



ulrich medical®
aG-DRG Kodierleitfaden
Wirbelsäulenchirurgie
2022

Vorwort

Liebe Kundinnen und Kunden!

Auch im Jahre 2022 möchten wir Ihre alltägliche Kodiertätigkeit mit unserem Leitfaden unterstützen.

Mittlerweile geht das Diagnosis Related Group (DRG)-System als Grundlage für die Leistungsabrechnung von Krankenhäusern schon in das 20. Jahr. Über dieses pauschalisierte Entgeltsystem werden seit 2003 optional und seit 2004 obligat die Erlöse für die stationäre Leistung berechnet. Ob dieser runde Geburtstag zum Feiern veranlasst, wird sicherlich je nach Sichtweise unterschiedlich beurteilt werden. Folgen der Einführung des DRG-Systems waren einerseits eine leistungsgerechtere Abbildung, andererseits eine zunehmende Ökonomisierung der Kliniken. Als „lernendes System“ unterliegt der Fallpauschalenkatalog jährlichen Veränderungen. Eine präzise Kodiergenauigkeit ist Grundvoraussetzung, die korrekte DRG zu generieren. Neue Kodierrichtlinien und Kodierungsschlüssel sind somit rasch in den Klinikalltag zu integrieren.

Auch in diesem Jahr werden die Pflegepersonalkosten aus dem DRG-System ausgegliedert, weshalb seit 2020 von dem aG-DRG-System („a“ für „ausgliedert“; „G“ für „German“) gesprochen wird. Dies haben wir natürlich bei unseren Berechnungsbeispielen berücksichtigt.

Die COVID-19 Pandemie bestimmt leider auch 2022 immer noch unser Berufs- und Freizeitleben. Wir haben uns daher entschlossen, diese Thematik abermals in unseren

Kodierleitfaden aufzunehmen. Insbesondere im Zuge der glücklicherweise verfügbaren Impfung gegen SARS-CoV-2 wurden hierbei neue Schlüsselnummern auf den Weg gebracht, die den klinischen Alltag dokumentarisch komplettieren (Seite 11-12).

Auf dem Gebiet der ICD-10-GM 2022 ist zu vermerken, dass die Kodierung der Adipositas (Fettleibigkeit) E66.- eine genauere Unterteilung erfahren hat. Dabei wurde die fünfte Stelle 2 (E66.92) „Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter Body Mass Index [BMI] von 40 und mehr“ gestrichen. Die neuen fünften Stellen 6 (E66.96), 7 (E66.97) und 8 (E66.98) erlauben nun eine spezifischere Dokumentation der Adipositas Grad III (WHO) bei Patienten von 18 Jahren und älter bei BMI-Werten von 40 bis unter 50, von 50 bis unter 60 bzw. von 60 und mehr.

Nach den umfangreichen Umstrukturierungen 2021 in „unserem“ Wirbelsäulenkapitel 5-83 war zu erwarten, dass in dieser Thematik 2022 keine weitreichenden Veränderungen zu verzeichnen sein werden. Es erfolgte lediglich die Erweiterung der Einschlussbemerkung („Inkl.:“) des OPS-Kodes 5-032 „Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Hemilaminektomie LWS“ dahingehend, dass eine Teil-Hemilaminektomie mit Kontinuitätsdurchtrennung des Wirbelbogens ebenfalls dieser Schlüsselnummer zuzuordnen ist.

Basierend auf Ihrem Feedback haben wir wieder sowohl für die zervikalen (Seite 13) als auch für die thorakolumbalen bzw. sakralen Versorgungen (Seite 21) die entsprechenden OPS-Schlüssel bebildert hinterlegt, um Ihnen die entsprechende Produktkodierung zu erleichtern. In die Beispiele haben wir zudem sowohl die Produkte namens Origin™ anterior cervical plate als auch die Bone InGrowth Cages integriert.

Abschließend möchten wir Sie mittlerweile schon traditionell darauf hinweisen, dass die Kodierung des Wirbelkörperersatzes (5-837.0 ff.) im teils hektischen Klinikalltag nicht vergessen werden sollte. Denn sonst würde Ihnen das Zusatzentgelt (ZE) 11 verloren gehen.

Viel Erfolg bei Ihrer täglichen Arbeit wünscht Ihnen

Ulrich Medical

Inhalt

| | Seite | |
|--|-------|---|
| Einleitung | 4 | 1 |
| DRG Grundlagen | 5 | 2 |
| Merksätze und Grundprinzipien | 10 | 3 |
| COVID-19 Spezial | 11 | 4 |
| Zervikale Versorgungen | 13 | 5 |
| 1. Schweregraderhöhung – Mehr Aufwand, mehr Erlös | 14 | |
| 2. Höhere Fallkomplexität – höherer Erlös | 17 | |
| 3. Kodierung bei onkologischen Erkrankungen | 18 | |
| Thorakolumbale / Sakrale Versorgungen | 21 | 6 |
| 4. Schweregraderhöhung – Vollständigkeit zahlt sich aus | 22 | |
| 5. Zweizeitiges Vorgehen – Zeit spielt eine Rolle | 24 | |
| 6. Fallzusammenführung – Wenn möglich nicht sofort | 26 | |
| 7. Navigation – Indirekte Kostensenkung | 28 | |
| 8. Augmentation – Schwere Fälle, viel Erlös? | 29 | |
| 9. Zusatzentgelt – HighTech wird extra vergütet | 30 | |
| Aus der Praxis – Kodierbeispiele Wirbelsäule | | 7 |
| Trauma | | |
| 10. Frakturversorgung von dorsal und Materialentfernung | 31 | |
| 11. Ventrale Spondylodese nach dorsaler Instrumentierung | 32 | |
| 12. Subkutanes (geschlossenes) Décollement | 34 | |
| 13. Inkludierung Osteotomie nach Schwab (Grad 1-6) | 35 | |
| Degenerative Krankheitsbilder | | |
| 14. Lumbaler Bandscheibenvorfall | 36 | |
| 15. Spinalkanalstenose lumbal | 37 | |
| 16. Zervikale Fusion | 38 | |
| 17. Lumbale Fusion mittels dorsaler Spondylodese | 39 | |

Einleitung

1

Dieser Leitfaden soll es dem Wirbelsäulenchirurgen erleichtern, einen Überblick über die DRGs, die bei der Verwendung von Produkten von ulrich medical® angesteuert werden, zu erhalten. Die hier dargestellten Vorschläge haben keinen bindenden Charakter, zeigen aber die Möglichkeiten der Verschlüsselung in der Wirbelsäulenchirurgie auf. Letztlich bestimmen die offiziellen Regelwerke (ICD- und OPS-Katalog, in Verbindung mit den Deutschen Kodierrichtlinien) die korrekten Codes und damit die korrekte DRG. So kann eine Aussage über Erlöse des Krankenhauses bei bestimmten Therapieformen erleichtert werden.

Innerhalb dieses Leitfadens kann aufgrund der unzähligen Möglichkeiten nicht jede Diagnosen- und Prozeduren-Kombination dargestellt werden, bei der ulrich medical® Implantate verwendet werden. Wir möchten Ihnen allerdings gerne zeigen, welche Möglichkeiten das DRG-System bietet, um Ihre Erlöse optimal berechnen zu können.

Disclaimer

Die ulrich GmbH & Co. KG (ulrich medical®) hat die vorliegenden Informationen nach bestem Wissen und Gewissen erstellt. Gleichwohl übernimmt die ulrich GmbH & Co. KG keine Haftung für die Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts.

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|-------------------|--|
| ALIF | Anterior Lumbar Interbody Fusion |
| BA | Belegabteilung |
| BWK | Brustwirbelkörper |
| BWS | Brustwirbelsäule |
| CA | Karzinom |
| CCL | Complication or comorbidity level |
| COVID-19 | Coronavirus SARS-CoV-2 |
| DLIF | Direct Lateral Interbody Fusion |
| (G-)DRG | (German) Diagnosis Related Group |
| GVWD | Grenzverweildauer |
| HA | Hauptabteilung |
| HWS | Halswirbelsäule |
| ICD | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems |
| InEK | Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus |
| LWK | Lendenwirbelkörper |
| LWS | Lendenwirbelsäule |
| MD | Medizinischer Dienst |
| OPS | Operationen- und Prozedurenschlüssel |
| PCCL | Patient Clinical Complexity Level (Patientenbezogener Gesamtschweregrad) |
| PfE | Pflege-Entgelt |
| PfEW | Pflege-Entgeltwert |
| PLIF | Posterior Lumbar Interbody Fusion |
| SARS-CoV-2 | Severe acute respiratory syndrome coronavirus type 2 |
| Th | Thorakal |
| TLIF | Transforaminal Lumbar Interbody Fusion |
| VWD | Verweildauer |
| WKE | Wirbelkörperersatz |

DRG Grundlagen

Seit Einführung des DRG-Systems in Deutschland werden die stationären Leistungen des Krankenhauses nicht mehr nach Aufenthaltstagen, sondern nach diagnosebezogenen Fallpauschalen abgerechnet. Sinn des Fallpauschalensystems ist es, gleich aufwändige Leistungen gegenüber einem Patienten (z. B. Implantation eines HWS-Cages bei Bandscheibenvorfall) in verschiedenen Krankenhäusern mit den gleichen Entgelten zu belegen. Die Fallpauschale wird durch Verschlüsseln von Diagnosen und Prozeduren (therapeutische Maßnahmen wie Operationen) berechnet. Weitere Sachverhalte, die unter anderem Einfluss auf die DRGs haben, sind: Liegezeit, Alter, Geschlecht und die ökonomische Fallschwere (diese wird durch Nebendiagnosen bestimmt).

Diagnosen

Entsprechend den Regeln der Deutschen Kodierrichtlinien wird am Ende des stationären Aufenthaltes vom behandelnden Arzt die Diagnose, die zur Klinikeinweisung geführt hat, als Hauptdiagnose festgelegt. Begleitdiagnosen des Patienten, die während des stationären Aufenthaltes Ressourcen der Klinik verbraucht haben, werden als Nebendiagnosen verschlüsselt und bilden so die ökonomische Fallschwere ab.

Fälle mit höherer Fallschwere (u. a. durch mehr Nebendiagnosen) werden meist über die Ansteuerung

einer anderen DRG höher entgolten. Neuerdings tritt der CCL-Wert (Complication or comorbidity level = Gewichtung der Nebendiagnosen) als Ausdruck der Fallschwere immer mehr in den Hintergrund, bestimmte Diagnosekonstellationen (auch ohne CCL-Wert) oder Prozeduren werden zunehmend wichtiger bei der Bestimmung des Schweregrades eines Falles.

Prozeduren

Therapeutische oder diagnostische Handlungen können mit einem Prozedurcode verschlüsselt werden. Im Gegensatz zur Diagnose muss keine zusätzliche Bedingung (Ressourcenverbrauch) erfüllt sein, um eine Prozedur zu verschlüsseln. Die Prozedurenverschlüsselung ist eine reine Handlungsbeschreibung. Schwierigkeiten macht nur die Abgrenzung bei größeren Operationen: Gehört ein Einzelschritt einer Operation zur Operation dazu oder muss er separat verschlüsselt werden? Hier gilt die Maxime: Wenn ein Einzelschritt bei jeder Operation durchgeführt wird, gehört dieser Einzelschritt zur Gesamtoperation dazu und muss nicht separat verschlüsselt werden (integraler Bestandteil einer Operation, monoprozedurale Kodierung).

Im Zweifel muss immer der Original-Katalog herangezogen werden, dort muss dann auch die Kapitelüberschrift, die Unterüberschriften, die Inklusiva und Exklusiva beachtet werden.

Zugang

Sowohl in der Neurochirurgie, als auch in der Wirbelsäulenchirurgie muss der operative Zugang zum OP-Gebiet separat verschlüsselt werden. Die Größe des Zugangs kann entgeltrelevant sein und sollte demnach genau dem durchgeführten Zugang entsprechen. Wobei es bei der Abgrenzung des Codes 5-032.2 ff. Laminotomie, erweiterte Fensterung zu 5-032.3 ff. Hemilaminektomie, Teil-Hemilaminektomie durchaus Interpretationsmöglichkeiten gibt. Der Unterschied zwischen einer deutlich erweiterten Fensterung zu einer Teil-Hemilaminektomie ist minimal oder nicht existent. Um die kodierte Prozedur für den Kostenträger nachvollziehbarer zu gestalten, sollte der OP-Bericht alle Schritte der Operation so genau wie möglich beschreiben.

Segment und Seitenangaben

OPS-Kodes müssen, wo angegeben, mit einer Seitenangabe versehen werden: Eine Fensterung kann einseitig oder beidseits durchgeführt werden.

Bei der Verschlüsselung der Zugänge und auch bei Stabilisierungen muss die Anzahl der überbrückten Segmente gewählt werden. Ein Segment entspricht bei der Stabilisierung der Anzahl der überbrückten Bandscheibenfächer. Beim Zugang geht es neben den überbrückten Bandscheibenfächern auch um

DRG Grundlagen

2

andere anatomische Strukturen wie zum Beispiel den Wirbelbogen: Eine Fensterung LWK 3/4 ist ein Segment, eine Hemilaminektomie des Bogens L4 ist ein Segment, eine Hemilaminektomie des Bogens L4 und L5 sind 2 Segmente.

Eine Fensterung L4/5 beidseits und L5/S1 re wird mit zwei OPS-Kodes verschlüsselt: Einmal L4/5 und L5/S1 re über zwei Segmente und einmal L4/5 li über ein Segment.

Abbildung der Fallschwere und Komplikationen

Um die Fallschwere möglichst gut mittels ICD- und OPS-Kodes abzubilden, muss immer korrekt und vollständig verschlüsselt werden. Man sollte sich immer fragen, welche Umstände den Fall von einem normalen, komplikationslosen Fall unterscheiden. Diese Umstände sollten dann möglichst mit einem ICD- und einem OPS-Kode verschlüsselt werden.

Im DRG-System resultieren Komplikationen meist in einer Erhöhung der Fallschwere. Demnach sollten Komplikationen ausführlich beschrieben werden und dann auch mit einem ICD-Kode und möglichst auch einem OPS-Kode verschlüsselt werden.

Grouper

Der Grouper ist eine Software, die eine DRG berechnet, welche sich aus den Falldaten ergibt (Diagnosen- und Prozeduren-Verschlüsselung (ICD und OPS), Patientendaten). Im Folgenden soll ein Beispielfall erläutert werden:

Ein Patient mit HWS Bandscheibenvorfall erhält eine ventrale Diskektomie mit anschließender Implantation eines cerv-X Cages. Der Cage wird mit Knochenersatzmaterial (uDesis) befüllt. Das Alter des Patienten beträgt 60 Jahre, die Verweildauer im Krankenhaus fünf Tage und die DRG-Version ist 2022.

Mit jedem zertifizierten Grouper sollte sich aus diesen Daten die DRG I10D errechnen lassen. Die Beschreibung der DRG I10D lautet: „Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat“.

Entgelt

Jeder DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet. Jedes Bundesland wiederum hat einen individuellen Basisfallwert. In diesem Leitfaden wird ein Basisfallwert in Höhe von 3.830,00 € zugrunde gelegt.

Im nachstehenden Beispiel wird außerdem das zusätzliche Pflegeentgelt (Pfe) mitberechnet. Basis für die Berechnung ist ein Pflegeentgeltwert (PfeW) von 163,09 €.

Für das Durchführen der ventralen Diskektomie mit anschließender Implantation eines Cages, wie oben beschrieben, ergibt sich die DRG I10D. Der DRG I10D ist im Fallpauschalenkatalog 2022 ein Relativgewicht von 1,182 zugeordnet. Daraus ergibt sich ein Erlös für die DRG I10D von:

1,182 x 3.830,00€ = 4.527,06 €
Das heißt Relativgewicht x Basisfallwert = Erlös/Entgelt

Diagnosen (ICD-Kode):

M50.1 Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-836.50 Spondylodese: Ventral: 1 Segment

5-83b.70 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment

5-030.70 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment

5-835.b0 Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

Das Pflege-Entgelt berechnet sich folgendermaßen:

Pflege-Entgeltwert x (Pflege Relativgewicht x Verweildauer (VWD)) = Pflege-Entgelt

163,09 € x (0,6917 x 5 Tage) = 564,05 €

Basisfallwert

Der Basisfallwert (Landesbasisfallwert) wird jährlich neu auf Landesebene separat festgelegt. Er wird im Vorjahr verhandelt und ändert sich demnach auch jedes Jahr.

Möchte man die in dieser Broschüre genannten Beispiele für sein Krankenhaus korrekt abbilden, muss man den korrekten Basisfallwert mit einem Grouper berechnen.

Hauptabteilung und Belegabteilung

Im Fallpauschalenkatalog sind für eine Hauptabteilung und eine Belegabteilung unterschiedliche Relativgewichte hinterlegt. Da bei einer Belegabteilung der Beleger seine Leistung direkt mit der Kasse abrechnet, ist der DRG-Erlös - und damit das Relativgewicht - bei einer Belegabteilung niedriger als bei einer Hauptabteilung.

Wenn in diesem Leitfaden von Belegabteilung gesprochen wird, gehen wir von einem Belegoperateur und einem Beleganästhesisten aus. Es sind aber auch andere Kombinati-

onen (z. B. nur Belegoperateur) im Fallpauschalenkatalog hinterlegt.

Im oben genannten Beispiel der DRG I10D ist für eine Belegabteilung (Belegoperateur und Beleganästhesist) das Relativgewicht 0,591 hinterlegt. Der Erlös wäre damit **0,588 x 3.830,00€ = 2.252,04 €**

Das Pflege-Entgelt ändert sich dadurch nicht:

163,09 € x (0,6917 x 5 Tage) = 564,05 €

Die Vergütung der Belegärzte erfolgt separat über den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

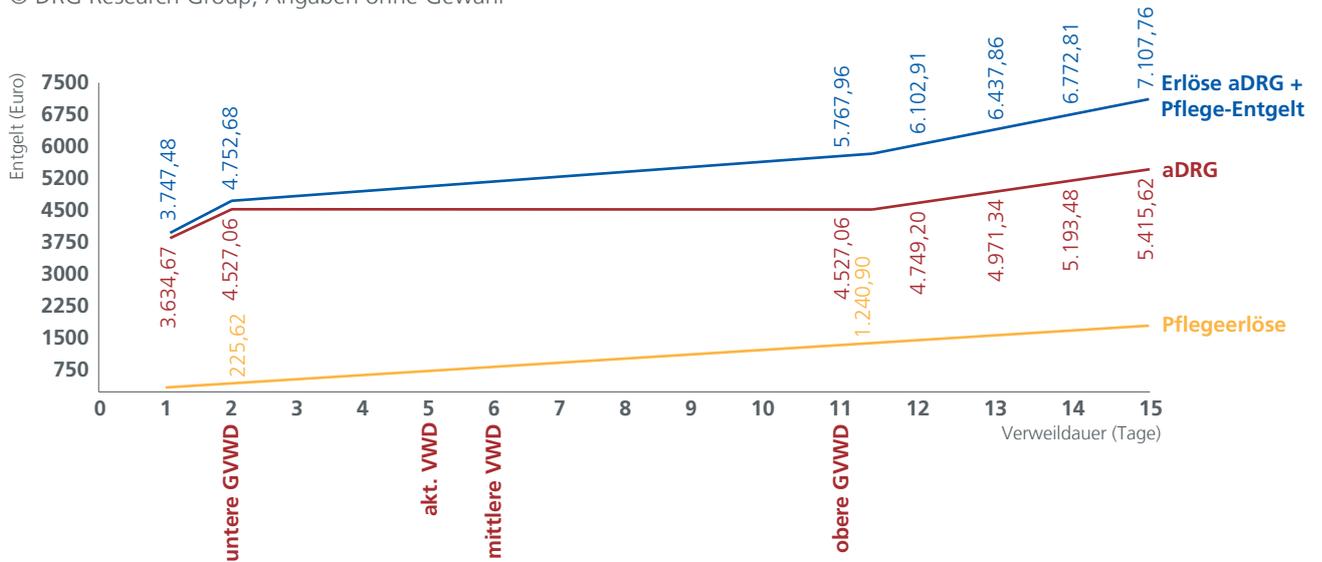
Fallzusammenführung

Jeder DRG ist eine obere Grenzverweildauer (GVWD) zugeordnet. Wird ein Patient innerhalb der oberen GVWD (gerechnet ab der Aufnahme) wieder aufgenommen und der zweite Fall ist die gleiche Basis-DRG (bestimmt durch die ersten 3 Ziffern der DRG), werden beide Fälle zusammengeführt. Das heißt, dass nicht mehr 2 DRGs abgerechnet werden können, sondern nur noch eine. Die Zeit zwischen den Aufenthalten wird als Beurlaubung gewertet. Die Regeln der Fallzusammenführung sind deutlich umfangreicher und müssen bei Interesse ggf. nachgelesen werden. Die hier aufgeführte Darstellung ist stark vereinfacht.

DRG Grundlagen

DRG-Grafik für GDRG 2022 / I10D (Basisfallwert: 3.830,00 €, Pflegeentgeltwert 163,09 €)

© DRG Research Group, Angaben ohne Gewähr



Zusatzentgelt

Manche OPS-Kodes sind mit einem Zusatzentgelt belegt. Dies bedeutet, dass die Klinik neben dem DRG-Erlös zusätzlich noch ein Zusatzentgelt abrechnen kann. In der Wirbelsäulenchirurgie erfolgt dies zum Beispiel beim Wirbelkörperersatz (WKE). Der Code 5-837.00 „Wirbelkörperersatz ein Wirbelkörper“ löst das Zusatzentgelt ZE11.01 in Höhe von 832,87 € aus. Die Zusatzentgelte sollen hohe Implantatkosten ausgleichen.

DRG-Diagramme

Um einen schnellen Überblick über die DRGs, die einer klinischen Situation zugeordnet sind, zu erhalten, stellen wir in dieser Broschüre

verschiedene klinische Sachverhalte mit DRG-Diagrammen dar. Folgende Voraussetzungen gelten für alle DRG-Diagramme:

- Zugrunde gelegter Basisfallwert: 3.830,00 €
- Zugrunde gelegtes Pflege-Entgelt: 163,09 €
- Zugrunde gelegte Verweildauer: Mittlere Verweildauer (Ab- und Zuschläge werden nicht eingerechnet)
- Behandlung in einer Hauptabteilung (HA), alternativ wird der Wert für eine Belegabteilung (BA) mit Belegoperator und Beleganästhesist angegeben
- Krankenhausbehandlung vollstationär
- Einweisung durch einen Arzt, Behandlung regulär beendet, arbeitsfähig entlassen

- Alter des Patienten: 60 Jahre
- DRG-Version 2022

Das DRG-Diagramm besteht aus den beiden Teilen ICD und OPS. Gibt man die hier genannten Ziffern in einen Grouper ein und ergänzt die oben dargestellten allgemeinen Angaben zur Liegezeit etc., erhält man die entsprechende DRG.

Exemplarisch ist im folgenden Beispieldiagramm die ventrale Diskektomie bei Bandscheibenvorfall an der HWS dargestellt. Die ICD-Kodes sind in der Tabelle Diagnosen zu finden. Die OPS-Kodes direkt darunter in der Tabelle Prozeduren. In den Tabellen ist der fett gedruckte ICD-Kode immer die Hauptdiagnose (in diesem Fall also die M50.1).

Beispieldiagramm

Patient mit Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule, behandelt durch ventrale Diskektomie und Osteosynthese mit cerv-X Cage. Der Cage wird mit einem Knochen(ersatz)material befüllt.

Diagnosen (ICD-Kode):

M50.1 Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie

G55.1* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-836.50 Spondylodese: Ventral: 1 Segment

5-83b.70 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment

5-030.70 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment

5-835.b0 Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

ICD

OPS

DRG

I10D: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat

Erlös HA: 4.527,06 € zzgl. PfE

Erlös BA: 2.252,04 € zzgl. PfE

Merksätze und Grundprinzipien

Diagnosen

- Innerhalb der Diagnosen werden traumatische Veränderungen mit S-Nummern, degenerative Erkrankungen mit M-Nummern verschlüsselt.
- Ressourcenverbrauch: Bei zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen, ist vom behandelnden Arzt diejenige als Hauptdiagnose auszuwählen, die für Untersuchung und/oder Behandlung die meisten Ressourcen verbraucht.
- Bei Frakturen ist ein vorliegender Weichteilschaden mit Angabe des Schweregrades als Sekundärkode mit S11.8 ff. (HWS), S21.8 ff. (BWS) bzw. S31.8 ff. (LWS) zu kodieren.
- Insbesondere bei polytraumatisierten Patienten kann jede ICD-Kodierung in eine höhere DRG resultieren und ist daher unbedingt zusätzlich zu kodieren.
- Eine Querschnittlähmung ist mit Angabe der Höhe zu kodieren.

Operationen und Prozeduren

- Operationen- und Prozeduren-schlüssel sowie Grundsätze zu den Operationen an der Wirbelsäule sind im Kapitel 5-83 hinterlegt.
- Im Sinne der monoprozeduralen Kodierrichtlinie ist die Prozedurenziffer zu wählen, die den Eingriff am besten beschreibt.

Normalerweise ist eine Prozedur vollständig mit all ihren Komponenten, wie z. B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht usw. in einem Kode abgebildet.

- Die Größe des Zugangs bzw. die Art des Zugangs sind z. T. entgeltrelevant.
- Die Osteosynthese beschreibt die Methode der Fixierung. Eine Spondylodese beschreibt aus der Perspektive der Kodierung eine endgültige Versteifung der Wirbelsäule. Dies ist nur im Falle der Anlagerung von Knochen(ersatz)material möglich, z. B. auch in der Art und Weise, dass ein intervertebraler Cage mit Knochen(ersatz)material gefüllt wird.
- Die Entnahme eines Knochen-transplantates ist mit 5-783. ff. gesondert zu kodieren.
- Komplikationen/Erschwerte Verläufe sollten beschrieben und mit ICD und OPS verschlüsselt werden. Dies ist entsprechend im OP-Bericht schlüssig darzustellen.
- Eine deutlich erweiterte Fensterung ist eine Teilhemilaminektomie.
- OPS-Kodes sollten mit einem Datum verschlüsselt werden (zweizeitiges Vorgehen).
- Die Verwendung eines Navigationssystems wirkt sich aktuell (noch) nicht entgeltrelevant aus, ist jedoch zusätzlich zu kodieren. Je nach Art des Systems

(radiologisch, elektromagnetisch, sonographisch, optisch, sonstige) ist das Navigationssystem anders zu kodieren.

- Die Anwendung eines Endoskopiesystems ist als Zusatzkode (5-059.b) zu kodieren.
- Die Augmentation des Schraubenlagers bei schlechter Knochenqualität wirkt sich aktuell (noch) nicht entgeltrelevant aus, ist jedoch zusätzlich zu kodieren.
- WKE im Sinne von 5.837.0 ff. bedeutet im Sinne der Kodierung die Versorgung mit einem Wirbelkörperersatz von der Endplatte zur Deckplatte über die Strecke von mindestens einem Wirbelkörper und den jeweils anschließenden oberen und unteren Bandscheiben.
- Bei einer Wiedereröffnung eines OP-Gebietes ist zu überprüfen, ob der OPS-Kode 5-839.5 „Revision einer WS-Operation“ Anwendung finden kann.
- Bei einer Mehrfachverletzung oder einem Polytrauma ist zu prüfen, ob die Zusatzkodes 5-981 (Mehrfachverletzung) und/oder 5-982 ff. (Polytrauma) Verwendung finden.

COVID-19 Spezial

Im Zusammenhang mit der Pandemie der Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) wurden seither zahlreiche Schlüsselnummern generiert. Initial erfolgte die Etablierung von Codes zur korrekten Abbildung der Anamnese, der Nachweisverfahren, der Testergebnisse sowie der Krankheitsverläufe. Die entsprechenden Schlüsselnummern haben wir im Folgenden aufgeführt sowie anhand von Beispielen typische Fallkonstellationen dargestellt.

Die Verfügbarkeit von Impfstoffen erforderte im Verlauf des Pandemiegeschehens eine Belegung von weiteren Schlüsselnummern. 2021 wurden daher unterjährig weitere Codes im Kontext der Impfungen gegen COVID-19 und möglichen unerwünschten Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen generiert. Auf diese Schlüsselnummern gehen wir am Ende dieses Themenblocks genauer ein.

U07.1! COVID-19, Virus nachgewiesen

Diese Sekundärschlüsselnummer ist zu kodieren, wenn eine Infektion mit SARS-CoV-2 labordiagnostisch durch direkten Virusnachweis bestätigt wurde.

U07.2! COVID-19, Virus nicht nachgewiesen

Diese Sekundärschlüsselnummer ist für COVID-19-Fälle zu verwenden, bei denen SARS-CoV-2 nicht durch einen Labortest nachgewiesen wurde, sondern COVID-19 klinisch-epidemiologisch bestätigt wurde. Ein negativer Labortest zum Virusnachweis schließt dabei eine Infektion mit SARS-CoV-2 nicht sicher aus.

U08.9 COVID-19 in der Eigenanamnese, nicht näher bezeichnet

Diese Schlüsselnummer wird kodiert, wenn eine frühere, bestätigte COVID-19 Erkrankung vorlag, die Person allerdings nicht mehr an COVID-19 leidet.

U09.9! Post-COVID-19-Zustand, nicht näher bezeichnet

Diese Sekundärschlüsselnummer ist zu verwenden, wenn bei einer anderenorts klassifizierten Störung (Primärkode) dokumentiert werden soll, dass sie in Zusammenhang mit einer vorausgegangenen COVID-19 Erkrankung steht. Dieser Kode ist nicht anzuwenden, wenn COVID-19 noch vorliegt.

U10.9 Multisystemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet

Entzündungssyndrome wie das „Kawasaki-like“ Syndrom, das MIS-C, das PIMS oder der Zytokinsturm, welche zeitlich assoziiert mit COVID-19 auftreten, werden nunmehr mit diesem Primärschlüssel kodiert.

U99.0! Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf SARS-CoV-2

Diese Sekundärschlüsselnummer beschreibt einen „Versorgungsanlass“ bzw. einen relevanten „Faktor“ hinsichtlich der Behandlung von Personen, bei denen eine Infektion mit SARS-CoV-2 abgeklärt wird. Mit „spezielle Verfahren“ sind hier labordiagnostische Tests zum Nachweis einer Infektion mit SARS-CoV-2 gemeint.

COVID-19 Spezial

4

Hilfreiche Primärkodes im Zusammenhang mit dem Infektionsgeschehen SARS-CoV-2/COVID-19 sind zudem:

J12.8 Pneumonie durch sonstige Viren

Z11 Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf infektiöse und parasitäre Krankheiten

Z20.8 Kontakt mit und Exposition gegenüber sonstigen übertragbaren Krankheiten

Z22.8 Keimträger sonstiger Infektionskrankheiten (inklusive Verdachtsfälle)

Nachfolgend finden sich typische Fallkonstellationen und deren Kodierung:

Anlässlich einer routinemäßigen Testung bei stationärer Aufnahme zeigt sich ein positiver labordiagnostischer Test auf SARS-CoV-2.
Z22.8 plus U07.1!

Anlässlich einer routinemäßigen Testung bei stationärer Aufnahme zeigt sich ein negativer labordiagnostischer Test auf SARS-CoV-2.
Z11 plus U99.0!

Als Ursache für eine Pneumonie wird durch einen labordiagnostischen Test die Infektion mit SARS-CoV-2 mit Ausbildung einer mit COVID-19 vereinbaren Symptomatik bestätigt.
J12.8 plus U07.1!

Bei einem anderen Patienten mit Pneumonie und Verdacht auf COVID-19 wird eine Infektion mit SARS-CoV-2 nicht nachgewiesen.
J12.8 plus U99.0!

Bei einem weiteren Patienten mit Pneumonie kann eine Infektion mit SARS-CoV-2 mittels labordiagnostischem Test nicht bestätigt werden. Es liegt allerdings eine mit COVID-19 vereinbare Symptomatik und eine epidemiologische Bestätigung vor.
J12.8 plus U07.2!
Z20.8

Labordiagnostische Testung einer Kontaktperson ohne COVID-19 vereinbare Symptomatik
Z20.8 plus U99.0!

Nachfolgend finden sich die 2021 generierten Codes bezüglich der Impfung sowie möglicher unerwünschter Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19 Impfstoffen:

U11.9 Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet
COVID-19-Impfung (prophylaktisch)

Diese Schlüsselnummer ist zu verwenden, um bei einer Person anzugeben, dass sie das Gesundheitswesen zum Zweck der COVID-19-Impfung in Anspruch nimmt. Im Geltungsbereich der §§ 17b KHG und 17d KHG handelt es sich um eine zusätzliche Schlüsselnummer. Für den Fall, dass im vorgenannten Geltungsbereich die COVID-19-Impfung selbst Anlass der Inanspruchnahme ist, wird

primär die Schlüsselnummer Z25.8 Notwendigkeit der Impfung gegen sonstige näher bezeichnete einzelne Viruskrankheiten und zusätzlich die neue Schlüsselnummer U11.9 benutzt.

U12.9! Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet.
Diese Sekundärschlüsselnummer ist zu kodieren, wenn nach einer COVID-19-Impfung eine anderenorts klassifizierte Störung (Primärkode) dokumentiert werden soll. Somit ist es nun kodiert technisch möglich, eine Kausalkette von einer unerwünschten Nebenwirkung (Primärkode) mit der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen (U12.9!, Sekundärschlüsselnummer) zu erstellen.

Zervikale Versorgungen

Produkt

neon³

Universales System für alle gängigen Platzierungstechniken an der dorsalen Halswirbelsäule und oberen thorakalen Wirbelsäule



OPS-Kode

5-83b.5 ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System

ADD

Distrahierbares Wirbelkörperersatzsystem für die ventrale, zervikale und zervikothorakale Wirbelsäule



5-837 ff.

Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule
① generiert ZE11

ADDplus

Distrahierbares Wirbelkörperersatzsystem mit festen Platten für die ventrale, zervikale und zervikothorakale Wirbelsäule



5-837 ff.

Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule
① generiert ZE11

Origin

Plattensystem zur Stabilisierung der Halswirbelsäule



5-83b.3 ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System

cerv-X

Cage zur intersomatische Fusion der zervikalen Wirbelsäule aus röntgendurchlässigem PEEK Optima[®] LT1 Material



5-83b.7 ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages

uDesis

Synthetisches Knochenersatzmaterial zur Auffüllung und Anlagerung bei Knochendefekten



5-835.b0

Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

Zervikale Versorgungen

1. Schweregraderhöhung – Mehr Aufwand, mehr Erlös

Im Beispiel 1.2 sieht man die erlössteigernde Wirkung von schweregraderhöhenden Nebendiagnosen (sogenannter CCL-Wert der Diagnose) gegenüber einem Fall in Beispiel 1.1 ohne Schweregraderhöhung.

Nicht jede Nebendiagnose hat einen CCL-Wert größer 0. Auch müssen meist mehrere Nebendiagnosen mit CCL zusammenkommen, um eine höherwertige DRG auszulösen. Beispiel 1.3 zeigt die gleiche Situation wie in 1.2 mit dem Unterschied, dass kein Diabetes mellitus mit Nephropathie vorliegt.

1.1 – Keine Begleiterkrankungen

Patient mit Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule, behandelt durch ventrale Diskektomie und Osteosynthese mit cerv-X Cage.

Diagnosen (ICD-Kode):

M50.1 Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-83b.70 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment
5-030.70 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment

ICD

OPS

DRG

I10D: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat

Erlös HA: 4.527,06 € zzgl. PfE

Erlös BA: 2.252,04 € zzgl. PfE

1.2 – Schweregraderhöhung durch Begleiterkrankungen

Ein lebertransplantiertes Patient mit Diabetes mellitus und Nephropathie erleidet einen Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule mit intraoperativer Zerrung des Nervus Recurrens und nachfolgender Heiserkeit. Der Bandscheibenvorfall wird behandelt durch ventrale Diskektomie und Osteosynthese mit cerv-X Cage.

Diagnosen (ICD-Kode):

M50.1 Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie

J38.01 Lähmung der Stimmklappen und des Kehlkopfes: Einseitig, partiell

E10.20 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet

N08.3* Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus

Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-83b.70 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment

5-030.70 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment

ICD

OPS

DRG

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

Erlös HA: 8.563,88 € zzgl. PfE

Erlös BA: 6.239,07 € zzgl. PfE

Zervikale Versorgungen

1.3 – Keine Schweregrad- erhöhung durch Begleiterkrankungen

Ein lebertransplantiertes Patient ohne Diabetes mellitus und ohne Nephropathie erleidet einen Bandscheibenvorfall in der Halswirbelsäule mit intraoperativer Zerrung des Nervus Recurrens und nachfolgender Heiserkeit. Der Bandscheibenvorfall wird behandelt durch ventrale Diskektomie und Osteosynthese mit cerv-X Cage.

5

Diagnosen (ICD-Kode):

M50.1 Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie

J38.01 Lähmung der Stimmklappen und des Kehlkopfes: Einseitig, partiell

Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-83b.70 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment

5-030.70 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment

ICD

OPS

DRG

I10D: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat

Erlös HA: 4.527,06 € zzgl. PfE

Erlös BA: 2.252,04 € zzgl. PfE

2. Höhere Fallkomplexität – höherer Erlös

Innerhalb des DRG-Systems führt ein höherer Ressourcenaufwand (z.B. durch komplexere osteosynthetische Versorgungen) oftmals zu einem höheren Erlös. In unserem Beispiel triggert die Spondylodese mit Cage, ventraler Platte und uDesis in die DRG I10C:

Patient mit Stenose aufgrund einer Spondylolisthesis in der Halswirbelsäule wird mit ventraler Diskektomie und Implantation eines Cages (cerv-X) behandelt. Der Cage wird mit Knochenersatzmaterial (uDesis) befüllt. Zusätzlich erfolgt eine Stabilisierung mit ventraler Platte.

Diagnosen (ICD-Kode):

M43.12 Spondylolisthesis: Zervikalbereich

M48.02 Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-836.50 Spondylodese: Ventral: 1 Segment

5-83b.30 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 1 Segment

5-83b.70 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment

5-030.70 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 1 Segment

5-835.b0 Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

ICD

OPS

DRG

I10C: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule

Erlös HA: 6.181,62 € zzgl. PfE

Erlös BA: 4.465,78 € zzgl. PfE

Zervikale Versorgungen

3. Kodierungen bei onkologischen Erkrankungen

Bei der Wahl der Hauptdiagnose ist immer der Grundsatz des Ressourcenverbrauchs zu beachten. Der Unterschied zwischen Beispiel 3.1 und 3.2 besteht in der gewählten Hauptdiagnose. Die Vergabe der korrekten Hauptdiagnose bei Tumorerkrankungen wird in den speziellen Kodierrichtlinien geregelt (Deutsche Kodierrichtlinien 2022, 0201u ff.). Kommt ein Patient zur Behandlung einer Metastase und wird NUR die Metastase behandelt, gilt diese als Hauptdiagnose und der Primärtumor als Nebendiagnose. Wird der Primärtumor während des stationären Aufenthaltes beispielsweise in Form einer teuren, antihormonellen Therapie mitbehandelt, so kann sich je nach Ressourcenverbrauch die Hauptdiagnose ändern (s. Beispiel 3.2.).

3.1 – Hauptdiagnose: Metastase

Metastase in der Halswirbelsäule bei Mammakarzinom (Mamma-CA) mit Kompressionsfraktur und Instabilität. Es erfolgt über einen ventralen Zugang bisegmental die Versorgung mit Wirbelkörperersatz (ADD) und ventraler Platte. Der Wirbelkörperersatz kann mit einem Zusatzentgelt abgerechnet werden.

Diagnosen (ICD-Kode):

C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes

M49.52* Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich

C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-83b.31 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 2 Segmente

5-837.00 Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 1 Wirbelkörper

5-030.71 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 2 Segmente

ICD

OPS

DRG

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

Erlös HA: 9.456,27 € + ZE11.01: 832,87 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.196,57€ + ZE11.01: 832,87 € zzgl. PfE

3.2 – Hauptdiagnose: Primärtumor

Gleicher Fall wie in Beispiel 3.1. Während des stationären Aufenthaltes erfolgt zudem eine sehr kostenintensive, antihormonelle Therapie. Diese übersteigt deutlich den Ressourcenverbrauch im Vergleich zur wirbelsäulenchirurgischen Versorgung. Daher muss laut der Kodierrichtlinie 0201n ff. der Primärtumor als Hauptdiagnose gewählt werden. Aus Gründen der Übersichtlichkeit wurde auf die Auflistung der gynäkologischen OPS-Ziffern bewusst verzichtet. Bei entsprechender Kodierung wäre hierbei mit einer Eingruppierung in eine höher bemessene DRG zu rechnen. Ein Wechsel der Hauptdiagnose ohne diese zusätzlichen Codes führt in diesem Beispiel auch in die DRG I09G.

Diagnosen (ICD-Kode):

| | |
|--------------|--|
| C50.4 | Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse |
| C79.5 | Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes |
| M49.52* | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich |

Prozeduren (OPS-Kodes):

| | |
|----------|--|
| 5-83b.31 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 2 Segmente |
| 5-837.00 | Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 1 Wirbelkörper |
| 5-030.71 | Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 2 Segmente |

ICD

OPS

DRG

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

Erlös HA: 9.456,27 € + ZE11.01: 832,87 € zzgl. PfE
Erlös BA: 7.196,57€ + ZE11.01: 832,87 € zzgl. PfE

Zervikale Versorgungen

3.3 – Hauptdiagnose Knochenmetastase und hohe Komorbidität

Gleiche Fallkonstellation wie in Beispiel 3.1. Zusätzlich besteht noch ein Zustand nach Lebertransplantation. Durch die höhere Komorbidität erfolgt bei 8-tägiger Verweildauer die sach- und leistungsgerechte Eingruppierung in die höher bemessene DRG I10A.

5

Diagnosen (ICD-Kode):

C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes

M49.52* Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich

C50.4 Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse

Z94.4 Zustand nach Lebertransplantation

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-83b.31 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 2 Segmente

5-837.00 Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 1 Wirbelkörper

5-030.71 Zugang zum kraniozervikalen Übergang und zur Halswirbelsäule: HWS, ventral: 2 Segmente

ICD

OPS

DRG

I10A: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC

Erlös HA: 14.910,19€ + ZE11.01: 832,87 € zzgl. PfE

Erlös BA: 12.030,03€ + ZE11.01: 832,87 € zzgl. PfE

Thorakolumbale / Sakrale Versorgungen

Produkt

uCentum

Komplettsystem für offene und perkutane Anwendungen für die thorakale und lumbosakrale Wirbelsäule

uBase

Erweiterung der umfangreichen Fixierungsoptionen von uCentum um die Stabilisierung von Sakrum und Ilium

pezo/tezo

Implantatfamilie aus PEEK Optima® LT1 und Titan zur lumbalen bis lumbosakralen intersomatischen Fusion für dorsale und ventrale Zugänge (PLIF, TLIF, ALIF)

Bone InGrowth Cages

3D gedruckte Implantatfamilie aus Titan zur lumbalen bis lumbosakralen intersomatischen Fusion für dorsale und ventrale Zugänge (PLIF, TLIF, ALIF, DLIF)

cosmicMIA

Dorsales System zur dynamischen Stabilisierung der thorakalen und lumbosakralen Wirbelsäule

obelisc

In situ stufenlos distrahierbares Wirbelkörperersatzsystem für die ventrale thorakale und lumbale Wirbelsäule

uDesis

Synthetisches Knochenersatzmaterial zur Auffüllung und Anlagerung bei Knochendefekten



OPS-Kode

5-83b.5 ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System

5-83b.5 ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System

5-83b.7 ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages

5-83b.7 ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages

5-83b.5 ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System

+

5-83w.1

Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule: Dynamische Stabilisierung

5-837 ff.

Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule
① generiert ZE11

5-835.b0

Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

Thorakolumbale / Sakrale Versorgungen

4. Schweregraderhöhung – Vollständigkeit zahlt sich aus

Wie bereits bei den zervikalen Versorgungen gezeigt, unterstreichen nachfolgende Beispiele abermals die Relevanz einer korrekten Verschlüsselung der Nebendiagnosen zur Erlangung einer sach- und leistungsgerechten Vergütung.

4.1 – Keine Schweregraderhöhung

Bei dem Patienten besteht eine degenerative Spondylolisthesis in der Lendenwirbelsäule und begleitender Stenose mit radikulärer Symptomatik.

Durchführung einer PLIF (pezo-P, uCentum). Der Cage wird mit Knochenersatzmaterial (uDesis) befüllt.

Diagnosen (ICD-Kode):

M43.16 Spondylolisthesis: Lumbalbereich

M53.26 Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich

G55.3* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

M48.06 Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-836.30 Spondylodese: Dorsal: 1 Segment

5-83b.50 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 1 Segment

5-83b.70 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment

5-032.00 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os Sacrum und zum Os coccygis, LWS dorsal, 1 Segment

5-835.b0 Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

ICD

OPS

DRG

I09G: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmter Osteosynthese

Erlös HA: 9.456,27 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.196,57 € zzgl. PfE

4.2 – Schweregraderhöhung

Gleicher Patient wie in Beispiel 4.1. Als Nebendiagnosen ergeben sich eine postoperative Anämie, ein Diabetes mellitus mit Nephropathie sowie ein Zustand nach Lebertransplantation. Sach- und leistungsgerecht erfolgt bei 8-tägiger Verweildauer die Eingruppierung in die DRG I09D.

Diagnosen (ICD-Kode):

M43.16 Spondylolisthesis: Lumbalbereich

| | |
|--------|--|
| M53.26 | Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich |
| G55.3* | Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |
| M48.06 | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich |
| E10.20 | Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| D62 | Akute Blutungsanämie |
| N08.3* | Glomeruläre Krankheiten bei Diabetes mellitus |
| Z94.4 | Zustand nach Lebertransplantation |

Prozeduren (OPS-Kodes):

| | |
|----------|---|
| 5-836.30 | Spondylodese: Dorsal: 1 Segment |
| 5-83b.50 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 1 Segment |
| 5-83b.70 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment |
| 5-032.00 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os Sacrum und zum Os coccygis, LWS dorsal, 1 Segment |
| 5-835.b0 | Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen |

ICD

OPS

DRG

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 intensimed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten

Erlös HA: 15.794,92 € zzgl. PfE

Erlös BA: 12.543,25 € zzgl. PfE

Thorakolumbale / Sakrale Versorgungen

5. Zweizeitiges Vorgehen – Zeit spielt eine Rolle

Das OP-Datum, welches bei OPS-Kodes angegeben wird, kann durchaus relevant sein. In den Beispielen 5.1 und 5.2 wird die gleiche OP einmal einzeitig (One-Stage) und einmal zweizeitig durchgeführt. Der Mehraufwand der zweizeitigen Vorgehensweise schlägt sich im Erlös nieder.

5.1 – One-Stage-Vorgehen

Patient: Degenerative Spondylolisthesis (LWS) mit langer Instabilität (4 Segmente) und monosegmentaler Stenose mit radikulärer Symptomatik. Durchführung PLIF (pezo-P) in Höhe der Stenose mit Dekompression. Die anderen Segmente wurden mit Schrauben-Stab-System (uCentum) stabilisiert ohne den Spinalkanal zu öffnen.

Diagnosen (ICD-Kode):

M43.15 Spondylolisthesis: Thorakolumbalbereich

M53.25 Instabilität der Wirbelsäule: Thorakolumbalbereich

G55.3* Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens

M48.06 Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-83b.54 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 4 oder mehr Segmente

5-83b.70 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment

5-839.61 Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherner Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente

5-032.02 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: Mehr als 2 Segmente

5-032.40 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminektomie LWS: 1 Segment

ICD

OPS

DRG

I09E: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit knöcherner Dekompression > 3 Segmente oder bestimmter Osteosynthese und Eingriff an Schädel und Rückenmark oder transpleuralem Zugang oder bestimmter Spondylodese

Erlös HA: 13.500,75 € zzgl. PfE

Erlös BA: 10.486,54 € zzgl. PfE

5.2 – Zweizeitiges Vorgehen

Patient wie in Bsp. 5.1. Hier konnte allerdings auf Höhe der Stenose, aufgrund einer Vernarbung der Cage nicht ventral platziert werden. Es erfolgte eine zweite OP 5 Tage später, um dies nachzuholen. Die Verweildauer beträgt in diesem Beispiel 8 Tage.

Diagnosen (ICD-Kode):

M43.15 Spondylolisthesis: Thorakolumbalbereich

M53.25 Instabilität der Wirbelsäule: Thorakolumbalbereich

M48.06 Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich

G96.1 Krankheiten der Meningen, anderenorts nicht klassifiziert

Prozeduren der Erst-OP (OPS-Kodes):

5-83b.54 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 4 oder mehr Segmente

5-839.61 Andere Operationen an der Wirbelsäule: Knöcherner Dekompression des Spinalkanals: 2 Segmente

5-032.02 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: Mehr als 2 Segmente

5-032.41 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Laminektomie LWS: 2 Segmente

Prozeduren der zweiten OP, 5 Tage nach der Erst-OP (OPS-Kodes):

5-83b.70 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 1 Segment

5-032.5 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, transperitoneal

ICD

OPS

DRG

I09C: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen

Erlös HA: 17.981,85 € zzgl. PfE

Erlös BA: 14.396,97 € zzgl. PfE

Thorakolumbale / Sakrale Versorgungen

6. Fallzusammenführung – Wenn möglich nicht sofort

Wenn die beiden Fälle eines Zweiteingriffs zu nahe beieinander liegen (Wiederaufnahme innerhalb von 30 Tagen), kommt es zu einer Fallzusammenführung (ggf. erst nach Eingreifen des MD). Das heißt, beide Fälle werden wie ein einziger Aufenthalt mit einer Beurlaubung abgerechnet, also mit einer DRG.

Im Beispiel 6.2 zeigt der Patient aus Beispiel 6.1 keine befriedigende Beschwerdereduktion und wird (WICHTIG) außerhalb der oberen Grenzverweildauer des ersten Eingriffs (also 36 Tage nach der Aufnahme zum ersten Eingriff) erneut operiert.

INFO: In den Beispielen 6.1 und 6.2 resultiert bei einer Fallzusammenführung die DRG I09E mit einem Erlös von 13.500,75 € für die Hauptabteilung bzw. 10.486,54 € für die Belegabteilung. Im Vergleich würden 6.1 und 6.2 zusammen 22.957,02 € für die Hauptabteilung erbringen, wenn die Fälle nicht zusammengelegt werden.

6.1 – Ersteingriff

Multisegmentale Instabilität der Lendenwirbelsäule (4 Segmente) aufgrund einer Spondylolisthesis ohne Stenose. Durchführung einer langstreckigen dorsalen Stabilisierung mit Schrauben-Stab-System (uCentum) ohne den Spinalkanal zu öffnen.

Diagnosen (ICD-Kode):

M43.15 Spondylolisthesis: Thorakolumbalbereich

M53.25 Instabilität der Wirbelsäule: Thorakolumbalbereich

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-83b.54 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 4 oder mehr Segmente

5-032.02 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: Mehr als 2 Segmente

ICD

OPS

DRG

I09E: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit knöcherner Dekompression > 3 Segmente oder bestimmter Osteosynthese und Eingriff an Schädel und Rückenmark oder transpleuralem Zugang oder bestimmter Spondylodese

Erlös HA: 13.500,75 € zzgl. Pfe

Erlös BA: 10.486,54 € zzgl. Pfe

6.2 – Zweiteingriff außerhalb der oberen GVWD

Der Patient aus dem vorherigen Beispiel 6.1 zeigte keine befriedigende Beschwerdereduktion und erhält über einen retroperitonealen Zugang zwei ventrale Cages und eine Platte. Die Cages werden mit Knochenersatzmaterial befüllt.

Diagnosen (ICD-Kode):

M53.25 Instabilität der Wirbelsäule: Thorakolumbalbereich

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-836.51 Spondylodese: Ventral: 2 Segmente

5-83b.31 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 2 Segmente

5-83b.71 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch intervertebrale Cages: 2 Segmente

5-032.6 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, retro-peritoneal

5-835.b0 Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

ICD

OPS

DRG

I09G: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmter Osteosynthese

Erlös HA: 9.456,27 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.196,57 € zzgl. PfE

Thorakolumbale / Sakrale Versorgungen

7. Navigation – Indirekte Kostensenkung

Ein Navigationssystem ist ein Investitionsgut, das nicht über die DRGs abgedeckt ist und somit aktuell auch nicht entgeltrelevant ist. Die Verwendung eines Navigationssystems während einer OP ist zusätzlich zu kodieren. Je nach Art des Systems (radiologisch, elektromagnetisch, sonographisch, optisch, sonstige) ist das Navigationssystem anders zu kodieren.

Endoskopisch navigierte Instrumentierung

Patient: Unisegmentale Instabilität aufgrund einer Spondylolisthesis ohne Stenose. Durchführung einer endoskopischen navigationsgestützten dorsalen Stabilisierung mit Schrauben-Stab-System (uCentum).

Diagnosen (ICD-Kode):

M43.15 Spondylolisthesis: Thorakolumbalbereich

M53.26 Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-83b.50 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 1 Segment

5-032.00 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment

5-059.b Andere Operationen an Nerven und Ganglien: Anwendung eines Endoskopiesystems

5-988.3 Anwendung eines Navigationssystems: optisch

ICD

OPS

DRG

I09G: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmter Osteosynthese

Erlös HA: 9.456,27 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.196,57 € zzgl. PfE

8. Augmentation – Schwere Fälle, viel Erlös?

Die Augmentation des Schraubenlagers wirkt sich aktuell nicht entgeltrelevant aus, ist jedoch zusätzlich zu kodieren.

Augmentation des Schraubenlagers

Patientin: Bisegmentale Instabilität in der Lendenwirbelsäule aufgrund einer Spondylolisthesis ohne Stenose. Die Patientin leidet außerdem an einer postmenopausalen Osteoporose. Durchführung einer bisegmentalen dorsalen Stabilisierung mit Schrauben-Stab-System (uCentum). Prophylaktisch wird aufgrund der schlechten Knochenqualität das Schraubenlager zusätzlich zementiert.

Diagnosen (ICD-Kode):

M43.16 Spondylolisthesis: Lumbalbereich

M53.26 Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich

M81.08 Postmenopausale Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-83b.51 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 2 Segmente

5-032.01 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 2 Segmente

5-83w.0 Zusatzinformationen zu Operationen an der Wirbelsäule: Augmentation des Schraubenlagers

ICD

OPS

DRG

I09F: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmter Osteosynthese

Erlös HA: 10.704,85 € zzgl. PfE

Erlös BA: 8.284,29 € zzgl. PfE

Thorakolumbale / Sakrale Versorgungen

9. Zusatzentgelt – HighTech wird extra vergütet

Bei der Verwendung von Wirbelkörperersatz-Implantaten kann ein Zusatzentgelt für die Implantatkosten abgerechnet werden. Die Höhe des Zusatzentgeltes ist dabei von der Anzahl der resezierten Wirbelkörper abhängig und nicht von der Anzahl der verwendeten Implantate.

Patient: instabile Kompressionsfraktur des ersten Lendenwirbelkörpers mit Hinterkantenbeteiligung. Durchführung einer Osteosynthese mit Wirbelkörperersatz (obelisc) und zusätzlicher ventraler Verplattung. Der Wirbelkörperersatz wird mit Knochenersatzmaterial befüllt.

Diagnosen (ICD-Kode):

S32.01 Fraktur eines Lendenwirbels: L1

S33.0 Traumatische Ruptur einer lumbalen Bandscheibe

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-836.51 Spondylodese: Ventral: 2 Segmente

5-83b.31 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System: 2 Segmente

5-837.00 Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 1 Wirbelkörper

5-032.5 Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, trans-peritoneal

5-835.b0 Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen

ICD

OPS

DRG

I09G: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmter Osteosynthese

Erlös HA: 9.456,27 € + ZE11.01: 832,87 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.196,57 € + ZE11.01: 832,87 € zzgl. PfE

Aus der Praxis – Kodierbeispiele Wirbelsäule Trauma

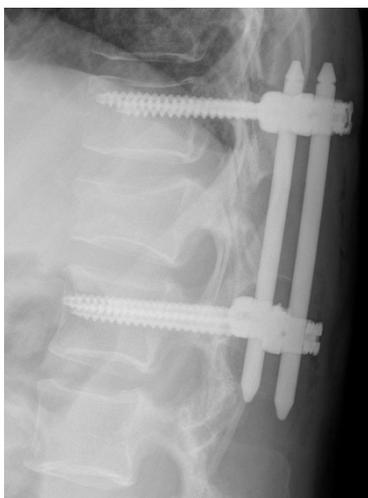
10. Frakturversorgung von dorsal und Materialentfernung

Dorsale Instrumentierung einer BWK-12-Fraktur mittels uCentum BWK 11 auf LWK 1
Eine eventuell vorliegende Verletzung der Bandscheibe Th11/12 wäre als Nebendiagnose mit der S23.0 zu kodieren.

Bei der Materialentfernung nach Frakturkonsolidierung sollten folgende Codes zur Anwendung kommen:

| Diagnosen (ICD-Kode): | |
|-------------------------|---|
| S22.06 | Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12 |
| Prozeduren (OPS-Kodes): | |
| 5-83b.51 | Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 2 Segmente |
| 5-031.00 | Zugang zur Brustwirbelsäule: BWS, dorsal, 1 Segment |
| 5-032.00 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal, 1 Segment |

| Diagnosen (ICD-Kode): | |
|-------------------------|---|
| S22.06 | Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12 |
| Z47.0 | Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung |
| Prozeduren (OPS-Kodes): | |
| 5-839.0 | Andere Operationen an der Wirbelsäule: Entfernung von Osteosynthesematerial |
| 5-031.00 | Zugang zur Brustwirbelsäule: BWS, dorsal, 1 Segment |
| 5-032.00 | Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal, 1 Segment |



Aus der Praxis – Kodierbeispiele Wirbelsäule Trauma

11. Ventrale Spondylodese nach dorsaler Instrumentierung

Nach dorsaler Instrumentierung einer Fraktur mittels uCentum soll nun in einer zweiten Operation die ventrale Stabilisierung erfolgen. Da eine segmentale Fusion angestrebt wird, handelt es sich um eine Spondylodese (5-836). Die Art der verwendeten Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantate ist dabei gesondert zu kodieren (5-835 ff.).

11.1 – Knochenspan

Bei monosegmentaler Stabilisierung mittels Knochenspan ist die Entnahme des Knochenspanes gesondert zu kodieren (5-783 ff.). Eine zusätzlich durchgeführte Osteosynthese (hier: Platte) ist ebenfalls gesondert zu kodieren (5-835b ff.).

Diagnosen (ICD-Kode):

S22.06 Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12

Prozeduren (OPS-Kodes):

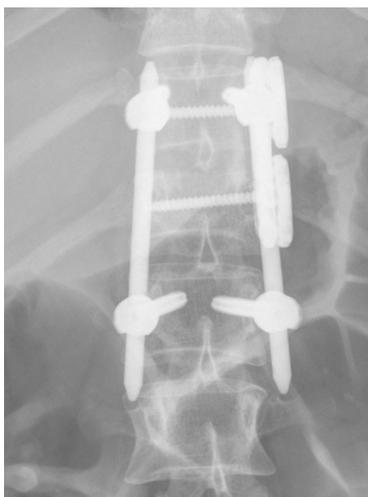
5-836.50 Spondylodese: Ventral: 1 Segment

5-83b.30 Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch ventrales Schrauben-Platten-System

5-031.5 Zugang zur Brustwirbelsäule: BWS, transpleural

5-835.9 Knochenersatz an der Wirbelsäule: Transplantation von Spongiosa(spänen) oder kortikospongiösen Spänen (autogen)

5-783.2d Entnahme eines Knochentransplantates: Kortikospongiöser Span, eine Entnahmestelle: Becken



11.2 – Wirbelkörperersatz

In einer anderen Fallkonstellation soll nach dorsaler, zementaugmentierter (5-83w.0) Instrumentierung bei BWK-12-Fraktur eine ventrale bisegmentale Spondylodese mittels Obelisc erfolgen. Ein im Rahmen einer Spondylodese durchgeführter Wirbelkörperersatz durch Implantat oder durch sonstige Materialien ist gesondert zu kodieren (5-837.0 ff., 5-837a ff.). Zudem erfolgt das Einbringen von uDesis als Knochenersatzmaterial.

Diagnosen (ICD-Kode):

S22.06 Fraktur eines Brustwirbels: T11 und T12

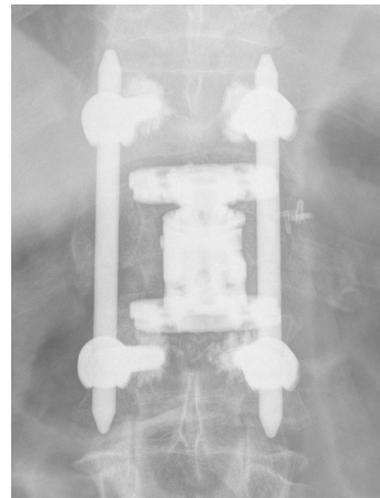
Prozeduren (OPS-Kodes):

5-836.51 Spondylodese: Ventral: 2 Segmente

5-031.5 Zugang zur Brustwirbelsäule: BWS, transpleural

5-837.00 Wirbelkörperersatz und komplexe Rekonstruktion der Wirbelsäule: Wirbelkörperersatz durch Implantat: 1 Wirbelkörper

5-835.b0 Knochenersatz an der Wirbelsäule: Verwendung von keramischem Knochenersatzmaterial: Ohne Anreicherung von Knochenwachstumzellen



Aus der Praxis – Kodierbeispiele Wirbelsäule Trauma

12. Subkutanes (geschlossenes) Décollement

Bei den Schlüsselnummern S10.- bis S90.- wurden zur Kodierung von sonstigen oberflächlichen Verletzungen neue 5-Steller eingeführt, um ein subkutanes (geschlossenes) Décollement spezifisch kodieren zu können.

Zur Veranschaulichung dieser neuen spezifischen Kodiermöglichkeit zeigt das Beispiel eine von der linken Flanke nach lumbosakral ziehende Décollementverletzung bei einem 30-jährigen Unfallverletzten nach Fahrradsturz.

Diagnosen (ICD-Kode):

S30.86 Sonstige oberflächliche Verletzung des Abdomens, der Lumbosakralgegend und des Beckens: Subkutanes (geschlossenes) Décollement



13. Inkludierung Osteotomie nach Schwab (Grad 1-6)

| Grad nach Schwab | Operation | Ausmaß | OPS-Kode |
|------------------|---|---|------------------------|
| 1 | Partielle Resektion Facettengelenk | Resektion kaudales Facettengelenk und Kapsel | 5-832.4 (s. Abb. 1) |
| 2 | Komplette Resektion Facettengelenk | Resektion kraniales/kaudales Facettengelenk, evtl. Lamina/Dornfortsatz | 5-832.5 |
| 3 | Resektion Pedikel, Wirbelkörper partiell | Keilresektion dorsaler Wirbelkörper mit Pedikel und dorsalen Strukturen, Ablösen des Querfortsatzes | 5-832.1 |
| 4 | Resektion Pedikel, Wirbelkörper partiell, Bandscheibe | Größere Keilresektion mit Entfernung dorsaler Strukturen und Teilen der Bandscheibe | 5-832.1 |
| 5 | Resektion Wirbelkörper komplett mit Bandscheibe | Komplette Wirbelkörperresektion mit beiden Bandscheiben | 5-832.2 (s. Abb. 2) |
| 6 | Resektion mehrerer Wirbelkörper und Bandscheiben | Wie Grad 5 über mindestens zwei Wirbelkörper | 5-832.7 |



Aus der Praxis – Kodierbeispiele Wirbelsäule Degenerative Krankheitsbilder

14. Lumbaler Bandscheibenvorfall

Im folgenden Fall wird bei lumbalem Bandscheibenvorfall mit Radikulopathie die OP-Indikation gestellt. Hierbei findet das Kreuz-Stern-System der ICD-10 Anwendung: Die ICD-10 klassifiziert Diagnosen primär nach der Ätiologie. Durch eine zweite zusätzliche Schlüsselnummer („Stern-Kode“) besteht die Möglichkeit, die Manifestation anzugeben. Sternschlüsselnummern dürfen nicht als alleinige Schlüsselnummern verwendet werden. Als Kreuzschlüsselnummer kann in der ICD-10 jede primäre Schlüsselnummer verwendet werden, wenn die Kombination medizinisch sinnvoll ist. Das heißt die Kombination ist nicht an eine mit einem Kreuz markierte Schlüsselnummer gebunden.

Diagnosen (ICD-Kode):

M51.1†

G55.1* Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-831.2 Exzision der Bandscheibe / Sequester

5-032.00 Zugang 1 Segment

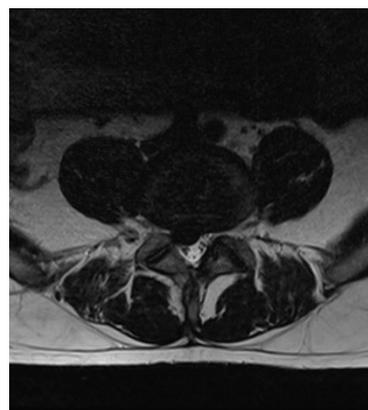
5-032.10 Flavektomie 1 Segment

5-032.20 Laminotomie 1 Segment

oder:

5-032.30 Teilhemilaminektomie 1 Segment

5-984 Mikrochirurgische Technik / OP-Mikroskop



15. Spinalkanalstenose lumbal

Nachfolgend wird bei einer lumbalen Spinalkanalstenose die Indikation zur Dekompression gestellt. Auch hierbei kann das Kreuz-Stern-System der ICD-10 verwendet werden. Im vorliegenden Fall geschieht dies (wie unter 14. beschrieben) in Kombination an eine nicht mit einem Kreuz markierte Schlüsselnummer, da dies die Diagnose am besten darstellt.

Diagnosen (ICD-Kode):

| | |
|--------|--|
| M48.06 | Spinalkanalstenose lumbal |
| G55.3* | Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens |

Prozeduren (OPS-Kodes):

| | |
|----------|--|
| 5-839.60 | Knöcherner Dekompression Spinalkanal 1 Segment |
| 5-032.00 | Zugang 1 Segment |
| 5-032.10 | Flavektomie 1 Segment |
| 5-032.20 | Laminotomie 1 Segment oder |
| 5-032.30 | Teilhemilaminektomie 1 Segment |
| 5-984 | OP-Mikroskop |

optional:

5-839.b0 Interspinöser Spreizer 1 Segment (Zusatzentgelt!)



Aus der Praxis – Kodierbeispiele Wirbelsäule

Degenerative Krankheitsbilder

16. Zervikale Fusion

In der folgenden Fallkonstellation soll die HWS von ventral bisegmental versteift werden. Als mögliche Diagnosen kämen beispielsweise Bandscheibenvorfall (M50.1), Spinalkanalstenose (M48.02) oder eine Osteochondrose (M42.12) in Betracht. Sternkodes wären je nach Manifestation zu ergänzen. Bei den Prozeduren sei abermals darauf hingewiesen, dass eine Spondylodese (5-836) nur bei Verwendung von Knochenersatzmaterialien oder Knochentransplantaten vorliegt und nicht bei alleiniger Instrumentierung oder Osteosynthese (5-83b ff.) zu kodieren ist.

Diagnosen (ICD-Kode):

M50.1 Bandscheibenvorfall

M48.02 Spinalkanalstenose

M42.12 Osteochondrose

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-836.51 Spondylodese ventral 2 Segmente

5-83b.31 Stabilisierung Schrauben / Platte ventral 2 Segmente

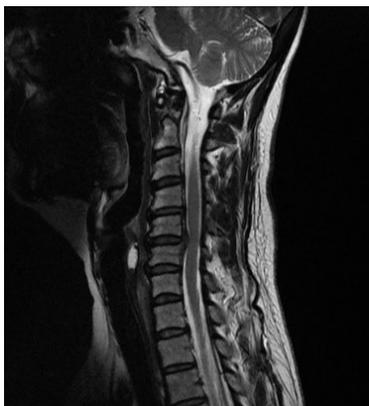
5-83b.71 Stabilisierung Cages 2 Segmente

5-030.71 Zugang ventral 2 Segmente

5-839.61 Dekompression Spinalkanal 2 Segmente

5-835.b0 Knochenersatz z.B. uDesis

5-984 Mikroskop (ggfs)



17. Lumbale Fusion mittels dorsaler Spondylodese

Auch bei dieser Fallkonstellation sind mehrere Diagnosen denkbar, welche ggfs. mit Sternkodes ergänzt werden könnten. Letztlich zeigt auch dieses Beispiel wieder Grundlagen im Bereich des Wirbelsäulen-OPS: Zugang kodieren – bei Spondylodese Knochenersatzmaterial oder Knochentransplantat kodieren – zusätzliches Osteosynthesematerial/Cage(s) kodieren.



Diagnosen (ICD-Kode):

| | |
|-------------------|-------------------------------------|
| M42.16, M42.17 | Osteochondrose (siehe Beispielbild) |
| M48.02 | Spinalkanalstenose |
| M43.16, M43.17 | Spondylolisthese |
| M41.86 | Skoliose |
| M99.63, M99.73 | Neuroforamenstenosen |
| M46.26, M46.36 | Spondylodiszitis |

Prozeduren (OPS-Kodes):

(in diesem Fall 3 Segmente):

| | |
|----------|-----------------------|
| 5-836.32 | Spondylodese |
| 5-032.02 | Zugang |
| 5-032.12 | Flavektomie |
| 5-032.32 | Teil-Hemilaminektomie |

Knochen(ersatz):

| | |
|----------|---------------------------|
| 5-835.9 | autogen |
| 5-835.c0 | DBM |
| 5-835.b0 | keramisch |
| 5-835.d0 | allogen |
| 5-839.62 | Dekompression |
| 5-83b.52 | Schrauben-Stab-System |
| 5-83w.0 | falls Zementaugmentierung |
| 5-83b.72 | Cages |



Over a Century
of Innovation

Ulrich GmbH & Co. KG | Buchbrunnenweg 12 | 89081 Ulm
Telefon: 0731 9654-0 | Fax: 0731 9654-2705
spine@ulrichmedical.com | www.ulrichmedical.com

