Herz- und/oder Lungenunterstützung. Die hierbei entstehenden Mehrkosten sollten bei der ZE-Kalkulation berücksichtigt werden.
- Telemedizinische Leistungen und Kooperationsstrukturen

- Bei komplexen intensivmedizinischen Therapien wie der ECMO-Behandlung kommen zunehmend telemedizinische Beratungs- und Kooperationsmodelle zum Einsatz. Hierdurch können zusätzliche Kosten für Hard- und Software, aber auch für ärztliche und nichtärztliche Personalkapazitäten entstehen, etwa im Rahmen interdisziplinärer Fallbesprechungen.
- Wechselintervalle von Verbrauchsmaterialien Ein wesentlicher Kostenfaktor ist die Ermittlung der Wechselzeiten von Oxygenatoren und Materialkits. Die tatsächliche Laufzeit eines Oxygenators kann im individuellen Fall erheblich variieren und wird unter anderem durch Antikoagulation, Traumata oder Transfusionsbedarf beeinflusst. Für eine sachgerechte ZE-Kalkulation ist es daher entscheidend, das eigene Patientenspektrum zu analysieren und die realen Wechselintervalle regelmäßig auszuwerten.
- Materialverwurf und Vorhaltungskosten Zu prüfen ist zudem, ob und in welchem Umfang Materialverwurf entsteht. Wird ein System patientenbezogen vorbereitet, ohne dass es letztlich zum Einsatz kommt, kann dies über den OPS-Kode 8-852.1 (Prä-ECMO-Therapie) abgebildet werden. Unabhängig davon werden auf Intensivstationen häufig einsatzbereite Systeme ohne konkreten Patientenbezug vorgehalten, um im Bedarfsfall eine sofortige Therapie zu ermöglichen. Entstehen hierdurch relevante Kosten für nicht verwendetes Material, sollten diese in der Kalkulation berücksichtigt werden.

Bei den genannten Punkten handelt es sich um keine abschließende Aufstellung. Denkbar sind eine Reihe weiterer Einflussfaktoren, die allerdings nur durch die Analyse der krankenhausesindividuellen Situation zu ermitteln sind.

Ergänzend sind auch allgemeine Fragestellungen zu berücksichtigen, die für die Kalkulation von Zusatzentgelten insgesamt relevant sind, beispielsweise:

- In welchem Funktionsbereich findet das Verfahren typischerweise statt? Welches Personal ist dabei in welchem Umfang involviert? Vor dem Hintergrund der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist hier besonders die Abgrenzung zwischen Pflegedienst und anderen Berufsgruppen, etwa der Kardiotechnik, von Bedeutung.
- Entsteht zusätzlicher Sachaufwand (abgesehen von den eigentlichen Materialkits)?
- Verursachen tägliche Routinen einen Mehraufwand? Welches Personal ist dabei involviert?

Weitere allgemeine Hinweise zur Kalkulation von Zusatzentgelten finden Sie auch in unserer Broschüre „Allgemeine Informationen zum G-DRG-System“. Gerne unterstützen wir Sie darüber hinaus bei der Analyse Ihrer krankenhausesindividuellen Situation und bei der Vorbereitung von ZE-Verhandlungen.

Rechtliche Hinweise

Die Ausführungen und Erläuterungen in dieser Broschüre zu Getinge Produkten dienen lediglich als Orientierungshilfe hinsichtlich der Vergütungssituation in der stationären Versorgung in Deutschland.

Die Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Für die Inhalte, insbesondere zu Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität kann jedoch keine Haftung und Gewähr übernommen werden. Die einschlägigen gesetzlichen Grundlagen, Regelungen und Vereinbarungen werden in dieser Broschüre nicht vollständig dargestellt und unterliegen zudem fortlaufenden Änderungen, sodass die hier bereitgestellten Informationen nicht das Studium dieser Vorschriften ersetzen können. Die Broschüre soll lediglich als Hilfestellung im Rahmen der Abrechnung dienen.

Wir weisen außerdem darauf hin, dass es sich bei den in der Broschüre dargestellten DRGs, Fall-

und Gruppierungsbeispielen nur um vereinfachte Darstellungen handelt. Zur besseren Verständlichkeit wurden Konstellationen angenommen, die sich auf vergleichsweise wenige Parameter beziehen (z. Bsp. Hauptdiagnose, einzelne Prozeduren). Eine Allgemeingültigkeit ist aus den dargestellten Beispielen nicht ableitbar. Bei Kodierung weiterer Diagnosen oder Prozeduren sind insbesondere abweichende Gruppierungsergebnisse möglich. Die Abrechnung von Leistungen und Produkten ist daher in jedem Fall gesondert zu überprüfen.

Die individuelle therapeutische Entscheidung in Bezug auf die Auswahl medizinischer Verfahren und Medizinprodukten soll ausdrücklich unberührt bleiben. Auch die Einhaltung aller im Zusammenhang mit der Anwendung der Produkte stehenden Vorschriften ist vom Anwender zu berücksichtigen.

Quellenangaben

[1] BfArM (Hrsg.) (2025); OPS Version 2026, Systematisches Verzeichnis, Operationen- und Prozedurenschlüssel, Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS), Stand: 17.10.2025; URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2026/index.htm> [zuletzt aufgerufen am 20.01.2026]

[2] InEK (Hrsg.) (2025); InEK DatenBrowser - Datenlieferung DRG 2024 gruppiert nach 2025; URL: <https://datenbrowser.inek.org/> [zuletzt aufgerufen am 20.01.2026]

[3] InEK (Hrsg.) (2025); Fallpauschalen-Katalog 2026; URL: <https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026/fallpauschalen-katalog/fallpauschalen-katalog-2026> [zuletzt aufgerufen am 20.01.2026]

[4] BfArM (Hrsg.) (o. J.); Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen; URL: <https://klassifikationen.bfarm.de/ops/kode-suche/htmlops2025/zusatz-06-anh-aufwandspunkte-intensivmedizin-erwachsene.htm> [zuletzt aufgerufen am 20.01.2026]

Diese Informationen richten sich ausschließlich an medizinisches Fachpersonal oder andere Fachkreise und dienen nur zu Informationszwecken, erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit und sollten daher nicht als Ersatz für die Gebrauchsanweisung, das Servicehandbuch oder medizinischen Rat herangezogen werden. Getinge trägt keine Verantwortung oder Haftung für Handlungen oder Unterlassungen einer Partei, die auf diesem Material basiert und Risiken trägt ausschließlich der Benutzer.

Möglicherweise sind die genannten Therapien, Lösungen oder Produkte in Ihrem Land nicht verfügbar oder erlaubt. Ohne schriftliche Genehmigung von Getinge dürfen die Informationen weder ganz noch teilweise kopiert oder verwendet werden. Die geäußerten Ansichten, Meinungen und Behauptungen sind ausschließlich die der Befragten und spiegeln nicht unbedingt die Ansichten von Getinge wider.

Ihren lokalen Getinge-Vertriebspartner finden Sie unter der folgenden Adresse:

Getinge Deutschland GmbH • Kehler Str. 31 · 76437 Rastatt • Deutschland • +49 7222 932-0 • info.vertrieb@getinge.com

Getinge Österreich GmbH • Lemböckgasse 49 • 1230 Wien • Österreich • +43 1 8651487-0 • info-at@getinge.com

Getinge Schweiz AG • Quellenstrasse 41B · 4310 Rheinfelden · Schweiz • +41 61 836 47 70 • info@getinge.ch

Besuchen Sie unser Experience Center:

Getinge Experience Center Frankfurt · De-Saint-Exupéry-Straße 10 · 60549 Frankfurt am Main · Deutschland · gec.frankfurt@getinge.com

www.getinge.de

GETINGE 