
Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG 2021

Wirbelsäulenerkrankungen

Temporäre Änderungen durch COVID-19-Gesetzgebungsverfahren finden in dieser Broschüre keine Berücksichtigung.



KODIERUNG UND VERGÜTUNG IN DER STATIONÄREN VERSORGUNG



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen



UC202007785 DE

2021

Medtronic
Further. Together

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

VORWORT



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

durch die Ausgliederung der Pflege am Bett hat das InEK auch für das Jahr 2021 wieder tiefgreifende Veränderungen im aG-DRG-System durchführen müssen. Nachdem im vergangenen Jahr mit der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ein Systemwandel sehr schnell umgesetzt werden musste, waren neben den jährlichen Anpassungen des Fallpauschalenkatalogs nachlaufende Präzisierungen bei der Abgrenzung der Pflegepersonalkosten zu klären.

Im Ergebnis führte die anhaltende Lernkurve bei der Ausgliederung und Zuordnung der Pflegekosten am Bett, zusätzliche Kosten für Neueinstellungen, Veränderungen in den Arbeitsentgelten, Umbuchungen von Kosten für Funktionsdienst (nicht ausgegliedert) in Kosten für den Pflegedienst (ausgegliedert) und die Streichung der Pflegekomplexmaßnahmescores, zu einem wieder mit dem Vorjahr nicht ohne weiteres vergleichbaren Entgeltkatalog.

- Anstieg (+10,2%) der Bezugsgröße für den Pflegeerlöskatalog 2021 auf 151,97 Euro (Basis für aGDRG 2021: Gesamtbetrag der Pflegekosten am Bett von rund 16 Mrd. Euro); Vorjahr: 137,90 Euro
- Anpassung des Pflegeentgeltwertes gemäß § 15 KHEntggG ab dem 1. Januar 2021 auf 163,09 Euro (Anm.: bis zur Verhandlung des krankenhausesindividuellen Wertes).
- Der GKV-Spitzenverband war der Ansicht, dass dieser Anstieg nicht nur aus Personalneueinstellung und Vergütungserhöhungen resultieren kann. Frei „zitiert“:
 - 50 Prozent des Anstiegs seien ungeklärt. Bei einem Gesamtbetrag der Pflegepersonalkosten von rund 16 Mrd. Euro seien dies 800 Mio. Euro (= 50% des Anstiegs i.H.v. 10% vom Gesamtbetrag i.H.v. 16 Mrd. Euro).
 - Dieser Betrag sei bei der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten zu wenig „bereinigt“ worden
 - Der GKV-Spitzenverband erkennt eine drohende Doppelvergütung, wenn der Pflegepersonalkostenanteil, der zukünftig über die Pflegebudgets finanziert wird, nicht vollständig aus dem aG-DRG-System bereinigt wird.
 - Das InEK wurde damit beauftragt, zu untersuchen, wie sich der Anstieg erklären lässt





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

- Einigung der Selbstverwaltungspartner auf Bundesebene auf die Höhe von 200 Mio. Euro Absenkung von a-DRG 2021 vor dem 4.11.2020
- Weiterführende Informationen: Vortrag Dr.Frank Heimig, 43. Krankenhaustag:
<https://www.deutscher-krankenhaustag.de/videoaufzeichnung-43-krankenhaustag/>

Aus diesem Grunde verzichten wir auch in diesem Jahr in unseren Broschüren auf die zum Vorjahr vergleichende Darstellung der Erlöse. Dies wird uns systembedingt erst wieder im nächsten Jahr möglich sein.

Die Berechnung der Erlöse in dieser Unterlage erfolgt mittels fiktivem Bundesbasisfallwert in Höhe von 3.750 €. Gemäß der ab dem 1.1.2021 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.

Wir möchten Ihnen mit diesem Kodierleitfaden praktische Hinweise geben, die Sie bei der Dokumentation im Bereich der Interventionen an der Wirbelsäule unterstützen. Die auf den folgenden Seiten aufgeführten Informationen und Beispiele sollen als Anregung dienen und müssen auf den konkreten Fall hin angepasst werden. Wir würden uns sehr freuen, Ihnen mit dieser Übersicht eine Hilfestellung für die Planung und den täglichen Umgang mit den wesentlichen DRG-Abbildungsinformationen unserer Verfahren bereitstellen zu können.

Jenny Grünert

Reimbursement & Health Economics

Wirbelsäule, Biomaterialien & Neurovaskular

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

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 Produk-
ten/Services



Informationen
zu Abrechnung
und Kodierung



Hinweise zu
Änderungs- und
Weiterentwick-
lungsanträgen



Informationen
zu Fragen des
MDK und der
Kassen



Hinweise bei
Strategie &
Leistungs-
portfolio



Informationen
zu NUB-Verfah-
ren 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 und Kodierleitfäden, Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen oder Prozesskostenanalyse sind einige Beispiele.



Training und Beratung

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.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

INHALTS VERZEICHNIS

[1. Worauf es in diesem Jahr ankommt](#)

[2. Abbildung im aG-DRG-System 2021](#)

[3. Kodierbeispiele](#)

[4. Ergänzende Hinweise](#)

[5. Abkürzungen](#)

[6. Wichtige Links / Quellen](#)

Rechtlicher Hinweis

Wir weisen darauf hin, dass unsere Unterstützungs- und Beratungsleistungen ausschließlich in direktem Zusammenhang mit der Refinanzierung unserer Therapien erbracht werden können. Weder können wir Ihnen bei allgemeinen Fragen zur Refinanzierung behilflich sein, noch können wir Sie zur Refinanzierung von Therapien anderer Hersteller beraten. Alle Angaben in dieser Rubrik sind lediglich Empfehlungen von Medtronic und erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder Richtigkeit. Medtronic übernimmt daher in diesem Zusammenhang keine Haftung.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

1. WORAUF ES IN DIESEM JAHR ANKOMMT

1.1 Anpassungen des OPS Katalogs 2021

Differenzierung der Segmente bei den Spondylodese-kodes (5-836.3*, 5-836.4*, 5-836.5*) sowie entsprechend bei den **Osteosynthesekodes** (5-83b.**).

Streichung der Korrekturspondylodese-kodes: Korrekturen sind demnach wie Fusionseingriffe zu kodieren.

Nähere Informationen finden Sie [hier](#).



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

1.2 Pflegepersonal-Stärkungs-Gesetz (PpSG) 2021

Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2019

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 selbst-kostendeckenden krankenhausindividuellen und tagesbezogenen Pflegeentgelte.

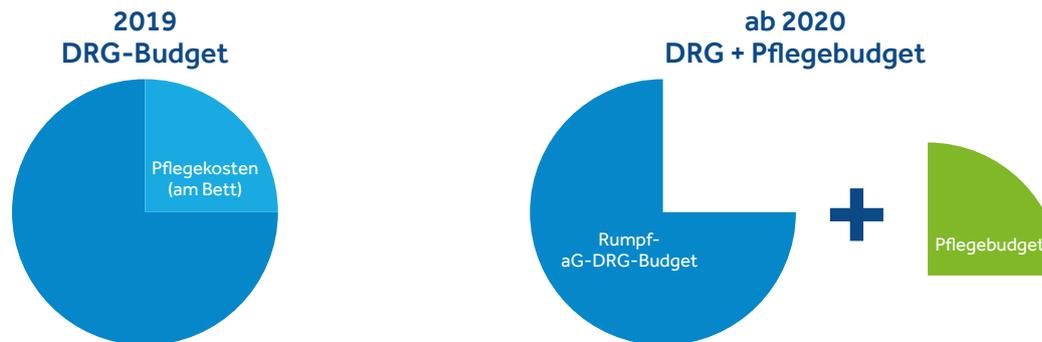


Abbildung 1: Die Zusammensetzung des Krankenhausbudgets ab 2020

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

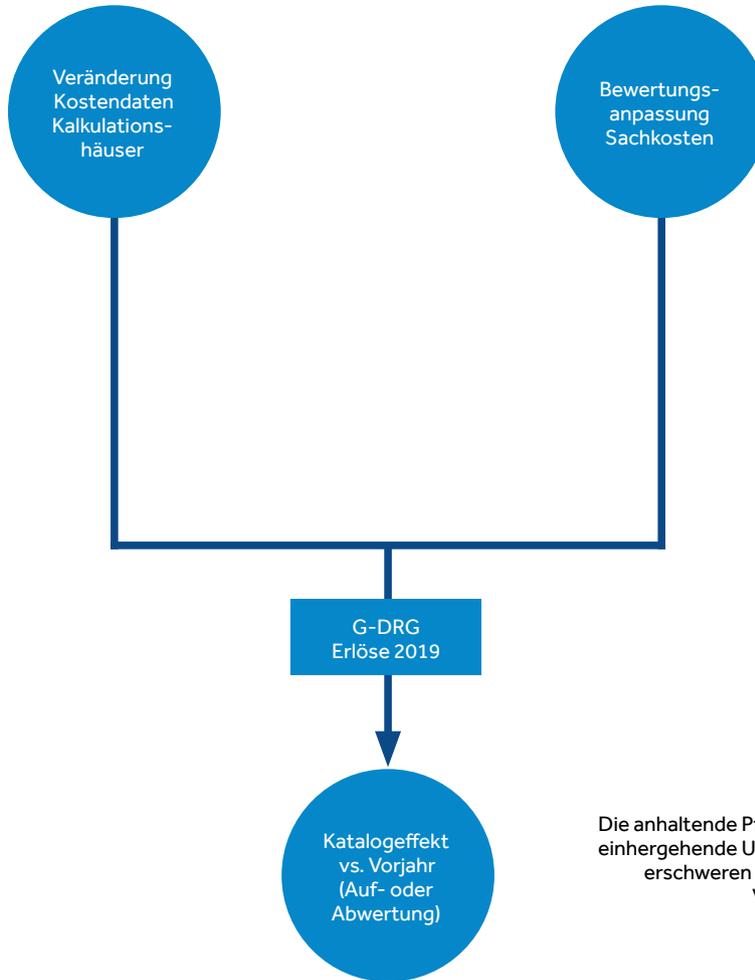
Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

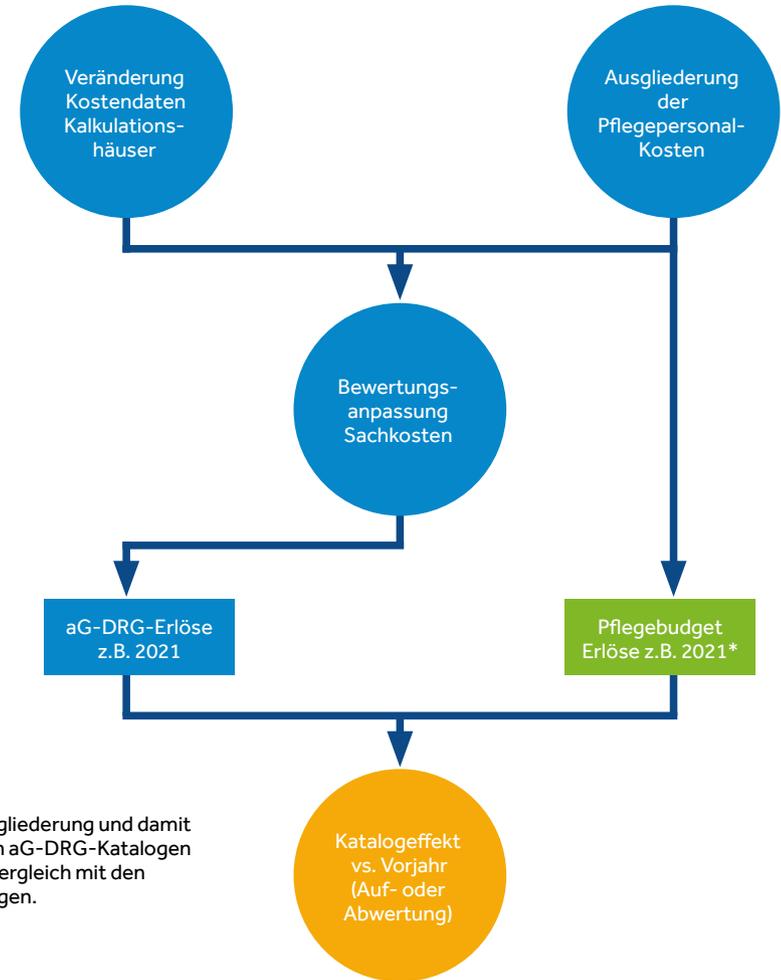
Wichtige
Links / Quellen

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.

2019



ab 2020



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

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

Abbildung 2: Vergleich Katalogeffekt



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

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 Beleghebamme	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“



DRG	Partition	Bezeichnung	Bewertungsrelation bei Hauptabteilung und Beleghebamme	Mittlere Verweildauer	Untere Grenzverweildauer		Obere Grenzverweildauer		Externe Verlegung Abschlag/Tag (Bewertungsrelation)	Verlegungsfallpauschale	Ausnahme von Wiederaufnahme	Pflegerlös 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 Pflegetage 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.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

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 2021

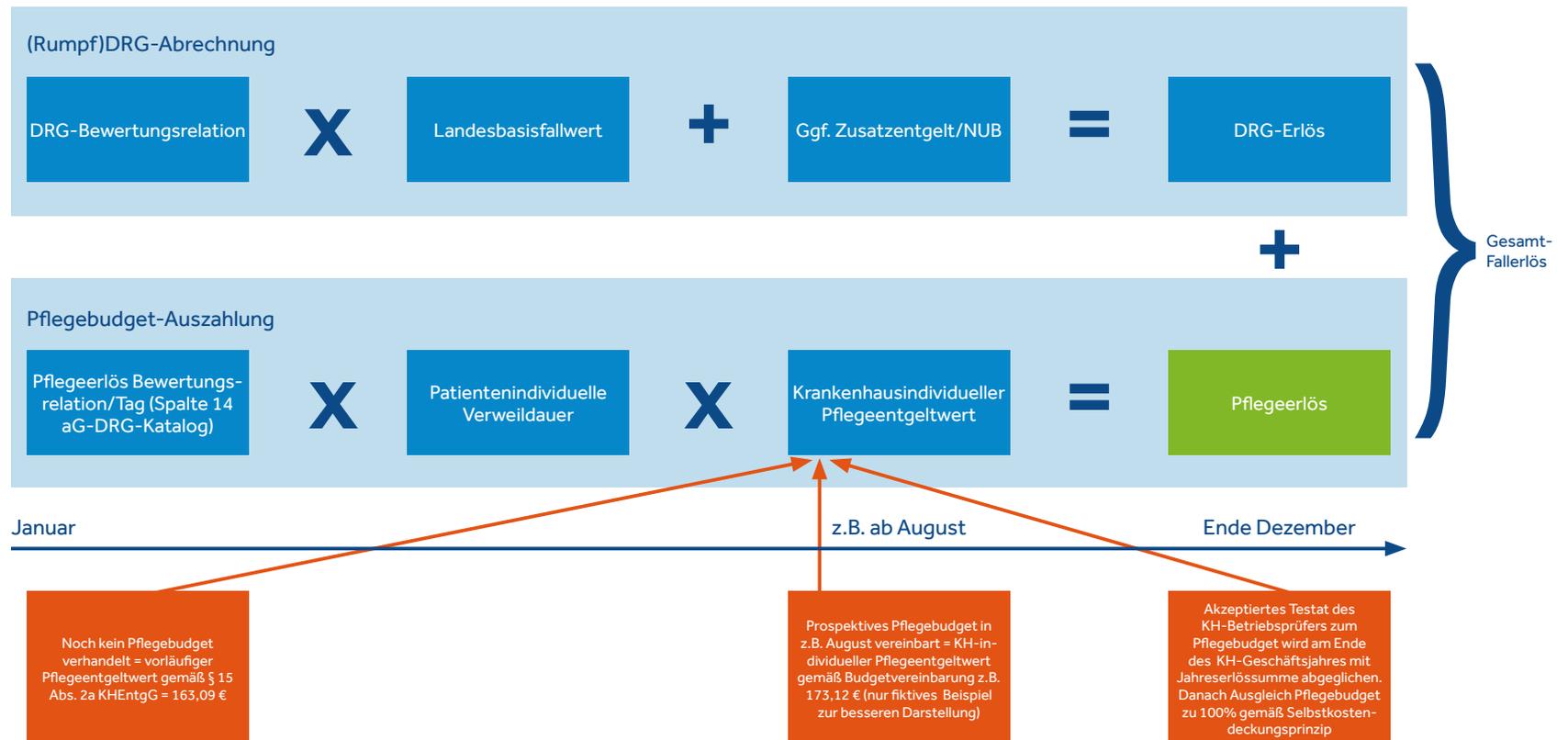


Abbildung 4: Erlösbetrachtung im aG-DRG System 2021





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

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. Aufgrund der Kürze der für den Systemumbau zur Verfügung stehenden Zeit, ist anzunehmen, dass die systematischen Auswirkungen des Umbaus vom InEK umfangreich aber teilweise nur unvollständig untersucht und berücksichtigt werden konnten. Mitunter beinhalten DRGs im Vergleich zum Vorjahr ganz andere Fälle und es bedurfte daher einer umfangreichen Neu-Sortierung der DRGs. Ob die Herausnahme der Pflegeentgelte sachgerecht (je DRG zu viel oder zu wenig) erfolgte, lässt sich heute nicht klar beantworten.

- Die Weiterentwicklung und Beseitigung dieser Unsicherheiten im neuen aG-DRG-System wird erneut einige Jahre in Anspruch nehmen.
- Die DRG oder z.B. DRG + Zusatzentgelt beschreiben nach wie vor nur einen Durchschnittspreis 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 krankenhausesindividueller Kostenträgerrechnungen oder Prozesskostenanalysen unter gleichen Voraussetzungen realistisch. Die fallbezogene Erfassung und Aufschlüsselung der Kostendaten wird in den Krankenhäusern immer wichtiger.





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

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 wird ab 2020 differenziert in ein „Rumpf“-aG-DRG-Budget und dem 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 163,09 €.
- Am Ende des Kalenderjahres werden die tatsächliche 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.

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



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

1.3 Sachkostenfinanzierung im G-DRG-System 2017

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

ACHTUNG!
Ausnahme-
tatbestände
für MedTech!

Welche Auswirkung hat die Sachkostenkorrektur für mein Verfahren?

Mit dem KHSKG 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	Text
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
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule
I10F	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

Primäre Hüftendoprothetik	
DRG	Text
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 krankenhausesindividueller Überschreitung einer festgelegten Medianfallzahl werden die Bewertungsrelationen folgender DRGs abgestuft:

Konservative Behandlung der Wirbelsäule		
DRG	Text	Median-Fallzahl
I68D	Nicht operativ behandelte Erkr. u. Verletz. im Wirbelsäulenbereich, > 1 Belegungstag, o. andere Femurfraktur, außer bei Diszitis o. infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur	156
I68E	Nicht operativ behandelte Erkr. u. Verletz. im Wirbelsäulenbereich, 1 Belegungstag	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>

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

2. ABBILDUNG IM aG-DRG-SYSTEM 2021

2.1 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								Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation	1. Tag m. Abschlag	UGVD	OGVD	1. Tag zus. Entgelt	DRG-Erlös*	
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC	7,196	7	8	41	42	26.985,00 €	1,2223
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder best. BNB Knochen oder Alter < 19 Jahre	4,884	3	4	26	27	18.315,00 €	1,1579
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne BNB Knochen. mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff	4,735	4	5	27	28	17.756,25 €	1,0431
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten	6,016	7	8	42	43	22.560,00 €	1,2746
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen	5,387	6	7	34	35	20.201,25 €	0,8957
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese oder andere mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit aufwendiger intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten	4,729	5	6	32	33	17.733,75 €	1,0425
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sek. bösartiger Neub. des Knochens oder mit anderen mehrz. kompl. Eingriffen ohne aufwendige intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten	4,148	5	6	34	35	15.555,00 €	0,9590

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

DRG-Übersicht								
DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation	1. Tag m. Abschlag	UGVD	OGVD	1. Tag zus. Entgelt	DRG-Erlös*	Pflegeerlös Bewertungs- relation/Tag
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	3,551	4	5	26	27	13.316,25 €	0,8361
I09F	Best. Eingriffe WS, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, oh. Diszitis oder Knöcherne Dekompression Spinalkanal >3 Segm oder Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems	2,808	3	4	22	23	10.530,00 €	0,7793
I09G	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. m. anderen kompl. Faktoren u. Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzabl. od. langstreckige ventrale Osteosynthese der WS	2,481	2	3	16	17	9.303,75 €	0,7673
I09H	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. mit anderen kompl. Faktoren, oh. Frakturen HWS, oh. BNB der Wirbelsäule od. oh. Kyphoplastie od. oh. Radiofrequenzabl., oh. langstreckige vent. Osteosynthese an der Wirbelsäule	1,858	2	3	16	17	6.967,50 €	0,7294
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	1,391	2	3	16	17	5.216,25 €	0,7102
I10A	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC	3,913	6	7	36	37	14.673,75 €	1,0415
I10B	Anderer 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	1,813	2	3	18	19	6.798,75 €	0,7949
I10C	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule	1,582	1	2	14	15	5.932,50 €	0,7203
I10D	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule	1,190	1	2	11	12	4.462,50 €	0,7087
I10E	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne Diszitis, ohne Bandscheibeninfektion, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre	0,991	1	2	11	12	3.716,25 €	0,6779
I10F	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre	0,852	1	2	10	11	3.195,00 €	0,6949
I10G	Anderer 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	0,669	1	2	6	7	2.508,75 €	0,8005
I10H	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff	0,581	1	2	6	7	2.178,75 €	0,8994

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

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

DRG-Übersicht								Pflegerlös Bewertungs- relation/Tag
DRG	Bezeichnung	Bewertungs- relation	1. Tag m. Abschlag	UGVD	OGVD	1. Tag zus. Entgelt	DRG-Erlös*	
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment	2,434	1	2	9	10	9.127,50 €	0,7878
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente	1,738	1	2	8	9	6.517,50 €	0,7514



Formel zur Berechnung der Pflegerlöse in 2021



WICHTIG!

FORMEL:

Pflegerlös Bewertungrelation/Tag x patientenindividuelle Verweildauer x Pflegeentgeltwert (hier Beispielhaft 163,09 €).

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 163,09 € 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 Jahrespflegerlössumme abgeglichen. Danach Ausgleich des Pflegebudget zu 100% gemäß Selbstkostendeckungsprinzip. Bitte geben Sie den Begriff „Sachkostenfinanzierung ag drg“ in das Suchfeld der Internetseite des Bundesverbandes Medizinprodukte e.V. ein und erhalten Sie weiterführende Hinweise zum Thema: <https://www.bvmed.de/de/startseite>

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

2.2 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 2021	Erlös 2021
1 Segment	I09G	9.303,75 €
2 Segmente - 3 Segmente	I09F	10.530,00 €
4 Segmente	I09E	13.316,25 €
5 Segmente		
6 Segmente		
7 - 10 Segmente		
≥ 11 Segmente		

Fusionsoperationen an der degenerativen Wirbelsäule

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

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



Anzahl Segmente (Cage + Schrauben-Platten-System)	DRG 2021	Erlös 2021
1 Segment + 1 Segment	I10B	6.798,75 €
1 Segment + 2 Segmente		
2 Segmente + 2 Segmente	I09H	6.967,50 €
< 3 Segmente + 3 Segmente	I09G	9.303,75 €
3 Segmente + 3 Segmente		





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

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 +/- Cage + Schrauben-Stab-System



Anzahl Segmente (Cage + Schrauben-Stab-System)	DRG 2021	Erlös 2021
1 Segment	I09G	9.303,75 €
1 Segment + 2 Segmente	I09F	10.530,00 €
2 Segmente + 2 Segmente		
< 3 Segmente + 3 Segmente		
3 Segmente	I09E	13.316,25 €
4 Segmente		
5 Segmente		
≤ 5 Segmente + 6 Segment	I06C	17.756,25 €
6 Segment		
> 5 Segmente + 7 - 10 Segmente		
> 5 Segmente + ≥ 11 Segmente		





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

3. KODIER BEISPIELE

WIRBELKÖRPER FUSIONEN	BANDSCHEIBEN ENDOPROTHESEN	WIRBELSÄULEN KORREKTUR
TRAUMA VERSORGUNGEN		TUMOR VERSORGUNGEN

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

3.1 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		
G55.1*	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden	
Prozeduren		
5-836.41	Spondylodese: dorsal und ventral kombiniert, interkorporal 2 Segmente	
5-83b.71	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 2 Segmente	
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 kortikospongiosen Spänen (autogen)	
5-986.x	Minimalinvasive Technik: Sonstige	
DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe WS, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, oh. Diszitis oder Knöcherne Dekompression Spinalkanal >3 Segm oder Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems	2,808
DRG-Erlös*		10.530,00 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7793		

Lumbale Fusion 1 Segment mittels Cage und Schrauben-Stab-System, sog. Topping-Off

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
M43.16	Spondylolisthesis, Lumbalbereich	
Prozeduren		
5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, 2 Segmente	
5-836.50	Spondylodese, ventral, 1 Segment	
5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch intravertebrale Cages, 1 Segment	
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 Knochenwachstumzellen	
DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe WS, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, oh. Diszitis oder Knöcherne Dekompression Spinalkanal >3 Segm oder Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems	2,808
DRG-Erlös*		10.530,00 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7793		

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))

 Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#) 

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

Cervikale Fusion 1 Segment mittels Standalone Cage

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
M50.0 †	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie	
Nebendiagnose		
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	
5-83b.70	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment	
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen	
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	1,190
DRG-Erlös*		4.462,50 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7087		

Cervikale Fusion 2 Segmente mit Cage und ventraler Platte

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	
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen	
DRG	Text	Relativgewicht
I09H	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. mit anderen kompl. Faktoren, oh. Frakturen HWS, oh. BNB der Wirbelsäule od. oh. Kyphoplastie od. oh. Radiofrequenzabl., oh. langstreckige vent. Osteosynthese an der Wirbelsäule	1,858
DRG-Erlös*		6.967,50 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7294		

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))

 Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#) 



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

Fusion des Iliosakralgelenks mittels Schraube

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
M46.1	Sakroiliitis, anderenorts nicht klassifiziert	
Prozeduren		
5-808.0 5-786.0 5-785.3x	Offen chirurgische Arthrodese Iliosakralgelenk Osteosyntheseverfahren durch Schraube Implantation von keramischem Knochenersatz, resorbierbar, sonstige Lokalisation	
DRG	Text	Relativgewicht
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	1,391
DRG-Erlös*		5.216,25 €
	Pflege-Relativgewicht: 0,7102	

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

3.2 Bandscheibenendoprothesen

Erstimplantation einer Bandscheibenprothese, 1 Segment

Kode	Text	
Diagnose		
M51.1 †	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie	
Nebendiagnose		
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	1,738
DRG-Erlös*		6.517,50 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7514		

Wechsel einer Bandscheibenprothese

Kode	Text	
Diagnose		
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	
5-983	Reoperation	
DRG	Text	Relativgewicht
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente	1,738
DRG-Erlös*		6.517,50 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7514		

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

Entfernung einer Bandscheibenendoprothese wegen Infektion

Kode	Text	
Diagnose		
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	1,190
DRG-Erlös*		4.462,50 €
Pflege-Relativgewicht: 0,7087		

Revision einer Bandscheibenendoprothese wegen Fehllage

Kode	Text	
Diagnose		
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
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	1,813
DRG-Erlös*		6.798,75 €
Pflege-Relativgewicht: 0,7949		

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

3.3 Wirbelsäulenkorrektur

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

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
M45.06	Spondylitis ankylosans Lumbalbereich	
Prozeduren		
5-032.02 5-832.4	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, mehr als 2 Segmente Exzision von (erkranktem) Knochen- und Gelenkgewebe der Wirbelsäule, Arthrektomie, partiell	
5-836.35 5-83b.54	Spondylodese, Dorsal, 4 Segmente 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 Knochenwachstumzellen	
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	3,551
DRG-Erlös*		13.316,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8361		

Erworbene Lumbalkyphose, transpedikuläre Substraktionsosteotomie mit dorsaler Stabilisierung über 6 Segmente

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
M40.16	Sonstige sekundäre Kyphose Lumbalbereich	
Prozeduren		
5-032.02 5-031.00 5-832.1	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, mehr als 2 Segmente Zugang zur Brustwirbelsäule, dorsal, 1 Segment 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	3,551
DRG-Erlös*		13.316,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8361		

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))

 Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#) 

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

Posttraumatische Skoliose Thorakolombalbereich, dorsal instrumen- tierte Aufrichtungsspondylodese über 5 Segmente

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
M41.14	Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen, Thorakalbereich	
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 Knochenwachstumzellen	
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	3,551
DRG-Erlös*		13.316,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,8361		

Idiopathische Skoliose beim Jugendlichen, mit dorsal instrumentierter Korrekturspondylodese über 10 Segmente

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 Knochenwachstumzellen	
DRG	Text	Relativgewicht
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne BNB Knochen, mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff	4,735
DRG-Erlös*		17.756,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 1,0431		

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))

 Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#) 

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

Early-Onset Skoliose, Korrektur mittels mitwachsendem Schrauben-Stab-System

NUB! (Bitte weitere Hinweise zur NUB-Abrechnung 2021 unter „Ergänzende Hinweise“ 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	
5-836.31	Spondylodese, Dorsal, 2 Segmente	
5-835.b0	Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen	
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	3,551
DRG-Erlös*		13.316,25 €
Pflege-Relativgewicht: 0,8361		

In 2021 NUB lfd. Nr. 153

Therapie der Skoliose mittels mitwachsendem Schrauben-Stab-System

Korrektur einer idiopathischen juvenilen Skoliose mittels Wirbelkörper-Wachstumsmodulationstechnik

NUB! (Bitte weitere Hinweise zur NUB-Abrechnung 2021 unter „Ergänzende Hinweise“ 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	
DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe WS, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, oh. Diszitis oder Knöchernerne Dekompression Spinalkanal >3 Segm oder Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems	2,808
DRG-Erlös*		10.530,00 €
Pflege-Relativgewicht: 0,7793		

In 2021 NUB lfd. Nr. 134

Wirbelkörper-Wachstumsmodulationstechnik

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

3.4 Trauma Versorgung

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

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
S12.22	Fraktur des 4. Halswirbels	
Nebendiagnose		
S13.14 S11.84!	Luxation von Halswirbeln, C4/C5 Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation des Halses	
Prozeduren		
5-030.71 5-837.00 5-836.50 5-835.b0	Zugang zur HWS, ventral, 2 Segmente Wirbelkörperersatz durch Implantat, 1 Wirbelkörper Spondylodese, ventral, 1 Segment Knochenersatz an der Wirbelsäule, Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen	
5-83b.31	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch ventrales Schrauben-Platten-System, 2 Segmente	
DRG	Text	Relativgewicht
I09G	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. m. anderen kompl. Faktoren u. Frakturen Halswirbelsäule od. BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzabl. od. langstreckige ventrale Osteosynthese der WS	2,481
DRG-Erlös*		9.303,75 €
zzgl. ZE	ZE11.01	832,87 €
DRG + ZE		10.136,62 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7673		

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		
S31.84! M99.33	Weichteilschaden I. Grades bei geschlossener Fraktur oder Luxation der Lendenwirbelsäule und des Beckens Knöchernen Stenose des Spinalkanals, Lumbalbereich	
Prozeduren		
5-83b.51 5-839.60	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule durch Schrauben-Stab-System, 2 Segmente Knöchernen Dekompression des Spinalkanals, 1 Segment	
DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe WS, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, oh. Diszitis oder Knöchernen Dekompression Spinalkanal >3 Segm oder Implantation eines wachstumlenken Schrauben-Band-Systems	2,808
DRG-Erlös*		10.530,00 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7793		

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))

 Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#) 

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

Traumatische rotatorische atlanto-axiale Instabilität mit ligamentärer Läsion, occipito-atlanto-axiale Spondylodese mit Schrauben-Stab-System

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
S13.11	Luxation von Halswirbeln: C1/C2	
Nebendiagnose		
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 Knochenwachstumzellen	
5-83b.51	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 2 Segmente	
DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe WS, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, oh. Diszitis oder Knöcherne Dekompression Spinalkanal >3 Segm oder Implantation eines wachstumslenkenden Schrauben-Band-Systems	2,808
DRG-Erlös*		10.530,00 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7793		

BKP bei traumatischer Wirbelkörperfraktur, 1 Wirbelkörper

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
S22.02	Fraktur eines Brustwirbels: T3 und T4	
Nebendiagnose		
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 Wirbelkörperaufriechung: 1 Wirbelkörper, z.B. KYPHON® XPANDER™	
DRG	Text	Relativgewicht
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren	1,391
DRG-Erlös*		5.216,25 €
 Pflege-Relativgewicht: 0,7102		

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))

 Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#) 



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

3.5 Tumor Versorgung

Wirbelkörpermetastase T9, Radiofrequenzablation mit Ballonkyphoplastie 1 Wirbelkörper

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C79.5 †	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	
Nebendiagnose		
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 Wirbelkörperaufriechung, 1 Wirbelkörper	
DRG	Text	Relativgewicht
I09G	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule m. best. anderen kompl. Faktoren od. m. anderen kompl. Faktoren u. Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzabl. od. langstreckige ventrale Osteosynthese der WS	2,481
DRG-Erlös*		9.303,75 €
Pflege-Relativgewicht: 0,7673		

Solitäre intravertebrale Mammakarzinometastase, Vertebroktomie mit Wirbelkörperersatz und dorsaler Stabilisierung mit Schrauben-Stab-System

Kode	Text	
Hauptdiagnose		
C79.5 †	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes	
Nebendiagnose		
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 Knochenwachstumzellen	
5-032.01	Zugang zur Lendenwirbelsäule, dorsal, 2 Segmente	
5-83b.51	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule, durch Schrauben-Stab-System, 2 Segmente	
DRG	Text	Relativgewicht
I09F	Best. Eingriffe WS, best. kompl. Faktoren od. Alter < 16 J., oh. bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, oh. Diszitis oder Knöcherner Dekompression Spinalkanal >3 Segm oder Implantation eines wachstumlenkenden Schrauben-Band-Systems	2,808
DRG-Erlös*		10.530,00 €
zzgl. ZE	ZE11.01	832,87 €
DRG + ZE		11.362,87 €
Pflege-Relativgewicht: 0,7659		

* DRG-Erlöse für Versorgung durch Hauptabteilungen kalkuliert mit dem fiktiven Bundesbasisfallwert 2021 = 3.750,00 € ([weitere Infos](#))



Weitere Infos siehe [Seite 7 ff.](#)



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

4. ERGÄNZENDE HINWEISE

**KODIERUNG IM
aG-DRG SYSTEM
2021**

**HINWEISE
ZUR KODIERUNG**

**NUB ABRECHNUNG
2021**

Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

4.1 Kodierung im aG-DRG-System 2021

Prozeduren aus OPS 2021

5-03 Operationen an Rückenmark, Rückenmarkhäuten und Spinalkanal

Inkl.: Operationen an intraspinalen Teilen von Rückenmarksnerven 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.: Thorakolumbalen 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
5-032.11 2 Segmente
5-032.12 Mehr als 2 Segmente

5-032.2- Laminotomie LWS

5-032.20 1 Segment





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

- 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 Transsiliakaler 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 Facettendenerivation
- 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

- 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 gelegenen 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 Bandscheibenvorfalles 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 Bandscheibenvorfalles 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
- 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



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

- 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 kortikospontiösen 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 Knochenwachstumzellen

5-835.a1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen

5-835.b- Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial, Inkl.: Verwendung von bioaktiver Glaskeramik

5-835.b0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

5-835.b1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen

5-835.c- Verwendung von humaner demineralisierter Knochenmatrix

5-835.c0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

5-835.c1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen

5-835.d- Verwendung von allogenen Knochentransplantat

5-835.d0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

5-835.d1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen

5-835.e- Verwendung von xenogenem Knochentransplantat, Inkl.: Verwendung eines peptidverstärkten Knochen-transplantates

5-835.e0 Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

5-835.e1 Mit Anreicherung von Knochenwachstumzellen

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 Knochenpannes 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 Knochen-transplantate 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 Codes sind nur zu verwenden, wenn alle innerhalb einer Operation betroffenen Segmente sowohl dorsal als auch ventral versorgt wurden. Diese Codes 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

5-836.57 5 Segmente

5-836.58 6 Segmente

5-836.59 7 bis 10 Segmente



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

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 Gelenkgewebe (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 Knochenspanes 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 wachstumslenkenden 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. Schrauben-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.

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





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

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 intra-
vertebrale, instrumentelle Wirbelkörperaufriechung,**

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 intra-
vertebraler, instrumenteller Wirbelkörperaufriechung,**

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 Band-
scheibenzellen 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 Radiofre-
quenzablation, 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

5-839.m0 1 Segment
5-839.m1 2 Segmente



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

- 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-Kryodener-
vation**

- 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 Wirbel-
säule**

Exkl.: Implantation einer Bandscheibenprothese (5-839.1 ff.),
Implantation von Material in einen Wirbelkörper ohne intra-
vertebrale, 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.)

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 anzu-
geben.

Die durch eine Osteosynthese bedingte Fixation von Wirbelsegmenten
ist im Kode enthalten, nur eine zusätzlich mit Knochen oder Knochen-
ersatzmaterialien 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 kortikospongiosen
Spänen (autogen) ist gesondert zu kodieren (5-835.9)

Die zusätzliche Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Kno-
chentransplantaten 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)

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.

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





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

- 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

Ergänzende OPS-Kodes

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↔ Radiuschaft	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
- 5-986.x Minimalinvasive Technik, Sonstige

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





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

4.2 Hinweise zur Kodierung

Wichtigkeit der richtigen und vollständigen Kodierung

Im Rahmen der Kodierung wird die in der medizinischen Dokumentation verwendete Fachsprache in eine Dokumentationsprache 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 Einzelcode 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 anzuschauen. 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 2020](#)“.





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

Kodierung von kombinierten Spondylodosen

Im OPS-Katalog wird bei den Spondylodosen nach dorsal (5-836.3), ventral (5-836.5) sowie dorsal und ventral kombiniert (5-836.4) unterschieden. Bei kombinierten Spondylodosen, 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 Codes 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 Codes (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-Codes 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 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.



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

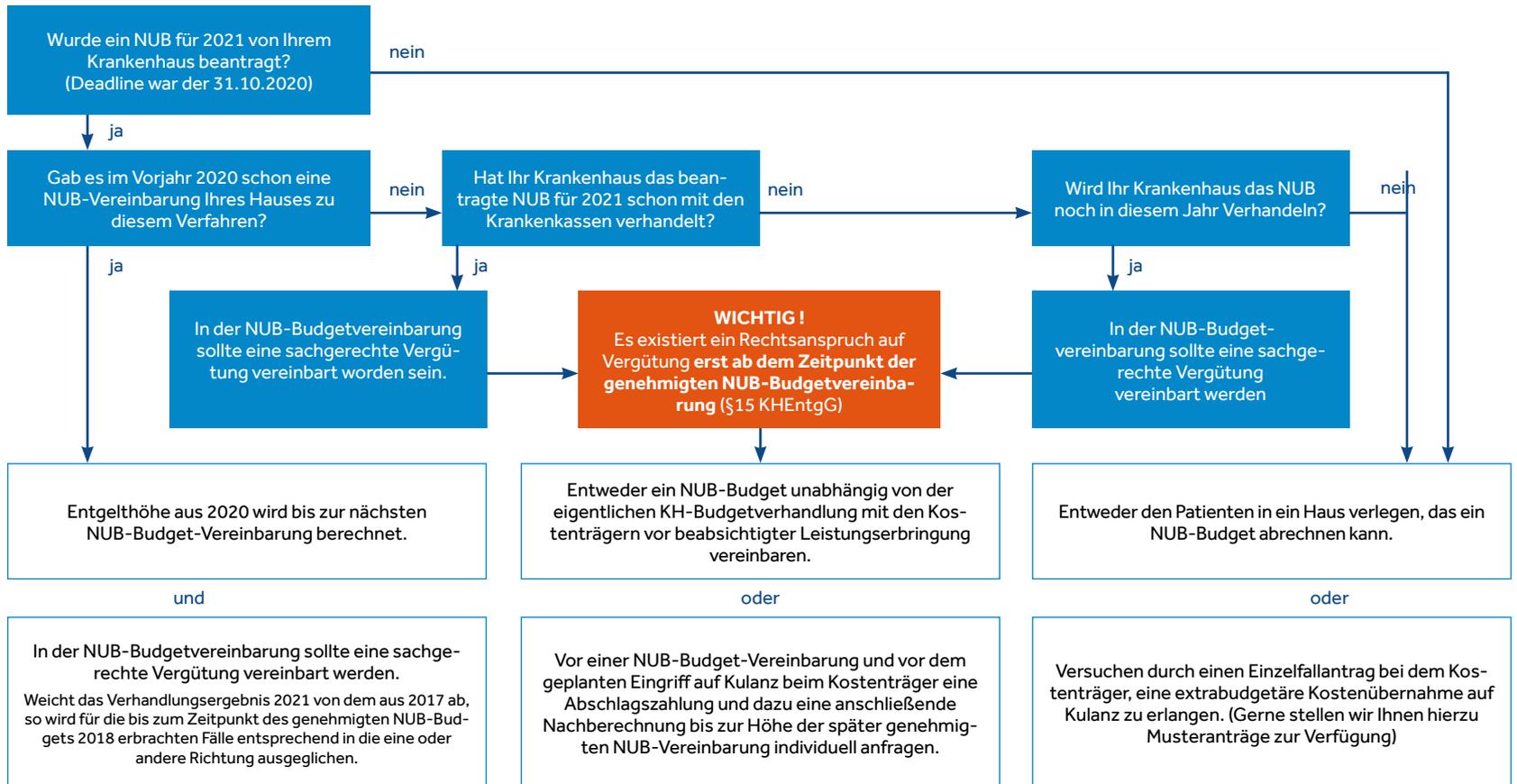
Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

4.3 NUB-Abrechnung 2021

Das InEK hat mit der Aufstellung der Informationen nach § 6 Abs. 2 KHEntG für 2021 am 31.01.2021 erneut den Status 1 für die *Therapie der Skoliose mittels mit-wachsendem Schrauben-Stab-System* (NUB lfd. Nr. 153 veröffentlicht).



WICHTIG: 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. Das NUB für Enterra wurde bereits im Jahr 2008 ff. vergeben und ist somit nicht mehr erstmalig. Dem entgegen können bereits in 2017 vereinbarte NUB-Entgelte bis zur nächsten NUB-Budget-Vereinbarung 2018 berechnet werden (s.o.).



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

5. ABKÜRZUNGEN

aG-DRG	German Diagnosis Related Groups (nach Ausgliederung der Pflegepersonalkosten)
BBFW	Bundesbasisfallwert
BKP	Ballonkyphoplastie
BWR	Bewertungsrelation
CC	Komplikationen und/oder Komorbiditäten
DIMDI	Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information
DRG	Diagnosis Related Group
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FPV	Fallpauschalenvereinbarung
G-DRG	German Diagnosis Related Group
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HA	Hauptabteilung
HD	Hauptdiagnose
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus





Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

LBFW	Landesbasisfallwert
MD(K)	Medizinischer Dienst der Krankenversicherer
MDS	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen
MVD	Mittlere Verweildauer
ND	Nebendiagnose
OGVD	obere Grenzverweildauer
OPS	Operationen- und Prozeduren Schlüssel
PCCL	Patient Clinical Complexity Level (Patientenbezogener klinischer Gesamtschweregrad)
UGDV	untere Grenzverweildauer
ZE	Zusatzentgelt



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

Kodierbeispiele

Ergänzende
Hinweise

Abkürzungen

Wichtige
Links / Quellen

6. WICHTIGE LINKS / QUELLEN

Kodierkataloge auf der Website des DIMDI:

<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/downloads/>

Hinweise zum aG-DRG-System 2021 auf der Website des InEK:

http://www.g-drg.de/cms/aG-DRG-System_2021

Kodierrichtlinien

<http://www.g-drg.de/cms/content/view/full/5556?campaign=sys16Drg&kwd=dkrEndPdf>

Kostenfreier Online Grouper für eine individuelle Groupierungssimulation:

https://www.drg-research-group.de/index.php?option=com_webgrouper&view=webgrouper&Itemid=112

Änderung KHS

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



Unser
Reimbursement
Leistungsangebot

Worauf es
in diesem Jahr
ankommt

Abbildung im
aG-DRG-System
2021

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

Ihre Ansprechpartnerin

Jenny Grünert
Reimbursement & Health Economics
Wirbelsäule, Biomaterialien & Neurovaskular

© Medtronic GmbH
All Rights Reserved.
05/2021

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.