Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

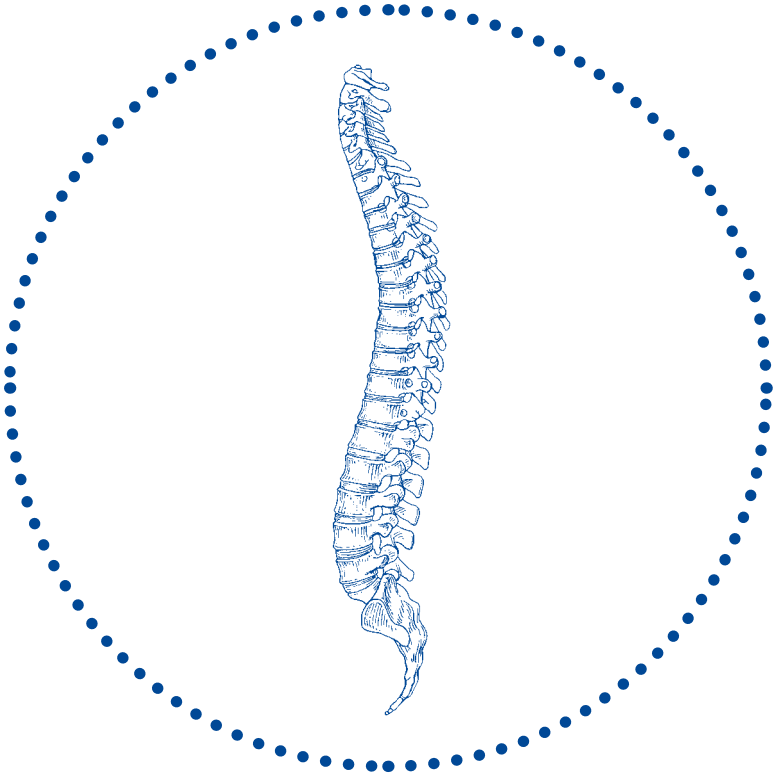
Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung 2023

Wirbelsäulenerkrankungen



Medtronic

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir bewegen uns in einem zunehmend komplexer werdenden Umfeld. Der jährliche Aktualisierungsprozess des zwischenzeitlich vielfach kritisierten aG-DRG-Systems wird begleitet von zum Teil gravierenden Umbauten in der Struktur und Finanzierung unseres Gesundheitssystem. Die Auseinandersetzung und sorgsame Berücksichtigung der damit verbundenen Änderungen stellt unter der wachsenden Arbeitsbelastung aller Akteure im Gesundheitswesen eine wesentliche Belastung dar.

Das Vermögen, für Fragestellungen in Bezug auf die Finanzierung unserer Produkte und Therapien Antworten zu finden, ist eine der größten Verantwortungen im steten Wandel der Gesundheitssysteme.

Wir würden uns sehr freuen, Ihnen mit dieser Übersicht eine Hilfestellung für die Planung und den täglichen Umgang mit den wesentlichen aG-DRG-Abbildungsinformationen und Änderungen bei den Finanzierungssystemen des deutschen Gesundheitssystem, insbesondere im Hinblick auf unsere Verfahren bereitstellen zu können.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Andreas Witthohn
Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie/Sozialmedizin
Senior Manager Reimbursement & Health Economics

! Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt **mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.000,00 €**. Gemäß der ab dem 1.1.2023 geltenden Fassung des § 10 KHEntgG wird der Bundesbasisfallwert erst bis zum 31. März eines jeden Jahres veröffentlicht und stand daher zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Unterlage nicht zur Verfügung (https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/bundesbasisfallwert).
Die krankenhausindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Inhaltsverzeichnis

1. **Unser Reimbursement Leistungsangebot**
2. **Worauf es in diesem Jahr ankommt**
   - 2.1 Neu ab 01.01.2023 Die tagesstationäre Behandlung
   - 2.2 Neu ab 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab
   - 2.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
   - 2.4 Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System
3. **Abbildung im aG-DRG-System 2023**
   - 3.1 DRG-Übersicht
   - 3.2 DRG-Zuordnung
4. **Kodierbeispiele**
   - 4.1 Wirbelkörperfusionen
   - 4.2 Bandscheibenendoprothesen
   - 4.3 Wirbelsäulenkorrektur
   - 4.4 Traumaversorgung
   - 4.5 Tumorversorgung
5. **Ergänzende Hinweise**
   - 5.1 Kodierung im aG-DRG-System 2023
   - 5.2 Hinweise zur Kodierung
   - 5.3 NUB-Abrechnung 2023
6. **Abkürzungen**
7. **Wichtige Links / Quellen**

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

Was bedeutet Reimbursement für uns?

Unter Reimbursement verstehen wir nicht nur eine adäquate Refinanzierung unserer Therapien, sondern auch Leistungen oder Informationen, die unseren Kunden eine solche Refinanzierung ermöglichen.

ZU DIESEN LEISTUNGEN GEHÖREN ZUM BEISPIEL

- EBM, GOÄ und DRG Hinweise zu unseren Produkten/Services
- Informationen zu Abrechnung und Kodierung
- Hinweise zu Änderungs- und Weiterentwicklungsanträgen
- Informationen zu Fragen des MDK und der Kassen
- Hinweise bei Strategie & Leistungsportfolio
- Informationen zu NUB-Verfahren inkl. §137h SGB V
- Hinweise zu gesundheitspolitischen Entwicklungen

UNSER REIMBURSEMENT-SERVICE IM ÜBERBLICK

Kostenbetrachtungen, Erlösbetrachtungen

Wir unterstützen Sie mit Erlös- und Kostenanalysen bei der Planung, Anpassung und Weiterentwicklung Ihres Leistungsangebots. Diese Konzepte entwickeln wir in Zusammenarbeit mit medizinischem Fachpersonal und Klinikverwaltungen. DRG Kodierhilfen, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalysen sind einige Beispiele.

Weiterbildung und Training

Unsere Weiterbildungs- und Trainingsprogramme vermitteln die Grundlagen der stationären (DRG) und ambulanten (EBM, GOÄ, AOP) Abrechnung, sowie den aktuellen Stand der Kodierung und Kostenerstattung. Dabei steht die Kodierung und Refinanzierung unserer Therapien im Mittelpunkt.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

2. Worauf es in diesem Jahr ankommt

2.1 Neu ab 01.01.2023 Die tagesstationäre Behandlung

Am 2. Dezember 2022 wurde die tagesstationäre Behandlung gemäß §115e SGB V mit dem Krankenhauspflegeentlastungsgesetz im Bundestag verabschiedet. Hierbei geht es ausschließlich um Behandlungsfälle, die einer stationären Behandlung im Krankenhaus bedürfen. Liegt eine solche Indikation vor, können die Patient:innen Zuhause übernachten, wenn die medizinischen Umstände das zulassen. Die weiteren Bedingungen für die tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung sind zu dem Zeitpunkt der Erstellung dieser Broschüre dem Gesetzestext zu § 115e SGB V entnommen und stellen sich wie folgt dar:

- Zugelassene Krankenhäuser können gem. §115e SGB V in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen.
- Voraussetzung ist, dass die Behandlung einen täglich mindestens sechsstündigen Aufenthalt der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus erfordert, währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird.
- Leistungen nach den §§ 115b, 115f und 121, Leistungen, die auf der Grundlage der §§ 116, 116a, 117, 118a, 119 oder sonstiger Ermächtigungen ambulant erbracht werden können, nach § 116b ambulant erbringbare Leistungen, eintägige Behandlungen ohne Einweisung und Behandlungen in der Notaufnahme eines Krankenhauses können nicht als tagesstationäre Behandlung erbracht werden.
- Bei Versicherten, die einen Anspruch auf Leistungen nach § 37 haben, kann eine tagesstationäre Behandlung nicht erbracht werden.
- Der Krankenhausträger stellt sicher, dass die notwendigen Leistungen nach § 39 Absatz 1 Satz 3 bei Bedarf jederzeit zur Verfügung stehen.
- Im Rahmen der tagesstationären Behandlung besteht ab dem Zeitpunkt der ersten Aufnahme im Krankenhaus kein Anspruch auf Fahrkosten nach § 60; ausgenommen sind Rettungsfahrten zum Krankenhaus nach § 60 Absatz 2 Satz 1 Nummer 2 und Krankenfahrten, die nach § 60 Absatz 1 Satz 3 in Verbindung mit den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nummer 12 auch zu ambulanten Behandlungen übernahmefähig wären. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die Patientinnen und Patienten hierauf gesondert und in geeigneter Weise hinzuweisen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

- Die Abrechnung der tagesstationären Behandlung erfolgt mit den auf der Grundlage des Krankenhausentgeltgesetzes abrechenbaren Entgelten für vollstationäre Krankenhausleistungen, die für alle Benutzerinnen und Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind.
    - Sofern Patientinnen und Patienten zwischen ihrer Aufnahme in das Krankenhaus und ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus für eine tagesstationäre Behandlung nicht über Nacht im Krankenhaus versorgt werden, ist für die nicht anfallenden Übernachtungskosten pauschal ein Abzug von den für den vollstationären Aufenthalt insgesamt berechneten Entgelten vorzunehmen, der 0,04 Bewertungsrelationen je betreffender Nacht entspricht, wobei der Abzug einen Anteil von 30 Prozent der Entgelte für den Aufenthalt insgesamt nicht überschreiten darf.
- Bei Erbringung einer tagesstationären Behandlung ist eine Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus durch den Medizinischen Dienst nach § 275c während des Krankenhausaufenthalts nicht zulässig.
- Näheres oder Abweichendes zur Berechnung der Entgelte und der Prüfung der Notwendigkeit von Übernachtungen durch den Medizinischen Dienst vereinbaren die Vertragsparteien nach § 17b Absatz 2 Satz 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis zum 27. Juni 2023.
    - Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft vereinbaren bis zum 28. Januar 2023 die Anforderungen an die Dokumentation; dabei ist sicherzustellen, dass die tägliche Behandlungsdauer dokumentiert wird.
    - Kommt eine Vereinbarung nach Satz 1 ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande, entscheidet die Schiedsstelle nach § 18a Absatz 6 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ohne Antrag einer Vertragspartei innerhalb von sechs Wochen.
- Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft legen dem Bundesministerium für Gesundheit zum 30. Juli 2023 und zum 30. Juli 2024 jeweils einen gemeinsamen Bericht über das Ausmaß der tagesstationären Behandlung und ihre Auswirkungen auf die Versorgung der Patientinnen und Patienten einschließlich der finanziellen Auswirkungen vor. Die für den Bericht erforderlichen Daten sind ihnen von den Krankenkassen, den Unternehmen der privaten Krankenversicherung und den Krankenhäusern in anonymisierter Form zu übermitteln.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

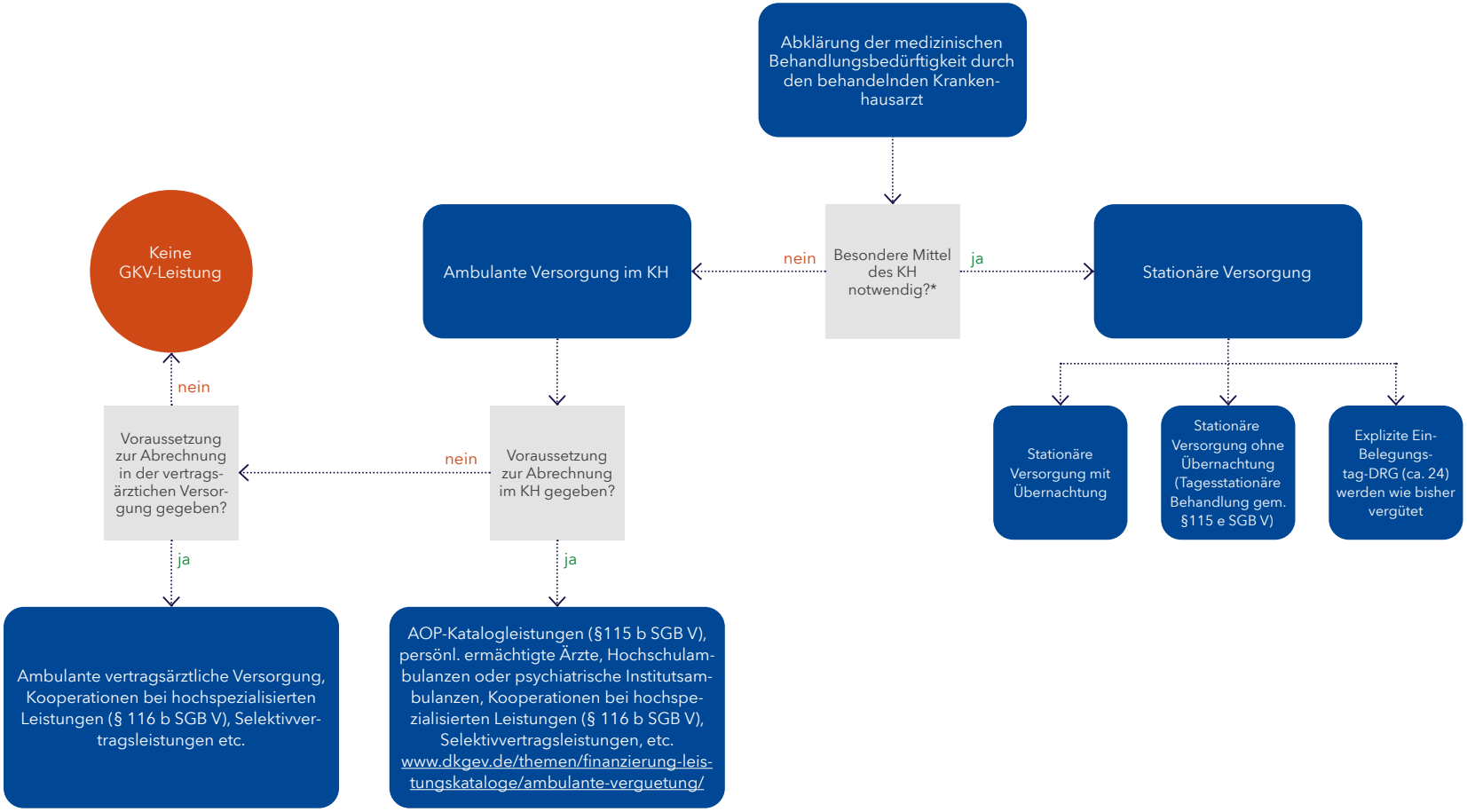
Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Die vereinfachte Darstellung soll einen Ausblick auf die Entscheidungsfindung zur Art der medizinischen Leistungserbringung im Krankenhaus inkl. des neuen §115e SGB V geben.



* Im Besonderen, Dokumentation der allgemeinen Tatbestände gemäß § 8 des AOP-Vertrag nach § 115b SGB V, bei deren Vorliegen die stationäre Durchführung von Leistungen gemäß Anlage 1 des AOP-Katalogs erforderlich sein kann (Kontextfaktoren für Leistungen aus den AOP-Katalog)

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

2.2 Neu ab 01.01.2023 Kontextfaktoren lösen G-AEP Kriterien für Leistungen aus dem AOP-Katalog ab

Zum 01.01.2023 werden die bisherigen G-AEP-Kriterien durch die Kontextfaktoren ersetzt. In diesem Zusammenhang wird auch die bisherige Differenzierung der Leistungen im AOP-Katalog in die Kategorien 1 und 2 abgeschafft. Bisher bestehende OPS-bezogene Regelungen der Kategorienzuordnung wurden weitestgehend in die Kontextfaktoren integriert.

Der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft haben sich auf einen gemeinsamen Katalog von Kontextfaktoren verständigt.

Die Kontextfaktoren dienen der Begründung einer stationären Durchführung von explizit Leistungen nach § 3 des AOP-Vertrages die regelhaft ambulant erbracht werden können.

Das Vorliegen eines Kontextfaktors nach Satz 1 ist hierbei ausreichend für die Begründung einer stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages. Dennoch kann jede dieser Leistungen auch bei Vorliegen einer oder mehrere Kontextfaktoren weiterhin ambulant erbracht werden, sofern dies aus medizinischen Gründen vertretbar ist.

Die Kontextfaktoren zur Begründung der stationären Durchführung einer Leistung nach § 3 des AOP-Vertrages sind vom Krankenhaus zu dokumentieren und im Rahmen der Abrechnung dieses Krankenhausfalles nach §301 SGB V zu übermitteln. Für die Dokumentation der Kontextfaktoren gelten die Regelungen der Deutschen Kodierrichtlinien in der jeweils aktuellen Fassung.

Liegen abweichend von den in Anlage 2 des AOP-Vertrages genannten Kontextfaktoren medizinische Gründe oder soziale Gründe vor, die dazu führen, dass die Versorgung des Patienten in der Häuslichkeit nicht sichergestellt werden kann und dadurch der medizinische Behandlungserfolg gefährdet ist, so sind diese Gründe bei einer stationären Durchführung der Leistung nach Anlage 1 des AOP-Vertrages fallindividuell darzustellen.

GKV-Spitzenverband, DKG und KBV haben sich hierfür insbesondere auf die Aufnahme der nachfolgend genannten Kontextfaktoren in den AOP-Vertrag geeinigt:

- Liste von stationär durchführbaren OPS-Kodes
- Beatmungspflichtige Patienten, operationalisiert über Beatmungsstunden im Datenaustausch nach § 301 SGB V
- Liste von stationär zu behandelnden Diagnosen (ICD-Kodes)
- Gebrechlichkeit, operationalisiert über Pflegegrad und Barthel-Index
- Untere Altersgrenze: bis zur Vollendung des ersten Lebensjahres

Die Vertragsparteien des AOP-Vertrags werden die Anwendung der Kontextfaktoren bis spätestens 31.12.2024 evaluieren und auf dieser Grundlage eine Weiterentwicklung der Kontextfaktoren vornehmen.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

ÜBERGANGSREGELUNGEN

Aufgrund erforderlicher Vorlaufzeiten in der Umstellung des AOP-Katalogs samt Kontextfaktoren werden Übergangsregelungen getroffen (§ 24 des AOP-Vertrags):

- Sofern Patienten bis einschließlich 31.03.2023 zur stationären Durchführung einer Leistung, die in Anlage 1 mit „neu" gekennzeichnet ist, in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob die Leistung im Rahmen des § 115b SGB V erbracht werden konnte.
- Sofern Patienten bis einschließlich 15.02.2023 zur stationären Durchführung einer Leistung nach Anlage 1 in ein Krankenhaus aufgenommen werden, wird die Abrechnung des Krankenhauses für diese Leistung nicht im Hinblick darauf überprüft, ob ein Kontextfaktor nach Anlage 2 vorgelegen hat. Aufgrund des kurzen Zeitfensters zwischen der Veröffentlichung der neuen Regelungen und dem Inkrafttreten soll es den Krankenhäusern übergangsweise ermöglicht werden auch solche Patienten stationär zu behandeln, bei denen Begleitumstände vorliegen und deren Operationstermin bereits geplant ist.

Nähere Informationen: AOP Katalog 2023, Anlage

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

2.3 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)

SACHKOSTENFINANZIERUNG IM G-DRG-SYSTEM 2023

Die jährliche Anpassung des G-DRG-Systems und das damit einhergehende Studium der Änderungen wurde ab dem Jahr 2020 erheblich komplexer. Neben den in der Vergangenheit durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten und weiterhin gültigen Maßnahmen zur Mengensteuerung im Krankenhaus müssen wir uns mit einem vollkommen neuen aG-DRG-System auseinandersetzen.

Der Leitfaden „Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System" vom Bundesverband Medizintechnologie e.V. (BVMed) befasst sich mit den Fragen zu den Auswirkungen des Pflegepersonalstärkungsgesetzes (PpSG 2019) und des Krankenhausstrukturgesetzes (KHSG 2016) auf die Vergütung der Medizinprodukte im aG-DRG-System. Die nachfolgend zitierten Hinweise des BVMed finden Ihre Anwendung zum Teil ebenso auf die von uns vertriebenen Verfahren.

Auszüge aus der BVMed Information zzgl. notwendiger Aktualisierungen:
Mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz (PpSG) wurde die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten am Bett im Krankenhaus erstmals für 2020 umgesetzt. Mehr als 20 Prozent der Leistungen werden aus den Fallpauschalen herausgelöst und in das Pflegebudget überführt. Die Finanzierung der Leistungen wird zweigeteilt: in die leistungsbezogenen Fallpauschalen des neuen aG-DRG-Systems zzgl. möglicher individueller Entgeltbestandteile (z.B. Zusatzentgelte) und in die selbstkostendeckenden krankenhausindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.

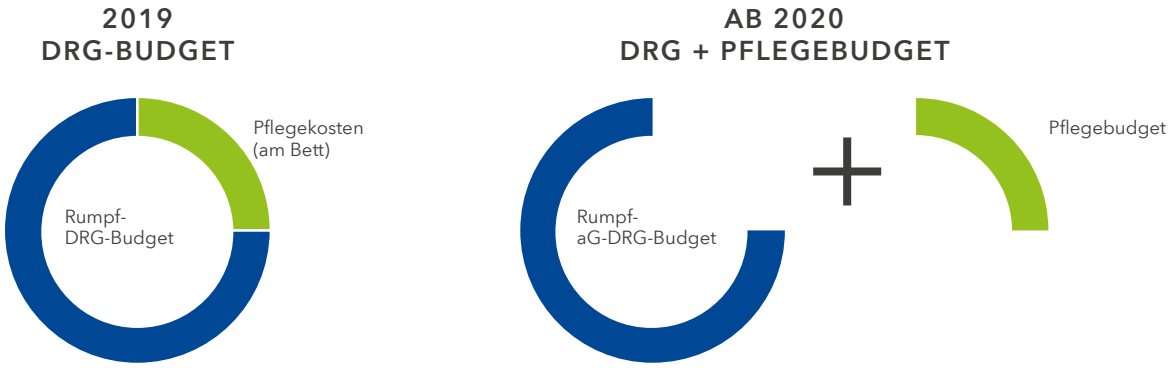
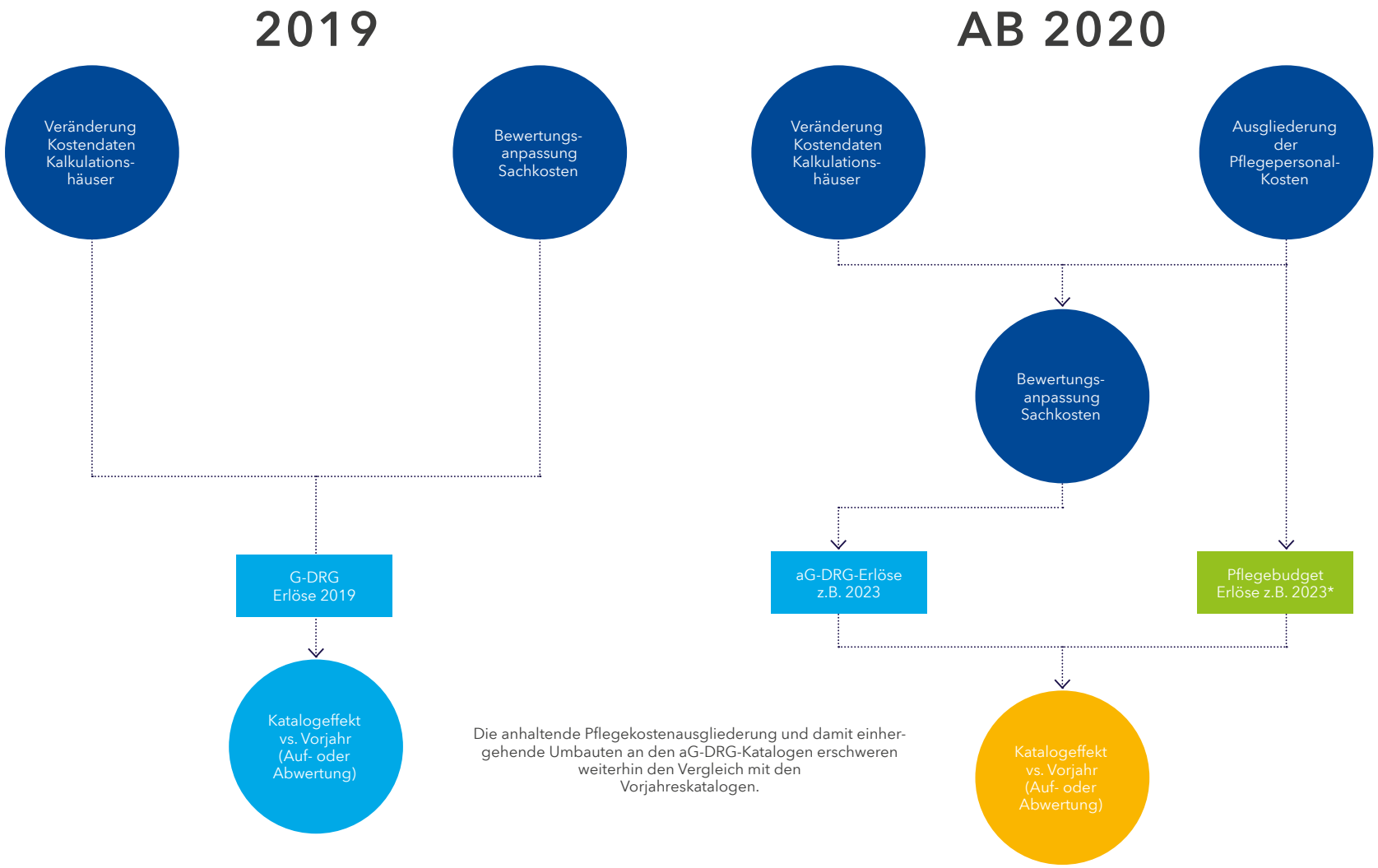


Abbildung 1:
Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020

Vorwort
Unser Reimbursement Leistungsangebot
Worauf es in diesem Jahr ankommt
Abbildung im aG-DRG-System 2023
Kodierbeispiele
Ergänzende Hinweise
Abkürzungen
Wichtige Links / Quellen

Hierbei wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.



Die anhaltende Pflegekostenausgliederung und damit einhergehende Umbauten an den aG-DRG-Katalogen erschweren weiterhin den Vergleich mit den Vorjahreskatalogen.

Abbildung 2: Vergleich Katalogeffekt

* Akzeptiertes Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird am Ende des KH-Geschäftsjahres mit Jahreserlössumme abgeglichen. Danach Ausgleich Pflegebudget zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Die Finanzierung der Pflege wird von der Zahl der Fälle und deren Erlösen abgekoppelt und als Jahresbudget ausgezahlt. Abgerechnet werden die Pflegekostenanteile nicht separat, sondern mit einem DRG-Bezug. Ein hoher Pflegeaufwand in einer Leistung wird höher vergütet (Pflegebewertungsrelation). Formal bleibt der DRG-Katalog erhalten, bekommt aber neben dem bekannten Relativgewicht je Fall nun auch ein Relativgewicht für den Pflegetagessatz („Spaltenlösung").

DRG-KATALOG 2019

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegheb amme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag			
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13

aG-DRG-KATALOG AB 2020

„SPALTENLÖSUNG" → NEU

DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Belegheb amme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme	Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag
					Erster Tag mit Abschlag	Bewertungsrelation /Tag	Erster Tag zus. Entgelt	Bewertungsrelation /Tag				
1	2	3	4	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Abbildung 3: DRG-Kataloge aus 2019 und 2020 waren nicht vergleichbar. Notwendige Umbauten in 2021 erschweren weiterhin die Vergleichbarkeit mit dem Vorjahreskatalog.

Die Verhandlung des neuen ausgegliederten Pflegebudgets erfolgt auf der Ortsebene zwischen Krankenhaus und Kostenträger im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlung. Das Krankenhaus erstellt hierzu eine Darstellung der in der neuen Pflegevergütung umfassten Pflegekräfte und deren Kosten. Die Abgrenzung dieser Kosten entspricht hierbei der Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf Bundesebene.

Auf Basis der Ist-Situation, wird dann ein prospektives Pflegekostenbudget verhandelt. Aus dem verhandelten Pflegekostenbudget wird ein Zahlbetrag/Tag für die Abrechnung der Pflegeerlöse gebildet. Diese werden im Laufe des Jahres mit jeder einzelnen abgerechneten DRG als vorläufiges Pflegeentgelt tagesbezogen ausgezahlt. Erst zum Jahresabschluss testiert dann ein Wirtschaftsprüfer die tatsächlich angefallenen Pflegepersonalkosten (nach Pflegepersonalkostenabgrenzungsvereinbarung) und danach werden diese dann mit der unterjährig ausgezahlten Summe der Pflegeentgelte verglichen. Die beiden Beträge werden dann unter der Vorgabe des Selbstkostendeckungsprinzips in beide Richtungen zu 100 % ausgeglichen.

Vorwort
Unser Reimbursement Leistungsangebot
Worauf es in diesem Jahr ankommt
Abbildung im aG-DRG-System 2023
Kodierbeispiele
Ergänzende Hinweise
Abkürzungen
Wichtige Links / Quellen

Die Pflegeerlösabrechnung über tagesbezogene vorläufige Pflegeentgelte stellt somit nur eine Abschlagszahlung auf das Pflegebudget dar. Der bisher im G-DRG-System verankerte Anreiz, Kosten und Verweildauern medizinisch vertretbar zu senken, bleibt auch im neuen aG-DRG-System bestehen.

ERLÖSBETRACHTUNG IM aG-DRG SYSTEM 2023

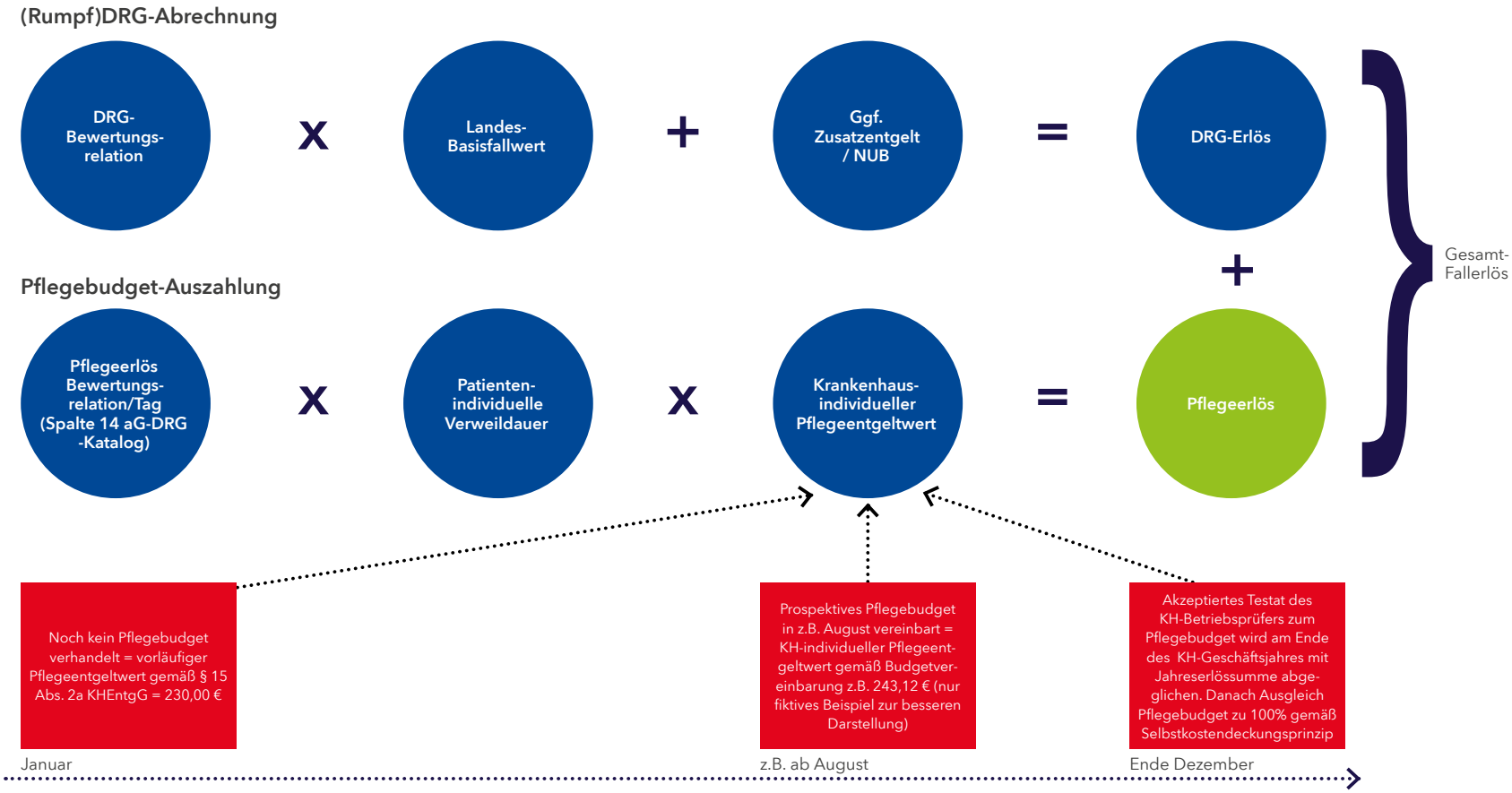


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2023

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

In der Praxis kann es zur Berücksichtigung unterschiedlicher Verweildauern kommen. Zur Abrechnung einer DRG wird die ggf. durch eine Einzelfallprüfung des MD(K) gekürzte Verweildauer berücksichtigt und kann zu einer Erlöskürzung führen. Die Berechnung des Pflegeerlöses erfolgt hiervon unabhängig mit der ungekürzten Verweildauer (Ausnahme primäre Fehlbelegung § 275c Absatz 6 Nummer 1 SGB V). Die tagesbezogenen Pflegeentgelte sollen nach dem Willen des Gesetzgebers nicht zu vermehrten Fehlbelegungsprüfungen der Kassen führen.

- Die DRG oder z.B. DRG + Zusatzentgelt beschreiben nach wie vor nur einen Durchschnittpreis innerhalb kalkulatorischer Grenzen und stellen keine Kostenrechnung für einzelne Behandlungsleistungen oder Medizinprodukte dar. Sie beschreiben nach wie vor primär das Verhältnis der Leistungen untereinander und dienen der Abrechnung des Krankenhausbudgets.
- Insbesondere bei Misch-DRGs besteht daher die Gefahr der Fehlinterpretation, wenn die dargestellten durchschnittlichen Kosten einer DRG oder z. B. DRG + Zusatzentgelt, die nicht die reale einzelne Behandlung widerspiegeln, eine ggf. überhaupt nicht existierende Unterdeckung vermuten lassen. Dies hätte zur Folge, dass eine Versorgung, statt bedarfsgerecht mit qualitativ hochwertigen Medizinprodukten, in ggf. verminderter Qualität oder im schlimmsten Fall überhaupt nicht mehr angeboten wird. Die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten ist nur ein Element der DRG-Kalkulation des InEKs. Nach wie vor wirken sich primär Kostenveränderungen auf Basis von Ist-Kosten der Kalkulationshäuser auf die jeweiligen Personal- oder Sachkostenbestandteile einer DRG oder ggf. eines Zusatzentgeltes aus und sind immer im direkten Zusammenhang zu betrachten.
- Die bisherigen G-DRG-Report-Browser und auch die neuen aG-DRG-Report-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Erlösvergleiche mit dem Vorjahr sind nur anhand krankenhausindividueller Kostenträgerrechnungen oder Prozesskostenanalysen unter gleichen Voraussetzungen realistisch. Die fallbezogene Erfassung und Aufschlüsselung der Kostendaten wird in den Krankenhäusern immer wichtiger.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

WESENTLICHE ÄNDERUNGEN IN KURZFORM

- Ausgliederung der Pflegepersonalkosten (Pflege am Bett) aus den DRGs und ZEs.
- Es wurde nicht einfach nur die Pflege am Bett herausgerechnet. Es ist ein vollkommen neues und nicht mehr mit den Vorjahren vergleichbares aG-DRG-System entstanden.
- Das Krankenhausbudget wurde ab 2020 differenziert in ein „Rumpf"-aG-DRG-Budget und ein Pflegekostenbudget (Ist-Pflegepersonalkosten).
- Unterschied DRG-Fallkollektive
- Für die Pflegepersonalkosten gilt das Selbstkostendeckungsprinzip (Die Ist-Kosten werden in der nachgewiesenen Höhe bezahlt).
- Das Pflegekostenbudget wird über Pflegeentgelte ausgezahlt; Produkt aus „Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag" (neue Spalte 14 im aG-DRG-Fallpauschalen-Katalog), patientenindividueller tatsächlicher Verweildauer und krankenhausindividuellem Pflegeentgeltwert.
- Bis zur Einigung auf einen krankenhausindividuellen Pflegeentgeltwert in den jeweiligen Budgetverhandlungen, erfolgt die Vergütung über einen, auf Bundesebene vereinbarten, pauschalen Pflegeentgeltwert in Höhe von 230,00 €.
- Am Ende des Kalenderjahres werden die tatsächlich nachgewiesenen Pflegepersonalkosten durch einen Betriebsprüfer testiert, mit den abgerechneten vorläufigen Pflegeerlösen des gleichen Zeitraums verglichen und angefallene Mehr- oder Mindererlöse dann zu 100 % ausgeglichen.
- DRG und Pflegebudget sind eine Pauschalvergütung. Sie sind nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte sachgerecht abzubilden.
- Der bisherige G-DRG-Report-Browser und auch der neue aG-DRG-Browser weisen weiterhin keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

2.4 Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System

Achtung! Ausnahmetatbestände für MedTech!

Die jährliche Anpassung des G-DRG-Systems und die damit einhergehende Analyse der Änderungen wurde ab dem Jahr 2017 wieder ein wenig komplexer. Hierfür sorgen die durch das Krankenhausstrukturgesetz (KHSG) eingeführten Maßnahmen zur Mengensteuerung im Krankenhaus.

WELCHE AUSWIRKUNG HAT DIE SACHKOSTENKORREKTUR FÜR MEIN VERFAHREN?

Mit dem KHSG werden pauschal auf alle DRGs angenommene Übervergütungen auf der Sachkostenseite zugunsten von Personal und Infrastruktur abgewertet. Die Abkehr vom Ist-Kostenansatz der DRG-Kalkulation kann bei der isolierten Betrachtung der Sachkostenkorrekturwerte zu Fehlinterpretationen führen. Die DRG ist eine Pauschalvergütung. Sie ist nicht geeignet, einzelne Behandlungen oder Medizinprodukte abzubilden. Auch der G-DRG-Report-Browser weist keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs, wie wir sie überwiegend in der Wirbelsäulenchirurgie finden, zu berücksichtigen. Es handelt sich somit immer noch um Kostenmittelwerte ggf. mehrerer Verfahren und Produkte innerhalb einer DRG. Lediglich der Erlösvergleich zum Vorjahr, unter Berücksichtigung einer krankenhausindividuellen Kostenträgerrechnung oder Prozesskostenanalysen, lässt eine Beurteilung der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit eines einzelnen Behandlungsverfahrens zu. Unbewertete DRGs oder nicht mit DRGs vergütete Leistungen, Zusatzentgelte und NUB sind von der Sachkostenkorrektur ausgenommen. Eine umfassende Analyse der DRG-Kostenbestandteile der eigenen Leistungserbringung kommt eine wichtige Bedeutung zu, um Fehlsteuerungsanreize in der Versorgung zu vermeiden.

WELCHE AUSWIRKUNGEN HAT DIE ANPASSUNG DER BEWERTUNGSRELATIONEN BEI WIRTSCHAFTLICH BEGRÜNDETEN FALLZAHLSTEIGERUNGEN AUF MEIN VERFAHREN?

Hinter den im Rahmen des Endberichts zur Erforschung der Mengenentwicklung in Deutschland veröffentlichten Fallzahlsteigerungen vermutet der Gesetzgeber anteilig wirtschaftliche Interessen. Um dieser Zunahme an Leistungen und den damit verbundenen Kostensteigerungen entgegen zu steuern, wurden die Bewertungsrelationen mit vermeintlichen Anhaltspunkten für wirtschaftlich begründete Fallzahlsteigerungen abgesenkt/abgestuft. Die Bewertungsrelationen folgender definierter DRGs für den Bereich Wirbelsäule und Endoprothetik wurden für alle Krankenhäuser abgewertet:

Operative Wirbelsäuleneingriffe

DRG I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat
DRG I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
DRG I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

DRG I10G Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag

DRG I10H Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag

Primäre Hüftendoprothetik

DRG I47C Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff

Bei krankenhausindividueller Überschreitung einer festgelegten Medianfallzahl werden die Bewertungsrelationen folgender DRGs abgestuft:

Konservative Behandlung der Wirbelsäule

DRG I68D Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur, Medianfallzahl 27

DRG I68E Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur, Medianfallzahl 140

DRG I68F Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel, Medianfallzahl 40

Um eine doppelte Kürzung zu vermeiden, sind oben genannte DRGs, bei denen bereits eine Absenkung bzw. Abstufung der Bewertungsrelation vorgenommen wurde, vom sog. Fixkostendegressionsabschlag ausgenommen.

Weitere Informationen unter: https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/sachkostenfinanzierung

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

3. Abbildung im aG-DRG-System 2023

3.1 DRG-Übersicht

Wie bereits im letzten Jahr werden Wirbelsäulen-Eingriffe in den Basis-DRGs

I06 Komplexe Eingriffe an Kopf und Hals
I09 Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
I10 Andere Eingriffe an der Wirbelsäule

abgebildet. Zu den Splitt-Kriterien zählen auch weiterhin Diagnosen, Alter, PCCL, Komplexität der Eingriffe bzw. zusätzliche Eingriffe. Untenstehende Tabelle gibt einen Überblick über die Veränderungen auf DRG-Ebene.

DRG-Übersicht								
DRG	Bezeichnung	Bew. rel.	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit zus. Entgelt	DRG-Erlös*	Pflegeerlös Bew.rel./ Tag !
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne bösartige Neubildung am Knochen, mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff	3,964	4	5	25	26	15.856,00 €	0,8288
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis	3,402	3	4	25	26	13.608,00 €	0,7884
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis	2,699	3	4	22	23	10.796,00 €	0,7351
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule	2,368	2	3	15	16	9.472,00 €	0,7080
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule	1,720	2	3	16	17	6.880,00 €	0,6820
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	1,356	2	3	16	17	5.424,00 €	0,6860
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC	3,791	5	6	35	36	15.164,00 €	1,0041

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)
** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

DRG-Übersicht								
DRG	Bezeichnung	Bew. rel.	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit zus. Entgelt	DRG-Erlös*	Pflegeerlös Bew.rel./ Tag
I10B	Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur m. best. Eingriffen oh. äuß. schw. CC od. best. andere Operationen WS m. äuß. schw. CC u. > 1 BT od. mäßig kompl. Eingriffe u. Diszitis od. Exzision spin. Tumorgewebe	2,158	3	4	23	24	8.632,00 €	0,7572
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule	1,553	1	2	12	13	6.212,00 €	0,7237
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule	1,277	1	2	11	12	5.108,00 €	0,6772
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff	1,039	1	2	10	11	4.156,00 €	0,6486
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag oder ohne bestimmten anderen kleinen Eingriff, Alter > 17 Jahre	0,881	1	2	10	11	3.524,00 €	0,6448
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff	0,629	1	2	11	12	2.516,00 €	0,7479
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff	0,551	1	2	4	5	2.204,00 €	0,8393

Implantationen von Bandscheibenendoprothesen sind unverändert in der Basis-DRG I45 abgebildet.
Die Zuordnung richtet sich hier nach der Anzahl der Segmente.

DRG-Übersicht								
DRG	Bezeichnung	Bew. rel.	1. Tag mit Abschlag	Untere GVD	Obere GVD	1. Tag mit zus. Entgelt	DRG-Erlös*	Pflegeerlös Bew.rel./ Tag
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment	2,206	1	2	6	7	8.824,00 €	0,7060
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente	1,655	1	2	7	8	6.620,00 €	0,6730

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

RELEVANTES ZUSATZENTGELT

ZE11	OPS	Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule: Wirbelkörperersatz durch Implantat	Betrag
ZE11.01	5-837.00	1 Wirbelkörper	889,96 €
ZE11.02	5-837.01	2 Wirbelkörper	1.523,32 €
ZE11.03	5-837.02	3 Wirbelkörper	2.156,68 €
ZE11.04	5-837.04	4 Wirbelkörper	2.790,04 €
ZE11.05	5-837.05	5 oder mehr Wirbelkörper	3.423,40 €

FORMEL ZUR BERECHNUNG DER PFLEGEERLÖSE IN 2023

Pflegeerlös Bewertungsrelation/Tag x patientenindividueller Verweildauer x Pflegeentgeltwert**

Da vor der erstmaligen Vereinbarung des Pflegebudgets der krankenhausindividuelle Pflegeentgeltwert nach § 6a Absatz 4 KHEntgG noch nicht berechnet werden kann, ist bis dahin nach Satz 1 ersatzweise ein Betrag in Höhe von 230,00 € abzurechnen. Dies ist nur der vorläufige tagesbezogene Pflegeentgeltwert bis zur Pflegebudgetvereinbarung. Nach akzeptiertem Testat des KH-Betriebsprüfers zum Pflegebudget wird dann am Ende des KH-Geschäftsjahres mit der Jahrespflegeerlössume abgeglichen. Danach erfolgt ein Ausgleich des Pflegebudgets zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip.

Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg" in das Suchefeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: https://www.bvmed.de/de/startseite

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)
** vorläufiger tagesbezogener Pflegeentgeltwert 230,00 €

Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

3.2 DRG-Zuordnung

Bei reinen Stabilisierungen der Wirbelsäule beispielsweise bei einer Wirbelkörperfraktur werden im Allgemeinen folgende Zuordnungen vorgenommen:

Dorsaler/dorsolateraler Zugang zur Wirbelsäule mit Stabilisierung mittels Schrauben-Stab-System von dorsal

Intervention
✓ Implantation eines Schrauben-Stab-Systems

Anzahl Segmente	DRG 2023	Erlös 2023
1 Segment 5-836.30, 5-83b.50	I09G	9.472,00 €
2 Segmente 5-836.31, 5-83b.51	I09F	10.796,00 €
3 Segmente 5-836.34, 5-83b.52		
4 Segmente 5-836.35, 5-83b.54	I09E	13.608,00 €
5 Segmente 5-836.36, 5-83b.55		
6 Segmente 5-836.37, 5-83b.56		
7 - 10 Segmente 5-836.38, 5-83b.57		
≥ 11 Segmente 5-836.39, 5-83b.58		

Fusionsoperationen an der degenerativen Wirbelsäule

Ventraler Zugang mit Fusion der ventralen Säule der Wirbelsäule mit Cage und Stabilisierung mit Schrauben-Platten-System

Intervention
✓ Ventrale Sponylodese mit Cage + Schrauben-Platten-System

Anzahl Segmente (Cage + Schrauben-Platten-System)	DRG 2023	Erlös 2023
1 Segment + 1 Segment 5-836.50, 5-83b.30, 5-83b.70	I10C	6.212,00 €
1 Segment + 2 Segmente 5-836.50, 5-83b.31, 5-83b.71		
2 Segmente + 2 Segmente 5-836.51, 5-83b.31, 5-83b.71	I09H	6.880,00 €
< 3 Segmente + 3 Segmente 5-836.51, 5-83b.32, 5-83b.72	I09G	9.472,00 €
3 Segmente + 3 Segmente 5-836.55, 5-83b.32, 5-83b.72		

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Dorsaler/dorsolateraler/ventral+dorsal kombinierter Zugang zur Wirbelsäule mit Fusion ventrale/dorsale/dorsoventrale Säule der Wirbelsäule mit/ohne Cage und Stabilisierung mit Schrauben-Stab-System

Intervention
✓ Spondylodese dorsal/ventral/kombiniert +/o. Cage + Schrauben-Stab-System 5-83b.5

Anzahl Segmente	DRG 2023	Erlös 2023
1 Segment 5-836.40	I09G	9.472,00 €
1 Segment + 2 Segmente 5-836.41	I09F	10.796,00 €
2 Segmente + 2 Segmente 5-836.41		
< 3 Segmente + 3 Segmente 5-836.44		
3 Segmente 5-836.44	I09G	9.472,00 €
4 Segmente 5-836.45		
5 Segmente 5-836.46		
≤ 5 Segmente + 6 Segmente 5-836.47		
6 Segment 5-836.47	I06C	15.856,00 €
> 5 Segmente + 7 - 10 Segmente 5-836.48		
> 5 Segmente + ≥ 11 Segmente 5-836.49		

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

4. Kodierbeispiele

Wirbelkörperfusionen

Bandscheibenendoprothesen

Wirbelsäulenkorrektur

Traumaversorgungen

Tumorversorgungen

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

4.1 Wirbelkörperfusionen

Thorakolumbale Fusion 2 Segmente mittels Cage und Schrauben-Stab-System, minimal invasiv

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M51.1 †	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
Nebendiagnose(n)	
G55.1*	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden
Prozeduren	
5-836.41	Spondylodese: dorsal und ventral kombiniert, interkorporal 2 Segmente, z.B. Voyager™
5-83b.71	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 2 Segmente, z.B. TT Cage
5-83b.51	Osteosynthese (dynam. Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 2 Segmente
5-783.0d	Entnahme eines Knochentransplantates: Spongiosa, eine Entnahmestelle: Becken
5-835.9	Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)
5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige

DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis	2,699
Erlös*		**10.796,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7351**

TT Cage

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

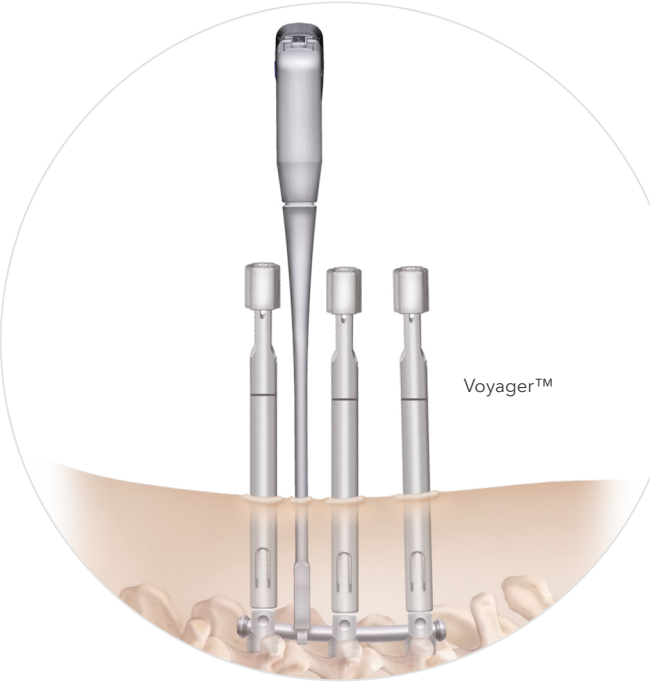
Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Lumbale Fusion 1 Segment mittels Cage und Schrauben-Stab-System, sog. Topping-Off unter Navigation und mit Verwendung von Biomaterialien

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M43.16	Spondylolisthesis, Lumbalbereich
Prozeduren	
5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, 2 Segmente
5-836.50	Spondylodese, ventral, 1 Segment, z.B. Voyager™
5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch intravertebrale Cages, 1 Segment, z.B. TT Cage
5-83b.51	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch Schrauben-Stab-System, 2 Segmente
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-988.3	Anwendung eines Navigationssystems Optisch

DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis	2,699
Erlös*		**10.796,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7351**



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Lumbale Fusion 1 Segment mittels Cage und Schrauben-Stab-System unter Navigation und BMP InductOs

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M43.06	Spondylolyse Lumbalbereich

Prozeduren	
5-032.6	Zugang zur LWS, retroperitoneal
5-836.50	Spondylodese, ventral, 1 Segment, z.B. Voyager™
5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch intervertebrale Cages, 1 Segment
5-83b.50	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, durch Schrauben-Stab-System, 1 Segment
5-988.3	Anwendung eines optischen Navigationssystems
6-003.40	Applikation von Dibotermin alfa, Implantation am Knochen, 12 mg bis unter 24 mg

DRG	Text	Relativgewicht
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule	2,368
DRG-Erlös*		9.472,00 €
zzgl. ZE	ZE2023-63 individuell verhandeltes ZE	individuell
DRG + ZE		**9.472,00 € + ZE**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7080**

Adaptix

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Cervikale Fusion 1 Segment mittels Standalone Cage und Verwendung von Biomaterialien

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M50.0 †	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie
Nebendiagnose(n)	
G99.2*	Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Prozeduren	
5-030.70	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral 1 Segment
5-836.50	Spondylodese, ventral, 1 Segment, z.B. Voyager™
5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment, z.B. TT Cage
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

DRG	Text	Relativgewicht
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule	1,277
Erlös*		**5.108,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,6772**

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Cervikale Fusion 2 Segmente mit Cage und ventraler Platte mit Verwendung von Biomaterialien

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M50.0 †	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie
Nebendiagnose(n)	
G99.2*	Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Prozeduren	
5-030.71	Zugang zur HWS, ventral, 2 Segmente
5-836.51	Spondylodese, ventral 2 Segmente
5-83b.71	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch intravertebrale Cages, 2 Segmente
5-83b.31	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch ventrales Schrauben-Platten-System, 2 Segmente, z.B. ZEVO™
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

DRG	Text	Relativgewicht
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule	1,720
Erlös*		**6.880,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,6820**

ZEVO™

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Fusion des Iliosakralgelenks mittels Schraube

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M43.16	Spondylolisthesis, Lumbalbereich
Prozeduren	
5-808.0	Offen chirurgische Arthrodese Iliosakralgelenk, z.B. RIALTO™ SI FUSION SYSTEM
5-786.0	Osteosyntheseverfahren durch Schraube
5-785.3x	Implantation von keramischem Knochenersatz, resorbierbar, sonstige Lokalisation

DRG	Text	Relativgewicht
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	1,356
Erlös*		**5.424,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,6860**

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

4.2 Bandscheibenendoprothesen

Erstimplantation einer Bandscheibenprothese, 1 Segment

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M51.1 †	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
Nebendiagnose(n)	
G55.1*	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden
Prozeduren	
5-032.6	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, retroperitoneal
5-839.10	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation einer Bandscheibenendoprothese: 1 Segment

DRG	Text	Relativgewicht
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente	1,655
Erlös*		**6.620,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,6730**

Wechsel einer Bandscheibenprothese

Kode	Text
Hauptdiagnose	
T84.07	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese, Bandscheibe
Prozeduren	
5-030.70	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral 1 Segment
5-839.3	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Wechsel einer Bandscheibenendoprothese, z.B. PRESTIGE™ LP
5-983	Reoperation

DRG	Text	Relativgewicht
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente	1,655
Erlös*		**6.620,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,6730**

PRESTIGE™ LP

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort
Unser Reimbursement Leistungsangebot
Worauf es in diesem Jahr ankommt
Abbildung im aG-DRG-System 2023
Kodierbeispiele
Ergänzende Hinweise
Abkürzungen
Wichtige Links / Quellen

Entfernung einer Bandscheinbenendoprothese wegen Infektion

Kode	Text
Hauptdiagnose	
T84.5	Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese
Prozeduren	
5-032.6	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, retroperitoneal
5-839.4	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Entfernung einer Bandscheibenendoprothese
5-983	Reoperation

DRG	Text	Relativgewicht
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule	1,277
Erlös*		**5.108,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,6772**

Revision einer Bandscheibenendoprothese wegen Fehllage

Kode	Text
Hauptdiagnose	
T84.07	Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese, Bandscheibe
Prozeduren	
5-030.70	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral 1 Segment
5-839.2	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Revision einer Bandscheibenendoprothese (ohne Wechsel)

DRG	Text	Relativgewicht
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule	1,277
Erlös*		**5.108,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,6772**

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

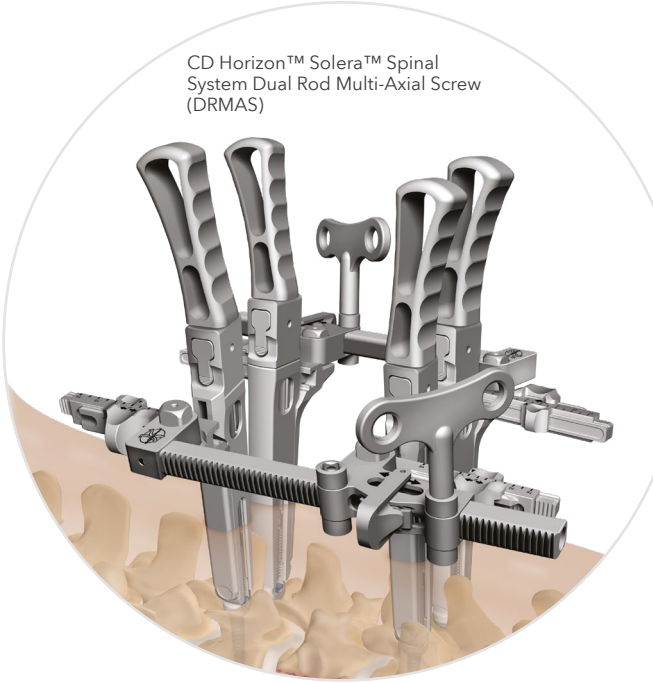
Wichtige Links / Quellen

4.3 Wirbelsäulenkorrektur

Morbus Bechterew Lumbalbereich, Rekonstruktion mittels Smith-Petersen-Osteotomie und Stabilisierung von dorsal über 4 Segmente mit Schrauben-Stab-System und mit Verwendung von Biomaterialien

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M45.06	Spondylitis ankylosans Lumbalbereich
Prozeduren	
5-032.02	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, mehr als 2 Segmente
5-832.4	Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule, Arthrektomie, partiell
5-836.35	Spondylodese, Dorsal, 4 Segmente, z.B. CD Horizon™ Solera™ Spinal System Dual Rod Multi-Axial Screw (DRMAS)
5-83b.54	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, durch Schrauben-Stab-System, 4 Segmente
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

DRG	Text	Relativgewicht
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis	3,402
Erlös*		**13.608,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7884**


CD Horizon™ Solera™ Spinal System Dual Rod Multi-Axial Screw (DRMAS)

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort
Unser Reimbursement Leistungsangebot
Worauf es in diesem Jahr ankommt
Abbildung im aG-DRG-System 2023
Kodierbeispiele
Ergänzende Hinweise
Abkürzungen
Wichtige Links / Quellen

Erworbene Lumbalkyphose, transpedikuläre Substraktionsosteotomie mit dorsaler Stabilisierung über 6 Segmente

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M40.16	Sonstige sekundäre Kyphose Lumbalbereich
Prozeduren	
5-032.02	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, mehr als 2 Segmente
5-031.00	Zugang zur Brustwirbelsäule, dorsal, 1 Segment
5-832.1	Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule, Wirbelkörper, partiell
5-83b.56	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, durch Schrauben-Stab-System, 6 oder mehr Segmente

DRG	Text	Relativgewicht
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis	3,402
Erlös*		**13.608,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7884**

Posttraumatische Skoliose Thorakolombalbereich, dorsal instrumentierte Aufrichtungsspondylodese über 5 Segmente und mit Verwendung von Biomaterialien

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M41.54	Sonstige sekundäre Skoliose, Thorakalbereich
Nebendiagnose(n)	
T91.1	Folgen einer Fraktur der Wirbelsäule
Prozeduren	
5-031.02	Zugang zur Brustwirbelsäule, dorsal, mehr als 2 Segmente
5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, 2 Segmente
5-836.36	Spondylodese, 5 Segmente
5-83b.55	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, Durch Schrauben-Stab-System, 5 Segmente
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

DRG	Text	Relativgewicht
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis	3,402
Erlös*		**13.608,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7884**

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen, mit dorsal instrumentierter Korrekturspondylodese über 10 Segmente und mit Verwendung von Biomaterialien

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M41.14	Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen, Thorakalbereich
Prozeduren	
5-031.02	Zugang zur Brustwirbelsäule, dorsal, mehr als 2 Segmente
5-836.38	Spondylodese, 7 bis 10 Segmente
5-83b.57	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, Durch Schrauben-Stab-System, 7 bis 10 Segmente
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

DRG	Text	Relativgewicht
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne bösartige Neubildung am Knochen, mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff	3,964
Erlös*		**15.856,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,8288**

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

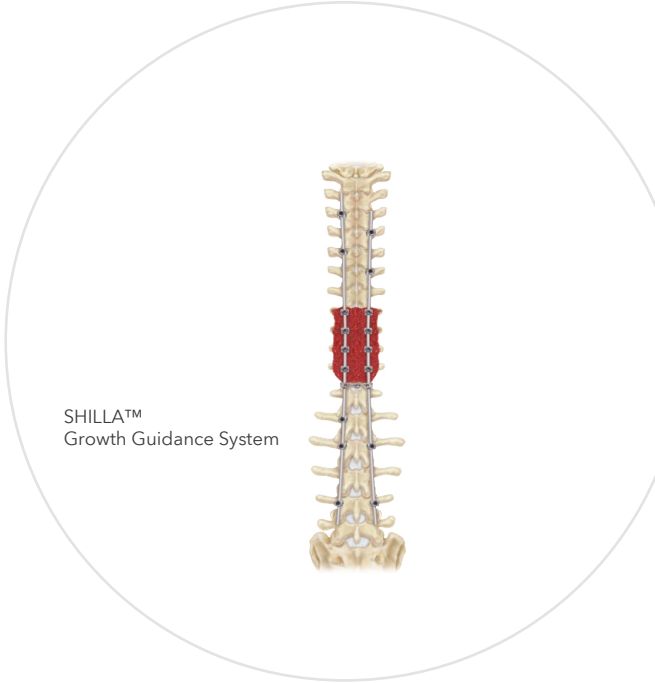
Wichtige Links / Quellen

Early-Onset Skoliose, Korrektur mittels mitwachsendem Schrauben-Stab-System und mit Verwendung von Biomaterialien

NUB! (Bitte weitere Hinweise zur NUB-Abrechnung 2023 beachten.)

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M41.05	Idiopathische Skoliose beim Kind, Thorakolumbalbereich
Prozeduren	
5-031.02	Zugang zur Brustwirbelsäule, dorsal, mehr als 2 Segmente
5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, 2 Segmente
5-838.f0	Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation eines mitwachsenden Schrauben-Stab-Systems, Instrumentierung von bis zu 7 Wirbelkörpern mit Schrauben, z.B. SHILLA™ Growth Guidance System
5-836.31	Spondylodese, Dorsal, 2 Segmente
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen

DRG	Text	Relativgewicht
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis	3,402
Erlös*		**13.608,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7884**



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Korrektur einer idiopathischen juvenilen Skoliose mittels Wirbelkörper-Wachstumsmodulationstechnik

NUB! (Bitte weitere Hinweise zur NUB-Abrechnung 2023 beachten.)

Kode	Text
Hauptdiagnose	
M41.05	Idiopathische Skoliose beim Kind, Thorakolumbalbereich
Prozeduren	
5-031.02	Zugang zur Brustwirbelsäule, dorsal, mehr als 2 Segmente
5-838.f2	Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation eines mitwachsenden Schrauben-Stab-Systems, Instrumentierung von bis zu 9 Wirbelkörpern mit Schrauben-Band-System, z.B. Braive™ Growth Modulation System

DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis	2,699
Erlös*		**10.796,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7351**

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

4.4 Traumaversorgung

Luxationsfraktur C4/C5, Offene Reposition, Korpektomie C4 mit Wirbelkörperersatz und Verplattung C3-C5 und mit Verwendung von Biomaterialien

Kode	Text
Hauptdiagnose	
S12.22	Fraktur des 4. Halswirbels
Nebendiagnose(n)	
S13.14	Luxation von Halswirbeln, C4/C5
S11.84!	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Halses
Prozeduren	
5-030.71	Zugang zur HWS, ventral, 2 Segmente
5-837.00	Wirbelkörperersatz durch Implantat, 1 Wirbelkörper
5-836.50	Spondylodese, ventral, 1 Segment
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-83b.31	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch ventrales Schrauben-Platten-System, 2 Segmente

DRG	Text	Relativgewicht
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule	2,368
Erlös*		**9.472,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7080**

Instabile L1 Fraktur mit Einengung des Spinalkanals, Dekompression und Stabilisierung mittels Schrauben-Stab-System, perkutan

Kode	Text
Hauptdiagnose	
S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels, L1
Nebendiagnose(n)	
S31.84!	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Thorax
M99.33	Knöcherne Stenose des Spinalkanals, Lumbalbereich
Prozeduren	
5-83b.51	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch Schrauben-Stab-System, 2 Segmente, z.B. CD Horizon™ Solera™ Voyager™ 5.5 Sagittal Adjusting Screw (SAS) und SPACE -T™
5-839.60	Knöcherne Dekompression des Spinalkanals, 1 Segment

DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis	2,699
Erlös*		**10.796,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7351**

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

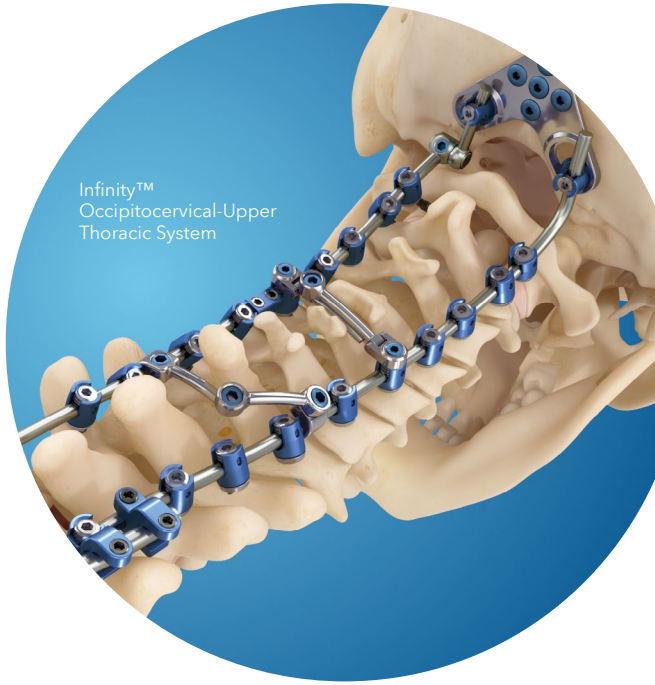
Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Traumatische rotatorische atlanto-axiale Instabilität mit ligamentärer Läsion, occipito-atlanto-axiale Spondylodese mit Schrauben-Stab-System und mit Verwendung von Biomaterialien

Kode	Text
Hauptdiagnose	
S13.11	Luxation von Halswirbeln: C1/C2
Nebendiagnose(n)	
M53.21	Instabilität der Wirbelsäule: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
Prozeduren	
5-030.1	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: Kraniozervikaler Übergang, dorsal
5-030.30	Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, dorsal: 1 Segment
5-836.31	Spondylodese: Dorsal: 2 Segmente
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-83b.51	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 2 Segmente, z.B. Infinity™ Occipitocervical-Upper Thoracic System

DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis	2,699
Erlös*		**10.796,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7351**



* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

BKP bei traumatischer Wirbelkörperfraktur, 1 Wirbelkörper

Kode	Text
Hauptdiagnose	
S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4
Nebendiagnose(n)	
S31.84!	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Thorax
Prozeduren	
5-839.a0	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 1 Wirbelkörper, z.B. KYPHON® XPANDER™

DRG	Text	Relativgewicht
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	1,356
Erlös*		**5.424,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,6860**

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

4.5 Tumorversorgung

Wirbelkörpermetastase T9, Radiofrequenzablation mit Ballonkyphoplastie 1 Wirbelkörper

Kode	Text
Hauptdiagnose	
C79.5 †	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
Nebendiagnose(n)	
M49.55*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Thorakolumbalbereich
C50.4	Bösartige Neubildung oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
Prozeduren	
5-839.h0	Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, perkutan, 1 Wirbelkörper
5-839.a0	Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung, 1 Wirbelkörper

DRG	Text	Relativgewicht
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule	1,720
Erlös*		**6.880,00 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,6820**

* Berechnet mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2023 von 4.000,00 € (weitere Infos)

Solitäre intravertebrale Mammakarzinommetastase, Vertebrektomie mit Wirbelkörperersatz und dorsaler Stabilisierung mit Schrauben-Stab-System und mit Verwendung von Biomaterialien

Kode	Text
Hauptdiagnose	
C79.5 †	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
Nebendiagnose(n)	
C50.4	Bösartige Neubildung oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
Prozeduren	
5-032.6	Zugang zur LWS, retroperitoneal
5-837.00	Wirbelkörperersatz durch Implantat, 1 Wirbelkörper
5-836.50	Spondylodese, ventral, 1 Segment
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, 2 Segmente
5-83b.51	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäul, durch Schrauben-Stab-System, 2 Segmente

DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis	2,699
DRG-Erlös*		10.796,00 €
zzgl. ZE	ZE11.01	889,96 €
DRG + ZE		**11.685,96 €**
!		**Pflege-Relativgewicht: 0,7351**

! Weitere Infos siehe hier

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

5. Ergänzende Hinweise

Kodierung im aG-DRG System 2023

Hinweise zur Kodierung

NUB Abrechnung 2023

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

5.1 Kodierung im aG-DRG-System 2023

Prozeduren aus OPS 2023

5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal
Inkl.: Operationen an intraspinalen Teilen von Rückenmarknerven oder spinalen Ganglien
Exkl.: Operationen an der knöchernen Wirbelsäule (5-83)

5-030 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule
Inkl.: Zervikothorakaler Übergang
Hinw.: Dieser Kode ist auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden

5-030.0 Kraniozervikaler Übergang, transoral
5-030.1 Kraniozervikaler Übergang, dorsal
5-030.2 Kraniozervikaler Übergang, lateral
5-030.3- HWS, dorsal
5-030.30 1 Segment
5-030.31 2 Segmente
5-030.32 Mehr als 2 Segmente
5-030.4- Laminotomie HWS
5-030.40 1 Segment
5-030.41 2 Segmente
5-030.42 Mehr als 2 Segmente
5-030.5- Hemilaminektomie HWS
5-030.50 1 Segment
5-030.51 2 Segmente
5-030.52 Mehr als 2 Segmente
5-030.6- Laminektomie HWS
5-030.60 1 Segment
5-030.61 2 Segmente
5-030.62 Mehr als 2 Segmente
5-030.7- HWS, ventral
5-030.70 1 Segment
5-030.71 2 Segmente
5-030.72 Mehr als 2 Segmente
5-030.8 HWS, lateral
5-030.x Sonstige
5-030.y N.n.bez.

5-031 Zugang zur Brustwirbelsäule
Inkl.: Thorakolumbaler Übergang
Hinw.: Dieser Kode ist auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden

5-031.0- BWS, dorsal
5-031.00 1 Segment
5-031.01 2 Segmente
5-031.02 Mehr als 2 Segmente
5-031.1- Laminotomie BWS
5-031.10 1 Segment
5-031.11 2 Segmente
5-031.12 Mehr als 2 Segmente
5-031.2- Hemilaminektomie BWS
5-031.20 1 Segment
5-031.21 2 Segmente
5-031.22 Mehr als 2 Segmente
5-031.3- Laminektomie BWS
5-031.30 1 Segment
5-031.31 2 Segmente
5-031.32 Mehr als 2 Segmente
5-031.4 Obere BWS, ventral mit Sternotomie
5-031.5 BWS, transpleural
5-031.6 BWS, retropleural
5-031.7 BWS, dorsolateral
5-031.8 Kombiniert transpleural-retroperitoneal
5-031.9 Kombiniert extrapleural-retroperitoneal
5-031.x Sonstige
5-031.y N.n.bez.

5-032 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis
Inkl.: Lumbosakraler Übergang
Hinw.: Dieser Kode ist auch zur Angabe des Zuganges im Rahmen einer Operation zu verwenden

5-032.0- LWS, dorsal
5-032.00 1 Segment
5-032.01 2 Segmente
5-032.02 Mehr als 2 Segmente
5-032.1- Flavektomie LWS
5-032.10 1 Segment

Vorwort
Unser Reimbursement Leistungsangebot
Worauf es in diesem Jahr ankommt
Abbildung im aG-DRG-System 2023
Kodierbeispiele
Ergänzende Hinweise
Abkürzungen
Wichtige Links / Quellen

5-032.11 2 Segmente
5-032.12 Mehr als 2 Segmente
5-032.2- Laminotomie LWS
5-032.20 1 Segment
5-032.21 2 Segmente
5-032.22 Mehr als 2 Segmente
5-032.3- Hemilaminektomie LWS, Inkl.: Teil-Hemilaminektomie
5-032.30 1 Segment
5-032.31 2 Segmente
5-032.32 Mehr als 2 Segmente
5-032.4- Laminektomie LWS
5-032.40 1 Segment
5-032.41 2 Segmente
5-032.42 Mehr als 2 Segmente
5-032.5 LWS, transperitoneal
5-032.6 LWS, retroperitoneal
5-032.7 LWS, dorsolateral
5-032.8 Os sacrum und Os coccygis, dorsal
5-032.9 Os sacrum und Os coccygis, ventral
5-032.a Kombiniert pararektal-retroperitoneal
5-032.b Kombiniert thorako-retroperitoneal
5-032.c Transiliakaler Zugang nach Judet
5-032.x Sonstige
5-032.y N.n.bez.

5-83 Operationen an der Wirbelsäule
Exkl.: Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal (5-03)
Hinw.: Der offen chirurgische Zugang ist gesondert zu kodieren (5-030 ff., 5-031 ff., 5-032 ff.). Aufwendige Gipsverbände sind gesondert zu kodieren (8-310 ff.). Die computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen ist zusätzlich zu kodieren (5-83w.2 ff.).

5-830 Inzision von erkranktem Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule

5-830.0 Debridement
5-830.1 Sequesterotomie
5-830.2 Facettendenervation
5-830.3 Entfernung eines Fremdkörpers
5-830.4 Drainage
5-830.5 Revision einer Fistel
5-830.6 Revision einer Fistel mit Sequesterotomie
5-830.x Sonstige
5-830.y N.n.bez.

5-831 Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe
Hinw.: Ein zusätzlicher Verschluss eines Bandscheibendefektes mit Implantat ist gesondert zu kodieren (5-839.g ff.)

5-831.0 Exzision einer Bandscheibe, Inkl.: Gleichzeitige Entfernung eines freien Sequesters
5-831.2 Exzision einer Bandscheibe mit Radikulodekompression
5-831.3 Exzision von extraforaminal gelegenem Bandscheibengewebe, Inkl.: Gleichzeitige Entfernung eines freien Sequesters
5-831.4 Exzision einer Bandscheibe, perkutan ohne Endoskopie
5-831.5 Exzision einer Bandscheibe, perkutan mit Endoskopie, Inkl.: Gleichzeitige Entfernung eines freien Sequesters
5-831.6 Reoperation bei Rezidiv
Hinw.: Hierunter ist der Eingriff an einer voroperierten Bandscheibe zu verstehen, nicht jedoch die Operation eines erneuten Bandscheibenvorfalls nach konservativer Behandlung
5-831.7 Reoperation mit Radikulolyse bei Rezidiv
Hinw.: Hierunter ist der Eingriff an einer voroperierten Bandscheibe zu verstehen, nicht jedoch die Operation eines erneuten Bandscheibenvorfalls nach konservativer Behandlung
5-831.8 Perkutane Volumenreduktion der Bandscheibe, Inkl.: Perkutane Laser-Diskdekompression, Chemonukleolyse, Coblation
Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
5-831.9 Entfernung eines freien Sequesters ohne Endoskopie
5-831.a Entfernung eines freien Sequesters mit Endoskopie
5-831.x Sonstige
5-831.y N.n.bez.

5-832 Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule
Inkl.: Osteotomie nach Schwab

5-832.0 Spondylophyt
5-832.1 Wirbelkörper, partiell
Inkl.: Ausbohrung eines Wirbelkörpers
Osteotomie nach Schwab Grad 3 und 4 (Pedikelsubstraktionsosteotomie, Closing-wedge-Osteotomie)
5-832.2 Wirbelkörper, total
Inkl.: Osteotomie nach Schwab Grad 5
5-832.3 Densresektion
5-832.4 Arthrektomie, partiell
Inkl.: Osteotomie nach Schwab Grad 1 (Smith-Petersen-Osteotomie)
Hinw.: Eine zugangsbedingte partielle Arthrektomie ist nicht gesondert zu kodieren

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

5-832.5 Arthrektomie, total
Inkl.: Osteotomie nach Schwab Grad 2 (Ponte-Osteotomie)
5-832.6 Unkoforaminektomie
5-832.7 Mehrere Wirbelsegmente (und angrenzende Strukturen)
Inkl.: Osteotomie nach Schwab Grad 6 (Vertebral column resection)
5-832.8 Wirbelbogen
5-832.9 Wirbelbogen (und angrenzende Strukturen)
5-832.x Sonstige
5-832.y N.n.bez.

5-835 Knochenersatz an der Wirbelsäule
Hinw.: Dieser Kode ist zur Angabe eines zusätzlich durchgeführten Knochenersatzes zu verwenden. Die Durchführung einer Knochenmarkpunktion ist gesondert zu kodieren (5-410.00)
5-835.9 Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)
Hinw.: Die Entnahme des Knochentransplantates ist gesondert zu kodieren (5-783)
5-835.a- Verwendung von Knochenersatzmaterial aus Kollagenfasern
5-835.a0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.a1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.b- Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial,
Inkl.: Verwendung von bioaktiver Glaskeramik
5-835.b0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.b1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.c- Verwendung von humaner demineralisierter Knochenmatrix
5-835.c0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.c1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.d- Verwendung von allogenem Knochentransplantat
5-835.d0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.d1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.e- Verwendung von xenogenem Knochentransplantat,
Inkl.: Verwendung eines peptidverstärkten Knochentransplantates
5-835.e0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.e1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumszellen
5-835.x Sonstige
5-835.y N.n.bez.

5-836 Spondylodese
Inkl.: Korrekturspondylodese
Exkl.: Komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule (5-838 ff.)
Hinw.: Die Entnahme eines Knochenspanes ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.)
Eine zusätzlich durchgeführte Osteosynthese oder eine dynamische Stabilisierung sind gesondert zu kodieren (5-83b ff.)
Die Art der verwendeten Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantate ist gesondert zu kodieren (5-835 ff.)
Ein zusätzlich durchgeführter Wirbelkörperersatz durch Implantat oder durch sonstige Materialien ist gesondert zu kodieren (5-837.0 ff., 5-837.a ff.)
Eine zusätzlich durchgeführte Exzision von Knochen- und Gelenkgewebe (z.B. zur Osteotomie) ist gesondert zu kodieren (5-832 ff.)
Ein zusätzlich durchgeführtes ventrales Release ist gesondert zu kodieren (5-839.7)
Eine Spondylodese liegt nur bei Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten vor, nicht bei alleiniger Instrumentierung oder Osteosynthese (5-83b ff.)

5-836.3- Dorsal
5-836.30 1 Segment
5-836.31 2 Segmente
5-836.34 3 Segmente
5-836.35 4 Segmente
5-836.36 5 Segmente
5-836.37 6 Segmente
5-836.38 7 bis 10 Segmente
5-836.39 11 oder mehr Segmente

5-836.4- Dorsal und ventral kombiniert, interkorporal
Hinw.: Diese Kodes sind nur zu verwenden, wenn alle innerhalb einer Operation betroffenen Segmente sowohl dorsal als auch ventral versorgt wurden Diese Kodes sind nicht zu verwenden, wenn innerhalb einer Operation neben kombiniert versorgten Segmenten auch Segmente nur dorsal und/oder nur ventral versorgt wurden. Dann sind sämtliche Segmente getrennt nach dorsal und ventral zu addieren und entsprechend zu kodieren „5-836.3 ff., „5-836.5 ff.) Segmente an unterschiedlichen Lokalisationen jeweils nur dorsal und nur ventral versorgt wurden. Dann sind sämtliche Segmente getrennt nach dorsal und ventral zu addieren und entsprechend zu kodieren „5-836.3 ff., „5-836.5 ff.)
5-836.40 1 Segment
5-836.41 2 Segmente
5-836.44 3 Segmente
5-836.45 4 Segmente
5-836.46 5 Segmente
5-836.47 6 Segmente
5-836.48 7 bis 10 Segmente
5-836.49 11 oder mehr Segmente

5-836.5- Ventral
5-836.50 1 Segment
5-836.51 2 Segmente
5-836.55 3 Segmente
5-836.56 4 Segmente

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

5-836.57 5 Segmente
5-836.58 6 Segmente
5-836.59 7 bis 10 Segmente
5-836.5a 11 oder mehr Segmente
5-836.x Sonstige
5-836.y N.n.bez.

5-837 Wirbelkörperersatz
Hinw.: Eine zusätzlich durchgeführte Osteosynthese oder eine dynamische Stabilisierung sind gesondert zu kodieren (5-83b ff.)
Die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-835 ff.)
Die Entnahme eines Knochenspanes ist gesondert zu kodieren (5-783 ff.)
Eine zusätzlich durchgeführte Spondylodese ist gesondert zu kodieren (5-836 ff.)
Eine zusätzlich durchgeführte Exzision von Knochen- und Gelenk gewebe (z.B. zur Osteotomie) ist gesondert zu kodieren (5-832 ff.)

5-837.0- Wirbelkörperersatz durch Implantat
Inkl.: (Stufenlos) (distrahierbarer) Wirbelkörperersatz mit osteosynthetischer Fixierung
Exkl.: Wirbelkörperersatz durch sonst. Materialien (5-837.a ff.)
Hinw.: Diese Kodes gelten für Implantate mit einer durchgehenden vertikalen Lastabstützung von der Endplatte zur Deckplatte über die Strecke von mindestens einem Wirbelkörper (entsprechend bei mehreren Wirbelkörpern, Anzahl siehe 6. Stelle) und den jeweils anschließenden oberen und unteren Bandscheiben
5-837.00 1 Wirbelkörper
5-837.01 2 Wirbelkörper
5-837.02 3 Wirbelkörper
5-837.04 4 Wirbelkörper
5-837.05 5 oder mehr Wirbelkörper

5-837.a- Wirbelkörperersatz durch sonstige Materialien,
Inkl.: Knochenzement
Exkl.: Wirbelkörperersatz durch Implantat (5-837.0 ff.)
5-837.a0 1 Wirbelkörper
5-837.a1 2 Wirbelkörper
5-837.a2 3 Wirbelkörper
5-837.a3 4 Wirbelkörper
5-837.a4 5 oder mehr Wirbelkörper
5-837.x Sonstige
5-837.y N.n.bez.

5-838 Andere komplexe Rekonstruktionen der Wirbelsäule
Hinw.: Die Entnahme eines Knochenspans ist gesondert zu kodieren (5-783)

5-838.0 Epiphyseodese, dorso-ventral (beim Kind)
5-838.1 Epiphyseodese mit dorsaler Wirbelfusion, unilateral (beim Kind)
5-838.2 Epiphyseodese mit dorsaler Wirbelfusion, bilateral (beim Kind)
5-838.3 Subkutane Harrington-Instrumentation (beim Kind)

5-838.c- Wachstumslenkende Epiphyseodese durch Klammern aus einer Form-Gedächtnis-Legierung [Shape Memory Alloy (SMA)-Staples]
5-838.c0 1 Klammer
5-838.c1 2 Klammern
5-838.c2 3 Klammern
5-838.c3 4 Klammern
5-838.c4 5 Klammern
5-838.c5 6 Klammern
5-838.c6 7 Klammern
5-838.c7 8 Klammern
5-838.c8 9 Klammern
5-838.c9 10 Klammern
5-838.ca 11 Klammern
5-838.cb 12 Klammern
5-838.cc 13 oder mehr Klammern

5-838.d- Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen [VEPTR]
Die operative Verlängerung von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen ist gesondert zu kodieren (5-838.g)
5-838.d0 1 Implantat
5-838.d1 2 Implantate
5-838.d2 3 Implantate
5-838.d3 4 oder mehr Implantate

5-838.e- Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation von extrakorporal expandierbaren Stangen
5-838.e0 1 Implantat
5-838.e1 2 Implantate
5-838.e2 3 Implantate
5-838.e3 4 oder mehr Implantate

5-838.f- Korrektur einer Wirbelsäulendeformität durch Implantation eines mitwachsenden oder wachtsumslenkenden Schrauben-Stab-Systems
5-838.f0 Instrumentierung v. bis zu 7 Wirbelkörpern m. Schrauben-Stab-System
5-838.f1 Instrumentierung v. mehr als 7 Wirbelkörpern m. Schrauben-Stab-System
5-838.f2 Instrumentierung v. bis zu 9 Wirbelkörpern m. Schraben-Band-System
5-838.f3 Instrumentierung v. mehr als 9 Wirbelkörpern m. Schrauben-Band-System
5-838.x Sonstige
5-838.y N.n.bez.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

5-838.g **Operative Verlängerung von vertikalen expandierbaren prothetischen Titanrippen [VEPTR]**

5-839 **Andere Operationen an der Wirbelsäule**

5-839.0 Entfernung von Osteosynthesematerial
5-839.1- **Implantation einer Bandscheibenendoprothese**
5-839.10 1 Segment
5-839.11 2 Segmente
5-839.12 3 Segmente
5-839.13 4 oder mehr Segmente
5-839.2 Revision einer Bandscheibenendoprothese (ohne Wechsel)
5-839.3 Wechsel einer Bandscheibenendoprothese
5-839.4 Entfernung einer Bandscheibenendoprothese
5-839.5 Revision einer Wirbelsäulenoperation
5-839.6- **Knöcherne Dekompression des Spinalkanals,**
Inkl.: Unterschneidende Dekompression
5-839.60 1 Segment
5-839.61 2 Segmente
5-839.62 3 Segmente
5-839.63 4 oder mehr Segmente
5-839.7 Release bei einer Korrektur von Deformitäten als erste Sitzung,
Inkl.: Bei Skoliose
Exkl.: Dorsales knöchernes Release (5-832 ff.)
5-839.9- **Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne intravertebrale, instrumentelle Wirbelkörperaufrichtung,**
Inkl.: Vertebroplastie, Spongioplastie
Exkl.: Kyphoplastie (5-839.a ff.)
Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
5-839.90 1 Wirbelkörper
5-839.91 2 Wirbelkörper
5-839.92 3 Wirbelkörper
5-839.93 4 oder mehr Wirbelkörper
5-839.a- **Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit intravertebraler, instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung,**
Inkl.: Kyphoplastie
Exkl.: Vertebroplastie, Spongioplastie (5-839.9 ff.)
Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren
5-839.a0 1 Wirbelkörper
5-839.a1 2 Wirbelkörper
5-839.a2 3 Wirbelkörper
5-839.a3 4 oder mehr Wirbelkörper
5-839.b- **Implantation eines interspinösen Spreizers**
5-839.b0 1 Segment
5-839.b2 2 Segmente
5-839.b3 3 oder mehr Segmente
5-839.c- **Wechsel eines interspinösen Spreizers**
5-839.c0 1 Segment
5-839.c2 2 Segmente
5-839.c3 3 oder mehr Segmente
5-839.d- **Entfernung eines interspinösen Spreizers**
5-839.d0 1 Segment
5-839.d2 2 Segmente
5-839.d3 3 oder mehr Segmente
5-839.e Entnahme von Bandscheibenzellen zur Anzüchtung als selbständiger Eingriff
Hinw.: Dieser Kode ist nur anzugeben, wenn die Operation speziell zur Entnahme von Bandscheibenzellen erfolgte. Der Kode ist nicht zu verwenden, wenn die Entnahme von Bandscheibenzellen im Rahmen einer anderen Operation erfolgte
5-839.f- **Implantation von in vitro hergestellten Gewebekulturen in die Bandscheibe**
5-839.f0 1 Segment
5-839.f1 2 Segmente
5-839.f2 3 oder mehr Segmente
5-839.g- **Verschluss eines Bandscheibendefektes (Anulus) mit Implantat**
Exkl.: Verschluss eines Bandscheibendefektes durch Naht (5-839.n ff.)
Hinw.: Die Exzision von erkranktem Bandscheibengewebe ist gesondert zu kodieren (5-831 ff.)
5-839.g0 1 Segment
5-839.g1 2 Segmente
5-839.g2 3 oder mehr Segmente
5-839.h- **Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, perkutan**
Hinw.: Die Knochenbohrung und das bildgebende Verfahren sind im Kode enthalten
5-839.h0 1 Wirbelkörper
5-839.h1 2 Wirbelkörper
5-839.h2 3 Wirbelkörper
5-839.h3 4 oder mehr Wirbelkörper
5-839.j Augmentation der Bandscheibe (Nukleus) mit Implantat
5-839.j0 1 Segment
5-839.j1 2 Segmente
5-839.j2 3 oder mehr Segmente
5-839.k Spinöse Fixierung mit Implantat
Inkl.: Paraspinöse Fixierung mit Implantat
Paraspinöse Flexions- od. Extensionslimitierung m. Implantat
Exkl.: Implantation eines interspinösen Spreizers (5-839.b ff.)
5-839.k0 1 Segment
5-839.k1 2 Segmente
5-839.k2 3 oder mehr Segmente
5-839.m Autogene matrixinduzierte Chondrozytentransplantation in die Bandscheibe

Vorwort
Unser Reimbursement Leistungsangebot
Worauf es in diesem Jahr ankommt
Abbildung im aG-DRG-System 2023
Kodierbeispiele
Ergänzende Hinweise
Abkürzungen
Wichtige Links / Quellen

5-839.m0 1 Segment
5-839.m1 2 Segmente
5-839.m2 3 oder mehr Segmente
5-839.n Verschluss eines Bandscheibendefektes durch Naht Fixationsmaterial, Knochenanker
5-839.n0 1 Segment
5-839.n1 2 Segmente
5-839.n2 3 oder mehr Segmente
5-839.x Sonstige
5-839.y N.n.bez.

5-83a Minimal-invasive Behandlungsverfahren an der Wirbelsäule (zur Schmerztherapie)
Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren

5-83a.0- Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenervation
5-83a.00 1 Segment
5-83a.01 2 Segmente
5-83a.02 3 oder mehr Segmente
5-83a.1- Thermomodulation der Bandscheibe
5-83a.10 1 Segment
5-83a.11 2 Segmente
5-83a.12 3 oder mehr Segmente
5-83a.x Sonstige
5-83a.y N.n.bez.

5-83b Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule
Exkl.: Implantation einer Bandscheibenprothese (5-839.1 ff.), Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne intravertebrale, instrumentelle Wirbelkörperaufrichtung (5-839.9 ff.), Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit intravertebraler, instrumenteller Wirbelkörperaufrichtung (5-839.a ff.), Implantation eines interspinösen Spreizers (5-839.b ff.)
Osteosynthese einer Sakrumfraktur ohne (Teil-)Fixierung des Osteosynthesematerials in der Lendenwirbelsäule (5-79)
Hinw.: Bei Kombinationen von unter 5-83b genannten verschiedenen Verfahren (Implantate) während eines Eingriffs sind alle verschiedenen Verfahren (Implantate) einzeln zu kodieren. Bei Verwendung gleicher Implantate an verschiedenen Abschnitten der Wirbelsäule während eines Eingriffs ist nur ein Kode für das jeweilige Verfahren (Implantat) mit Summierung der Anzahl aller versorgten Wirbelsäulensegmente anzugeben.
Die durch eine Osteosynthese bedingte Fixation von Wirbelsegmenten ist im Kode enthalten, nur eine zusätzlich mit Knochen oder Knochenersatzmaterialien durchgeführte Spondylodese ist gesondert zu kodieren (5-836 ff.)
Eine zusätzlich durchgeführte Wirbelkörperresektion ist gesondert zu kodieren (5-832.1, 5-832.2)
Ein zusätzlich durchgeführter Wirbelkörperersatz durch Implantat oder durch sonstige Materialien ist gesondert zu kodieren (5-837.0 ff., 5-837.a ff.)
Eine zusätzlich durchgeführte Augmentation des Schraubenlagers ist gesondert zu kodieren (5-83w.0)
Die Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen) ist gesondert zu kodieren (5-835.9)
Die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten ist gesondert zu kodieren (5-835.a ff., 5-835.b ff., 5-835.c ff., 5-835.d ff., 5-835.e ff.)
Die Verwendung von Systemen zur dynamischen Stabilisierung ist gesondert zu kodieren (5-83w.1)
Halswirbel ohne dazwischenliegende Bandscheibe sind bei der Zählung der Segmente zu berücksichtigen.
Die knöchernen Strukturen, die mit der Wirbelsäule artikulieren (Occiput, Os sacrum, Os ilium), sind bei der Zählung der Segmente jeweils als 1 Segment zu berücksichtigen
Die Anzahl der Segmente ist in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren:
0 1 Segment
1 2 Segmente
2 3 Segmente
4 4 Segmente
5 5 Segmente
6 6 Segmente
7 7 bis 10 Segmente
8 11 oder mehr Segmente
5-83b.0 Durch Drahtcerclage
5-83b.1 Durch Klammersystem
5-83b.2 Durch Schrauben
5-83b.3 Durch ventrales Schrauben-Platten-System
5-83b.4 Durch dorsales Schrauben-Platten-System
5-83b.5 Durch Schrauben-Stab-System
Hinw.: Die Anzahl der Segmente entspricht der Anzahl der mit einem oder mehreren Stäben überbrückten Segmente. Hierbei muss nicht jeder auf dieser Strecke liegende Wirbelkörper mit Pedikelschraube(n) besetzt sein.
5-83b.6 Durch Hakenplatten
5-83b.7 Durch intervertebrale Cages,
Inkl.: (Stufenlos) distrahierbare intervertebrale Cages, intervertebrale Cages mit osteosynthetischer Fixierung
5-83b.8 Durch Fixateur externe
Hinw.: Der Zugang ist hier nicht gesondert zu kodieren. Die Extension der Wirbelsäule ist gesondert zu kodieren (8-41 ff.)
5-83b.x Sonstige
5-83b.y N.n.bez.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Ergänzende OPS-Kodes

Die Kodierung der Zusatzinformationen ist auch bei fehlender Erlösrelevanz unerlässlich, um die Dokumentation der ärztlichen Sorgfalt, die Qualitätssicherung, eine korrekte Fallabbildung in der Kodierung und die Kostentransparenz für die eingesetzten Ressourcen zu gewährleisten. Nur so wird zukünftig eine Erlösrelevanz möglich.

5-783 Entnahme eines Knochentransplantates
Exkl.: Entnahme eines Knorpeltransplantates (5-801.a ff., 5-812.8 ff.)
Entnahme von Rippengewebe zur Transplantation (5-343.2, 5-343.4)
Hinw.: Eine durchgeführte Knochentransplantation ist gesondert zu kodieren (5-275 ff., 5-346.7, 5-77b ff., 5-784 ff.)
Die Lokalisation ist für die mit ** gekennzeichneten Kodes in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-780 zu kodieren

0↔	Klavikula	g↔	Femurschaft
1↔	Humerus proximal	h↔	Femur distal
2↔	Humerusschaft	j↔	Patella
3↔	Humerus distal	k↔	Tibia proximal
4↔	Radius proximal	m↔	Tibiaschaft
5↔	Radiusschaft	n↔	Tibia distal
6↔	Radius distal	p↔	Fibula proximal
7↔	Ulna proximal	q↔	Fibulaschaft
8↔	Ulnaschaft	r↔	Fibula distal
9↔	Ulna distal	s↔	Talus
a↔	Karpale	t↔	Kalkaneus
b↔	Metakarpale	u↔	Tarsale
c↔	Phalangen Hand	v↔	Metatarsale
d↔	Becken	w↔	Phalangen Fuß
e↔	Schenkelhals	z↔	Skapula
f↔	Femur proximal	x↔	Sonstige

5-783.0** Spongiosa, eine Entnahmestelle

5-83w Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule
5-83w.0 Augmentation des Schraubenlagers,
Inkl.: Augmentation durch Composite-Material
5-83w.1 Dynamische Stabilisierung
5-83w.2 Computergestützte Planung von Wirbelsäulenoperationen
5-83w.20 Ohne Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten oder Zielinstrumentarium
5-83w.21 Mit Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten
5-83w.22 Mit Verwendung von patientenindividuell angepasstem Zielinstrumentarium
5-83w.23 Mit Verwendung von patientenindividuell angepassten Implantaten und Zielinstrumentarium

5-986.x Minimalinvasive Technik, Sonstige

6-003.4 Dibotermin alfa, Implantation am Knochen
6-003.40 12 mg bis unter 24 mg
6-003.41 24 mg bis unter 36 mg
6-003.42 36 mg oder mehr

Wichtig! Für das Medikament kann ein individuelles Zusatzentgelt verhandelt werden - ZE2022-63

Einsatz intraoperative Navigation:

5-988 Anwendung eines Navigationssystems

.0 Radiologisch
.1 Elektromagnetisch
.2 Sonographisch
.3 Optisch
.x Sonstige

Einsatz intraoperative Bildgebung – O-arm®:

3-992 Intraoperative Anwendung des Verfahrens
3-996 Anwendung eines 3D-Bildwandlers

5-987 Anwendung eines OP-Roboters
5-987.1 Roboterarm
Hinw.: Ein Roboterarm-gestütztes chirurgisches Assistenzsystem verfügt über mindestens 6 Freiheitsgrade und ist gekennzeichnet durch mindestens eines der folgenden Merkmale:
Aktive Limitierung durch den Roboterarm bei Überschreitung der geplanten Interventionsgrenzen unter Navigation
Automatische Positionierung des Instrumentenadapters auf die geplante Interventionsebene bzw. Trajektorie
Automatisches Nachführen des Roboterarms zum Halten der Interventionsebene bei Patientenbewegung, z.B. Halten der Schnittebene, Endoskoptrajektorie, Pedikelschraubentrajektorie

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

8-925 Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring
Inkl.: Elektrophysiologisches Monitoring
Sprachmonitoring bei Wacheingriffen
Exkl.: Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring des N. recurrens im Rahmen einer anderen Operation (5-069.4 ff.)
Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring des N. facialis bei der Resektion einer Speicheldrüse (5-262 ff.)
Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring bei Operationen am Glomus caroticum und anderen Paraganglien (5-398.2)

8-925.0 Bis 4 Stunden
Hinw.: Die Dauer berechnet sich vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden
8-925.00 Mit Stimulationselektroden
8-925.01 Mit evozierten Potenzialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
Hinw.: Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Kode enthalten
8-925.02 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
8-925.03 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potenzialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
8-925.04 Mit 8 oder mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
Hinw.: Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potenzialen ist im Kode enthalten
8-925.0x Sonstige
8-925.2 Mehr als 4 Stunden bis 8 Stunden
Hinw.: Die Dauer berechnet sich vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden
8-925.20 Mit Stimulationselektroden
8-925.21 Mit evozierten Potenzialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
Hinw.: Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Kode enthalten
8-925.22 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
8-925.23 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potenzialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
8-925.24 Mit 8 oder mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
Hinw.: Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potenzialen ist im Kode enthalten
8-925.2x Sonstige
8-925.3 Mehr als 8 Stunden bis 12 Stunden
Hinw.: Die Dauer berechnet sich vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden
8-925.30 Mit Stimulationselektroden
8-925.31 Mit evozierten Potenzialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
Hinw.: Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Kode enthalten
8-925.32 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
8-925.33 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potenzialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
8-925.34 Mit 8 oder mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
Hinw.: Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potenzialen ist im Kode enthalten
8-925.3x Sonstige
8-925.4 Mehr als 12 Stunden
Hinw.: Die Dauer berechnet sich vom Anlegen bis zur Abnahme der Elektroden
8-925.40 Mit Stimulationselektroden
8-925.41 Mit evozierten Potenzialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
Hinw.: Eine ggf. durchgeführte Anwendung von Stimulationselektroden ist im Kode enthalten
8-925.42 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
8-925.43 Mit weniger als 8 kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung) und mit evozierten Potenzialen (AEP, SEP, MEP, VEP)
8-925.44 Mit 8 oder mehr kortikalen Elektroden (Elektrokortikographie, Phasenumkehr und/oder Kartierung)
Hinw.: Ein ggf. durchgeführtes Monitoring mit evozierten Potenzialen ist im Kode enthalten
8-925.4x Sonstige

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

5.2 Hinweise zur Kodierung

WICHTIGKEIT DER RICHTIGEN UND VOLLSTÄNDIGEN KODIERUNG

Im Rahmen der Kodierung wird die in der medizinischen Dokumentation verwendete Fachsprache in eine Dokumentationssprache übersetzt. Dies sollte besten Falls losgelöst von möglichen Auswirkungen auf den DRG-Erlös erfolgen. Um eine sachgerechte Vergütung zu erhalten ist eine richtige und vollständige Kodierung ohne Diskrepanzen zwischen dieser und der medizinischen Dokumentation unabdingbar. Gerade vor dem Hintergrund möglicher Abrechnungsprüfungen durch den MDK kommt diesem Umstand eine noch größere Bedeutung zu. Eine saubere Dokumentation und vollständige Kodierung können die Ausgangssituation des Krankenhauses im Rahmen der Abrechnungsprüfung verbessern. Ganz davon abgesehen kann nur aufgrund einer eindeutigen, vollständigen und aufwandsgerechten Kodierung eine realitätsnahe Weiterentwicklung des aG-DRG-Systems vorgenommen werden. Das Weglassen zum Beispiel von OPS-Kodes die momentan keine Auswirkung auf die DRG-Zuordnung haben hat zur Folge, dass diese auch im Rahmen der jährlichen Kalkulation des InEK nicht identifiziert und so mögliche Kostenunterschiede nicht abgebildet werden.

BESONDERHEITEN DER KODIERUNG WIRBELSÄULENCHIRURGISCHER EINGRIFFE

Das Grundprinzip des OPS ist die monokausale Kodierung. Das bedeutet, dass normalerweise jeder Einzelkode alle Informationen einer Prozedur inklusive Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht etc. enthält. Implantiert man zum Beispiel einen Zweikammer-Herzschrittmacher mit einer Sonde ist neben den Diagnosen lediglich der **OPS-Kode 5-377.2 Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators und Ereignis-Rekorders: Schrittmacher, Zweikammersystem, mit einer Schrittmachersonde** zu kodieren. Bei wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen stellt sich die Kodierung jedoch nicht ganz so einfach dar. Möchte man einen Eingriff zur Fusion von zwei Wirbelkörpern kodieren, bei dem man einen Cage und ein Schrauben-Stab-System implantiert hat, ist zum einen die Spondylodese, die Verwendung des Cages sowie die Implantation und Entnahme von autologem Knochen zu kodieren und zum anderen die Stabilisierung mit dem Schrauben-Stab-System. Handelt es sich bei dem Eingriff um einen offenchirurgischen Eingriff ist außerdem, falls nicht anders in den Hinweisen des OPS-Katalogs beschrieben, der Zugang gesondert anzugeben. Demnach macht es Sinn sich bei der Kodierung von wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen die Hinweise und In-bzw. Exklusiva der OPS-Kodes einmal genauer an zuschauen. Alle wichtigen OPS-Kodes für die Kodierung von wirbelsäulenchirurgischen Eingriffen finden Sie inklusive Hinweisen, In- und Exklusiva in dieser Broschüre unter „Ergänzende Hinweise_Kodierung am aG-DRG-System 2023“.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

KODIERUNG VON KOMBINIERTEN SPONDYLODESEN

Im OPS-Katalog wird bei den Spondylodesen nach dorsal (5-836.3), ventral (5-836.5) sowie dorsal und ventral kombiniert (5-836.4) unterschieden. Bei kombinierten Spondylodesen, bei denen beispielsweise 3 Segmente dorsal und 1 Segment ventral versteift werden, gab es in der Vergangenheit bedingt durch fehlende Hinweise oder spezifische Kodierrichtlinien unterschiedliche Kodierpraktiken, die zum Teil zu unterschiedlichen DRGs führten. Um hier eine einheitliche Kodierung und DRG-Zuordnung zu erreichen wurde folgender Hinweistext zu OPS 5-836.4 Spondylodese, dorsal und ventral kombiniert, intrakorporal ergänzt:

> *Diese Kodes sind nur zu verwenden, wenn alle innerhalb einer Operation betroffenen Segmente sowohl dorsal als auch ventral versorgt wurden.*
>
> *Wenn innerhalb einer Operation neben kombiniert versorgten Segmenten auch Segmente nur dorsal und/oder ventral versorgt wurden, sind alle Segmente getrennt nach dorsal und ventral zu addieren und mit den entsprechenden Kodes (5-836.3 ff., 5-836.5 ff.) zu kodieren. Das selbe gilt für die Versorgung an unterschiedlichen Lokalisationen der Wirbelsäule, wenn die Segmente jeweils nur dorsal und nur ventral versorgt wurden.*

Weiterhin gilt, dass die Spondylodese-Kodes alleine keine Fusionsoperation beschreiben. Hierzu ist zusätzlich die Verwendung von Knochentransplantaten oder Knochenersatzmaterialien (5-835 ff.) anzugeben. Ein zusätzlich durchgeführte Stabilisierung/Osteosynthese ist wie gehabt gesondert mit 5-83b ff. anzugeben.

BESONDERHEITEN BEI DER KODIERUNG VON DIAGNOSEN VON BÖSARTIGEN NEUBILDUNGEN

Neben verletzungsbedingten Frakturen und Osteoporose können auch bösartige Neubildungen und deren Metastase(n) zur Kompression von Wirbelkörpern führen. Bei der Kodierung der Diagnosen kommt der Unterscheidung zwischen Behandlung des Primärtumors und der Behandlung der Metastase(n) eine wichtige Bedeutung zu. Generell hängt die Wahl der Hauptdiagnose davon ab, was im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes behandelt wird. Erfolgt die Aufnahme zur Behandlung des Primärtumors, ist ein entsprechender ICD-Kode als Hauptdiagnose auszuweisen. Werden jedoch nur die Metastase(n) behandelt, wie im Rahmen der Ballonkyphoplastie bei Wirbelkörpermetastasen, ist/sind diese als Hauptdiagnose zu kodieren und der Primärtumor als Nebendiagnose anzugeben. Ist die Lokalisation des Primärtumors unbekannt, ist ein Kode aus C80.- Bösartige Neubildung ohne Angabe der Lokalisation zu kodieren. Wird der Patient sowohl zur Behandlung des Primärtumors aufgenommen als auch zur Behandlung der Metastase(n) ist die Diagnose als Hauptdiagnose auszuwählen, die die meisten Ressourcen verbraucht.

Kommt die Ballonkyphoplastie bei einer durch Metastase(n) bedingten Wirbelkörperkompression zum Einsatz, wird die Wirbelkörperfraktur je nach Lokalisation mit einem Sternkode aus **M49.5-* Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten** kodiert. Im Zuge der Kreuz-Stern-Systematik ist die Metastase als Ursache der Kompression mit dem Kreuzkode **C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks** anzugeben. Als Nebendiagnose ist zusätzlich der Primärtumor zu verschlüsseln.

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

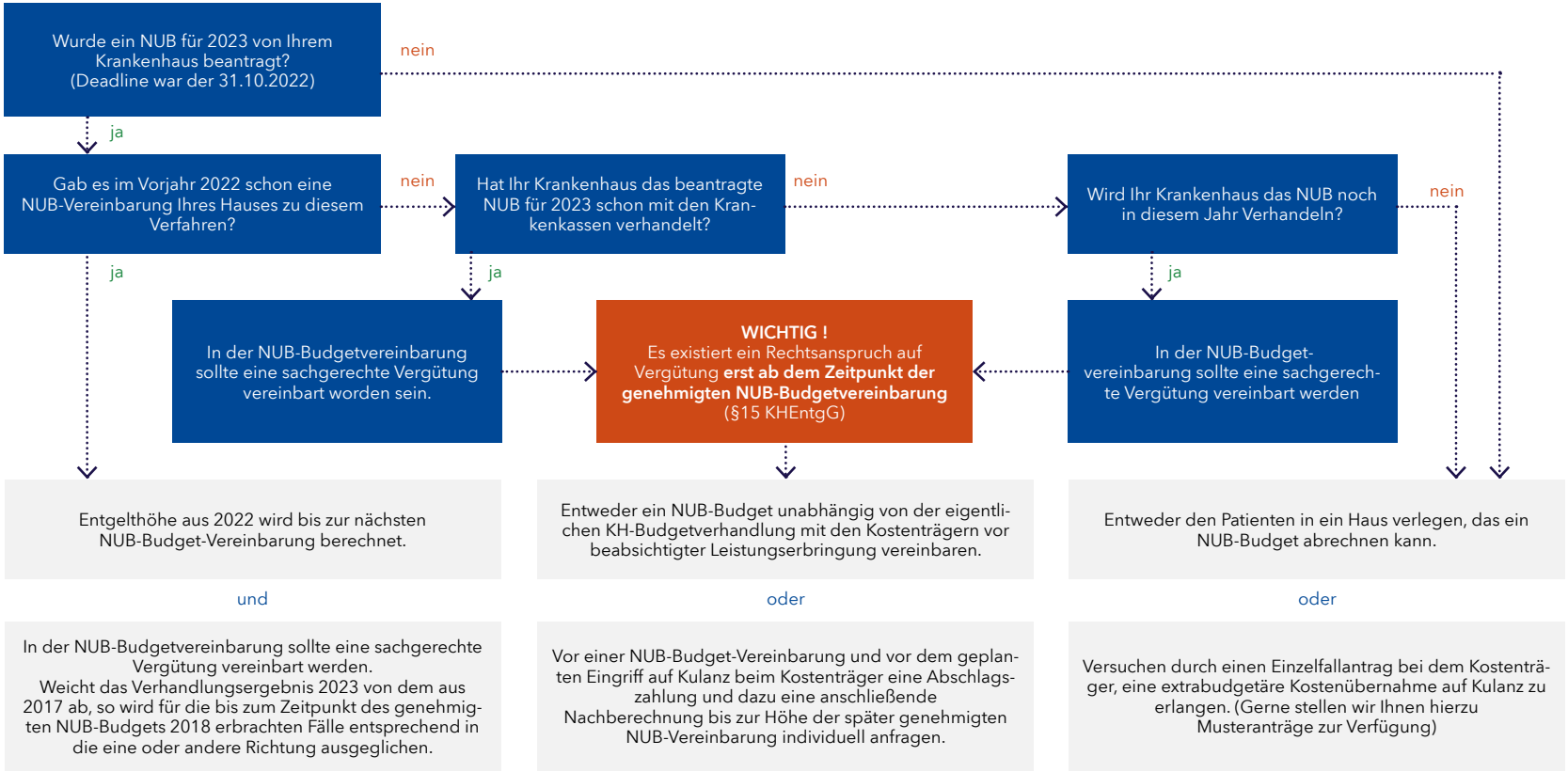
Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

5.3 NUB-Abrechnung 2023

Das InEK hat mit der Aufstellung der Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntgG für 2023 am 31.01.2023 erneut den Status 1 für die Therapie der Skoliose mittels mitwachsendem Schrauben-Stab-System (NUB lfd. Nr. 178 veröffentlicht).



! Der mit der Neufassung des §137h SGB V geänderte rückwirkende Anspruch auf die vereinbarte oder durch die Schiedsstelle festgelegte Vergütung ab dem Zeitpunkt der Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 KHSG oder nach § 6 Absatz 2 Satz 2 der BPflV gilt nur für gemäß §137h SGB V erstmalig beantragte NUB ab dem Beantragungsjahr 2017. Dem entgegen können bereits in 2017 vereinbarte NUB-Entgelte bis zur nächsten NUB-Budget-Vereinbarung 2023 berechnet werden (s.o.).

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

6. Abkürzungsverzeichnis

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
AWAR	Ausnahme Wiederaufnahmeregelung
BBFW	Bundesbasisfallwert
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BR	Bewertungsrelation
BVMed	Berufsverband Medizintechnologie
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EV	Externe Verlegung
FDA	Fixkostendegressionsabschlag
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
KIE	Krankenhausindividuelles Entgelt
LBFW	Landesbasisfallwert
MD	Medizinischer Dienst
MD Bund	Medizinischer Dienst Bund
MVD	Mittlere Verweildauer
ND	Nebendiagnose
NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
OGVD	Obere Grenzverweildauer
OPS	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
SKK	Sachkostenkorrektur
UGVD	Untere Grenzverweildauer
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links

7. Wichtige Links

Zum Zeitpunkt der Broschürenerstellung waren noch nicht alle Landesbasisfallwerte für 2023 vereinbart.
Die aktuellen Landesbasisfallwerte entnehmen Sie bitte der Internetseite der AOK.
http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/krankenhaus/lbfw/index.html

Alternativ können Sie die Landesbasisfallwerte auch der Internetseite des vdek entnehmen.
https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte/_jcr_content/par/download_180935136/file.res/LBFW_2023.pdf

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:
https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=107

Hinweise zum aG-DRG-System 2023 auf der Website des InEK
https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2023

Kodierkataloge auf der Website des BfArM
https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html

Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System
https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/sachkostenfinanzierung

Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG)
https://www.bvmed.de/de/bvmed/publikationen/broschueren-gesundheitsversorgung/sachkostenfinanzierung-ag-drg-system-2020

Vorwort

Unser Reimbursement Leistungsangebot

Worauf es in diesem Jahr ankommt

Abbildung im aG-DRG-System 2023

Kodierbeispiele

Ergänzende Hinweise

Abkürzungen

Wichtige Links / Quellen

Medtronic

Medtronic GmbH
Earl-Bakken-Platz 1
40670 Meerbusch

Telefon: +49-2159-81 49-0
Telefax: +49-2159-81 49-100
E-Mail: rs.dusreimbursement@medtronic.com

www.medtronic-reimbursement.de

Ihr Ansprechpartner

Dr. med. Andreas Witthohn
Reimbursement & Health Economics
Wirbelsäule, Biomaterialien & Neurovaskular

UC202311058 DEPDF © Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 05/2023

Rechtlicher Hinweis
Alle Angaben sind Empfehlungen von Medtronic, beziehen sich ausschließlich auf von Medtronic vertriebene Produkte und Therapien und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Die verwendeten Kodierbeispiele lassen keine allgemein gültigen Rückschlüsse auf deren Anwendung zu. Informationen über die Anwendung bestimmter Produkte und Therapien von Medtronic finden Sie in der jeweiligen Gebrauchsanweisung. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.

Detaillierte Informationen über die Gebrauchsanweisung, Implantationsverfahren, Indikationen, Kontraindikationen, Warnhinweise, Vorsichtsmaßnahmen und mögliche Komplikationen sind dem Produkthandbuch zu entnehmen. Weitere Informationen erhalten Sie bei Ihrem zuständigen Medtronic-Vertreter und/oder auf der Medtronic Website unter medtronic.de.

Informationen zu den jeweiligen Produkten finden Sie in der Gebrauchsanweisung unter www.medtronic.com/manuals. Handbücher können unter Verwendung der aktuellen Version eines gängigen Internet-Browsers eingesehen werden. Für optimale Ergebnisse verwenden Sie den Adobe Acrobat® Reader zusammen mit dem Browser.