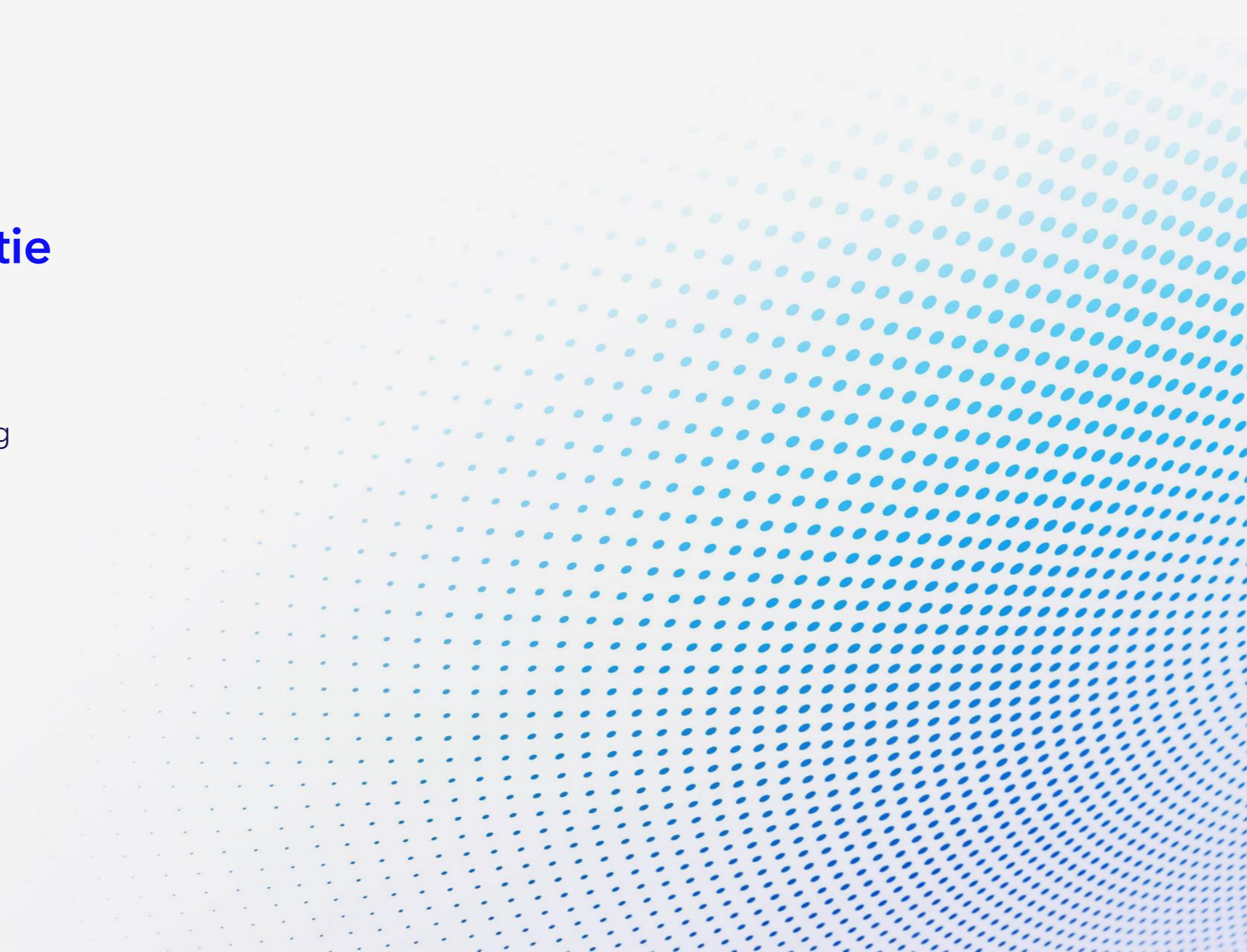


Medtronic

Ballonkyphoplastie

Kodierung und Vergütung
in der stationären Versorgung
(Hauptabteilung) 2026



Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

wir freuen uns sehr, Ihnen mit dieser Broschüre eine praxisnahe Orientierungshilfe zur Kodierung und Abrechnung unserer Verfahren vorzustellen. Unser Ziel ist es, Sie bei der Leistungsdokumentation in Ihrem klinischen Alltag effizient zu begleiten. Eine Übersicht über weitere Broschüren und Flyer zur Kodierung finden Sie unter

<https://www.medtronic.com/de-de/fachkreise/reimbursement.html>

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Andreas Witthohn

Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie/Sozialmedizin
Senior Manager Reimbursement & Health Economics



Inhaltsverzeichnis

1. Unser Reimbursement Leistungsangebot

2. Abbildung im aG-DRG-System 2026

2.1 Kodierbeispiele

3. Ergänzende Hinweise

3.1 Hinweise zur Kodierung

3.2 Prozeduren OPS 2026

3.3 Diagnosen ICD-10 GM 2026

3.4 Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System

4. Abkürzungsverzeichnis

5. Wichtige Links

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



AOP-, EBM-,
GOÄ- und
DRG-Hinweise



Informationen
zur Abrechnung
und Kodierung



Hinweise zu
Änderungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen
zu Fragen des
MD und der
Kostenträger



Hinweise zum
Strategie- &
Leistungs-
portfolio



Informationen
zum NUB-
Verfahren inkl.
§137h SGB V



Hinweise zu
gesundheits-
politischen
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.

2. Abbildung im aG-DRG-System 2026

Wie bereits im letzten Jahr werden Eingriffe an der Wirbelsäule in den Basis-DRGs

I06 Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, 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 für die Ballonkyphoplastie.

Therapie	DRG	BWR	UGVD	OGVD	DRG-Erlös*
Ballonkyphoplastie 1 Wirbelkörper	I09I	1,267	2	15	5.777,52 €
Ballonkyphoplastie > 1 Wirbelkörper	I09H	1,604	2	14	7.314,24 €
Ballonkyphoplastie 1 Wirbelkörper + Schrauben-Stab-System 1 Segment	I09G	2,221	2	14	10.127,76 €
Ballonkyphoplastie 1 - 3 Wirbelkörper + Schrauben-Stab-System / Schrauben-Platten-System, 2 - 3 Segmente	I09F	2,504	3	20	11.418,24 €
Ballonkyphoplastie 1 - 3 Wirbelkörper + Schrauben-Stab-System / Schrauben-Platten-System, > 3 Segmente	I09E	3,219	4	25	14.678,64 €
Ballonkyphoplastie 1 Wirbelkörper + Radiofrequenzablation	I09H	1,604	2	14	7.314,24 €
Ballonkyphoplastie > 1 Wirbelkörper + Radiofrequenzablation > 1 Wirbelkörper	I09G	2,221	2	14	10.127,76 €

Trigger sind:

- Anzahl der versorgten Wirbelkörper
- Zusätzlich durchgeführte Stabilisierung nach Anzahl der Segmente
- PCCL > 3

Es ist darauf hinzuweisen, dass durch die Kodierung anderer Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen oder OPS-Prozeduren eine Gruppierung in andere DRGs möglich ist.

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

2.1 Kodierbeispiele

BKP bei traumatischer Wirbelkörperfraktur, 1 Wirbelkörper

Kodes		
Hauptdiagnose		
S22.02	Neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, nicht näher bezeichnet	
Nebendiagnose(n)		
S21.84!	!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		BWR
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	1,267
Erlös*		5.777,52 €

BKP bei Osteoporose-bedingter Fraktur, 2 Wirbelkörper

Kodes		
Hauptdiagnose		
M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	
Prozeduren		
5-839.a1	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufrichtung: 2 Wirbelkörper, z.B. KYPHON® XPANDER™ II	
DRG		BWR
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	1,604
Erlös*		7.314,24 €

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Ballonkyphoplastie

Kodierung und Vergütung stationäre Versorgung (Hauptabteilung) 2026

BKP bei Osteoporose-bedingter Fraktur 2 Wirbelkörper + Stabilisierung durch Schrauben-Stab-System mit fenestrierten Schrauben, minimal-invasiv

Kodes		
Hauptdiagnose		
M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]	
Prozeduren		
5-839.a1	Andere Operationen an der Wirbelsäule: Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung: 2 Wirbelkörper, z.B. KYPHON® XPANDER™ II	
5-83b.52	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 3 Segmente, z.B. cannulated CD Horizon® Solera® Sextant®	
5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	
5-83w.0	Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule: Augmentation des Schraubenlagers	
DRG		BWR
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherner Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis	2,504
Erlös*		11.418,24 €



KYPHON® XPANDER™ II



XPANDER™ Ballone

* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

Ballonkyphoplastie

Kodierung und Vergütung stationäre Versorgung (Hauptabteilung) 2026

BKP bei Metastasen-bedingter Wirbelkörperkompression 1 Wirbelkörper mit Radiofrequenzablation

Kodes		
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.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™ II	
5-839.h0	Andere Operationen an der Wirbelsäule, Destruktion von knöchernem Gewebe durch Radiofrequenzablation, perkutan, 1 Wirbelkörper, z.B. OsteoCool™ RF-Ablationssystem	
DRG		BWR
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	1,604
Erlös*		7.314,21 €



* DRG-Erlös für Normallieger, ermittelt mit fiktivem Bundesbasisfallwert 2026 in Höhe von 4.560 € (s. auch [Wichtige Links](#))

3. Ergänzende Hinweise

3.1 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 MD 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 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-Code 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 Code 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.

3.2 Prozeduren OPS 2026

5-839.a	Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung Inkl.: Kyphoplastie Exkl.: Vertebroplastie, Spongioplastik (5-839.9ff.) Hinw.: Der Zugang ist 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
5-83b	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule Exkl.: Implantation einer Bandscheibenprothese (5-839.1 ff.) Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung (5-839.9 ff.) Implantation von Material in einen Wirbelkörper mit Verwendung eines Systems zur intravertebralen, instrumentellen Wirbelkörperaufriechung (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 durchgeführte Wirbelkörperresektion ist gesondert zu kodieren (5-832.1, 5-832.2) Ein durchgeführter Wirbelkörperersatz durch Implantat oder durch sonstige Materialien ist gesondert zu kodieren (5-837.0 ff., 5-837.a ff.) Eine durchgeführte Augmentation des Schraubenlagers ist zusätzlich zu kodieren (5-83w.0) Die Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen) ist zusätzlich zu kodieren (5-835.9) Die Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten ist zusätzlich 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 zusätzlich 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:

Kode	Titel
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.: 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 d. Wirbelsäule ist gesondert zu kodieren (8-41)
5-83b.x**	Sonstige
5-83b.y	N.n.bez.

Ballonkyphoplastie

Kodierung und Vergütung stationäre Versorgung (Hauptabteilung) 2026

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

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 Hinw.: Dieser Kode kann als Zusatzkode zu einem Kode aus Kap. 5 angegeben werden

3.3 Diagnosen ICD-10 GM 2026

Benutze die zusätzliche Schlüsselnummer M96.6, um anzugeben, dass die Fraktur beim Einsetzen eines orthopädischen Implantates, einer Gelenkprothese oder einer Knochenplatte aufgetreten ist. Benutze eine zusätzliche Schlüsselnummer aus Z96.6-, um anzugeben, dass es sich um eine Fraktur bei bereits vorhandenem orthopädischen Gelenkimplantat handelt.

Traumatische Wirbelfrakturen

S22.0	Fraktur eines Brustwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
S22.01	Fraktur eines Brustwirbels: T1 und T2
S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4
S22.03	Fraktur eines Brustwirbels: T5 und T6
S22.04	Fraktur eines Brustwirbels: T7 und T8
S22.05	Fraktur eines Brustwirbels: T9 und T10
S22.06	Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12
S22.1	Multiple Frakturen der Brustwirbelsäule
S32.00	Fraktur eines Lendenwirbels: Höhe nicht näher bezeichnet
S32.01	Fraktur eines Lendenwirbels: L1
S32.02	Fraktur eines Lendenwirbels: L2
S32.03	Fraktur eines Lendenwirbels: L3
S32.04	Fraktur eines Lendenwirbels: L4
S32.05	Fraktur eines Lendenwirbels: L5

Osteoporotische Wirbelfrakturen

M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.18	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Sonstige
M80.28	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.38	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige
M80.48	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.58	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige
M80.98	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige

Pathologische Frakturen bei bösartiger Neubildung

Häufige Primärtumoren

C34.-	Bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge
C34.0	Hauptbronchus
C34.1	Oberlappen (-Bronchus)
C34.2	Mittellappen (-Bronchus)
C34.3	Untere Lappen (-Bronchus)
C34.8	Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C34.9	Bronchus oder Lunge, n. näher bezeichnet
C50.-	Bösartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]
C50.0	Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.3	Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C61	Bösartige Neubildung der Prostata

Wirbelsäulenmetastasen

C79.5†	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes in Kombination mit einem Stern-Kode aus:
M49.5.*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M49.54*	Thorakalbereich
M49.55*	Thorakolumbalbereich
M49.56*	Lumbalbereich
M49.57*	Lumbosakralbereich

3.4 Sachkostenfinanzierung im aG-DRG-System

Welche Auswirkung hat die Sachkostenkorrektur für mein Verfahren?

Die Bewertung der Vergütung über pauschalisierte DRGs wird mit den Ist-Kostendaten der Kalkulationskrankenhäuser ermittelt und daraus der DRG-Katalog erstellt. 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 fallindividuell abzubilden. Auch der DRG-Report-Browser weist keinen sachgerechten Wert für das einzelne Medizinprodukt aus. Dies ist insbesondere bei Misch-DRGs zu berücksichtigen. Es handelt sich somit immer noch um Kostenmittelwerte ggf. mehrerer Verfahren und Produkte innerhalb einer DRG. Die Sachkostenkorrektur-Prozentwerte sind isoliert betrachtet irrelevant. Nur der Erlösvergleich zum Vorjahr, unter Berücksichtigung einer krankenhausespezifischen Kostenträgerrechnung oder Prozesskostenanalysen lässt eine Beurteilung der tatsächlichen Wirtschaftlichkeit eines einzelnen Behandlungsverfahrens zu.

Unbewertete DRGs oder nicht mit DRG 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.

Weitere Informationen unter:

<https://www.bvmed.de/de/versorgung/krankenhaus/sachkostenfinanzierung>

4. Abkürzungsverzeichnis

BBFW	Bundesbasisfallwert	InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte	IPG	Impulsgenerator (Neurostimulator)
BKP	Ballonkyphoplastie	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
BWR	Bewertungsrelation	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
BVMed	Bundesverband Medizintechnologie	KHSG	Krankenhausstrukturgesetz
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten	KIE	Krankenhausindividuelles Entgelt
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information	LBFW	Landesbasisfallwert
DRG	Diagnosis Related Group	MD	Medizinischer Dienst
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab	MVD	Mittlere Verweildauer
FDA	Fixkostendegressionsabschlag	ND	Nebendiagnose
FPV	Fallpauschalenvereinbarung	NUB	Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
aG-DRG	German Diagnosis Related Group	OGVD	Obere Grenzverweildauer
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte	OPS	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
HA	Hauptabteilung	PNE	Peripherer Nerven-Evaluationstest
HD	Hauptdiagnose	UGVD	Untere Grenzverweildauer
iCARS	Individual Cost Acquisition Request Service (Einzelfallkostenübernahmeantragsservice)	WK	Wirbelkörper
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems	ZE	Zusatzentgelt

5. Wichtige Links

Landesbasisfallwerte auf der Internetseite des vdek

<https://www.vdek.com/vertragspartner/Krankenhaeuser/landesbasisfallwerte.html>

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 2026 auf der Website des InEK

<https://www.g-drg.de/ag-drg-system-2026>

Kodierkataloge auf der Website des BfArM


https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/_node.html



Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 4.560,00 €. Die krankenhausesindividuellen Erlöskalkulationen sollten davon unabhängig mit dem jeweils geltenden Landesbasisfallwert erfolgen.

Weitere Informationsbroschüren

Facettendeneration mit Radiofrequenzablation (Accurian™)
Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung (Hauptabteilung)



Mit dieser Informationschrift wollen wir Ihnen aufzeigen, welche Möglichkeiten der Kostensenkung sich bei der Facettengelenkdenervation durch Radiofrequenzablation mit Accurian™ ergeben.

Stationäre Abrechnung
Im Falle einer stationären Abrechnung ist darauf hinzuwirken, dass die Notwendigkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung genügend vorliegen und entsprechend dokumentiert sein muss.

OPS Code	DRG 2025	BWR	UVGD	UVGD	DRG 2026*
5-820	09H	0,40	1	4	2.048,00 €

* DRG-Basis für Normalfall (sonst nicht anders angegeben) bei Versorgung durch Hauptabteilung, einmalt mit Station
Bundesrichtwert 2025 im Wert von 4.000 €
UVGD = untere Grenzverweildauer, UVGD = obere Grenzverweildauer

Facettendeneration mit Radiofrequenzablation (Accurian™)

Intravertebrale Radiofrequenzablation
Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung (Hauptabteilung)

Für die Veranschlagung der Radiofrequenzablation von Knochenmetastasen an der Wirbelsäule (bekundete bösartige Neubildung) stehen folgende OPS-Kodes zur Verfügung:

OPS Code	DRG 2025	BWR	UVGD	UVGD	DRG 2026*
5-829.0	09H	0,40	1	4	2.048,00 €

* DRG-Basis für Normalfall (sonst nicht anders angegeben) bei Versorgung durch Hauptabteilung, einmalt mit Station
Bundesrichtwert 2025 im Wert von 4.000 €
UVGD = untere Grenzverweildauer, UVGD = obere Grenzverweildauer

Intravertebrale Radiofrequenzablation

Radiofrequenzablation an Knochen
Kodierung und Vergütung in der stationären Versorgung (Hauptabteilung)

Für die Veranschlagung der Radiofrequenzablation (RFA) stehen in Abhängigkeit von der Lokalisation folgende OPS-Kodes zur Verfügung:

RFA an Knochen

OPS Code	DRG 2025	BWR	UVGD	UVGD	DRG 2026*
5-799.0	09H	0,40	1	4	2.048,00 €

RFA an der Wirbelsäule

OPS Code	DRG 2025	BWR	UVGD	UVGD	DRG 2026*
5-829.0	09H	0,40	1	4	2.048,00 €

* DRG-Basis für Normalfall (sonst nicht anders angegeben) bei Versorgung durch Hauptabteilung, einmalt mit Station
Bundesrichtwert 2025 im Wert von 4.000 €
UVGD = untere Grenzverweildauer, UVGD = obere Grenzverweildauer

Radiofrequenzablation an Knochen

Die Broschüren erhalten Sie ebenso im Download unter:
www.medtronic-reimbursement.de

Die OPS Guides können Sie direkt bei Medtronic bestellen. Senden Sie hierzu bitte einfach eine E-Mail an:
rs.dusreimbursement@medtronic.com

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
Senior Manager Reimbursement & Health Economics

2026-bkp-reimbursement-brochure_2026-de-emea-21023624
© Medtronic GmbH
All Rights Reserved. 01/2026

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.