

ulrich medical® aG-DRG Kodierleitfaden Wirbelsäulenchirurgie 2024



Vorwort

Liebe Kundinnen und Kunden!

Auch im Jahre 2024 möchten wir Ihre alltägliche Kodiertätigkeit mit unserem Leitfaden unterstützen.

Im gesundheitspolitischen Berlin bleibt es spannend, aber auch undurchsichtig. Seit im Mai 2022 die Regierungskommission für eine moderne und bedarfsgerechte Krankenhausversorgung einberufen wurde, gab es viele Vorschläge zum Thema große Reform der Krankenhausfinanzierung. Diesbezüglich sind fast wöchentlich neue Wasserstandsmeldungen zu verzeichnen. Klare Entscheidungen bleiben bis dato allerdings Mangelware.

Als wichtiger Baustein einer großen Reform wird hierbei schon seit längerer Zeit das Thema „Hybrid-DRG“ gehandelt. Hybrid-DRGs umfassen Leistungen, die bisher ambulant als auch stationär erbracht wurden. Die deutsche Krankenhauslandschaft ist im internationalen Vergleich durch zu viele Betten, zu viele stationäre Fälle und dementsprechend einen hohen Personalbedarf gekennzeichnet. Durch die Einführung der Hybrid-DRGs könnte ein großer Schritt in Richtung einer weiteren Ambulantisierung der Medizin vollzogen werden. Die Abrechnungspauschale kann sowohl von ambulanten als auch von stationären Leistungserbringern in Rechnung gestellt werden.

Die Umsetzung dieser speziellen sektorengleichen Vergütung verlief und verläuft jedoch etwas holprig. Dadurch, dass sich GKV-Spitzenverband, DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) und KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung) bis zum 31.3.2023 weder auf einen Katalog noch auf eine entsprechende Vergütung einigen konnten, wurde die Entscheidung für das Jahr 2024 durch das BMG (Bundesministerium für Gesundheit) per Ersatzvornahme vollzogen.

Der durch das BMG auf den Weg gebrachte Startkatalog umfasst allerdings nach bisherigem Stand keine Wirbelsäuleneingriffe, sondern bestimmte Hernieneingriffe, die Entfernung von Harnleitersteinen, Ovariectomien, Arthrodesen der Zehengelenke sowie Behandlungen des Sinus pilonidalis.

Betreffend die Kodierung von Erkrankungen der Wirbelsäule sind auch 2024 wieder Neuerungen sowohl auf dem Gebiet der ICD-10-GM als auch des OPS zu verzeichnen. In die ICD-10-GM 2024 sind fächerübergreifend insgesamt 44 Vorschläge eingeflossen, welche zumeist von medizinischen Fachgesellschaften (z. B. DGOU), Fachleuten aus der Ärzteschaft, Krankenkassen und Kliniken sowie aus weiteren Organisatoren der Selbstverwaltung im Gesundheitswesen eingereicht worden waren. Mit der D18.07 kann nun die gutartige Neubildung Hämangiom auch im Bereich der knöchernen Wirbelsäule als Kode abgebildet werden. Zur M45.- Spondylitis ankylosans wurde das Inklusivum „Röntgenologische axiale Spondylarthritis“ hinzugefügt. Mit der M46.- wird ab 2024 nicht nur die „Spinale Enthesopathie“, sondern auch die „Spinale Enthesitis“ kodiert. Die M46.1 Sacroiliitis wird durch das Exklusivum Ostitis condensans (M85.3-) erweitert. Frakturen des Jochbeins und des Oberkiefers (S02.4-) lassen sich nun detaillierter abbilden. Die T86.5- Versagen und Abstoßung eines Hauttransplantates erfuhr eine Klarstellung. Dieser Kode ist nicht nur beim Versagen bzw. der Abstoßung von einfachen Meshgraft-Plastiken zu dokumentieren, sondern auch bei myokutanen, faszio-kutanen oder lipokutanen Transplantaten (Lappenplastiken) anzuwenden. Je nach klinischem Befund kann wie bisher zudem noch zwischen einer Durchblutungsstörung, einer Nekrose, eines Verlustes oder einer sonstigen Ursache unterschieden werden.

Bezüglich des OPS 2024 ist wahrscheinlich die weitreichendste Neuerung im Kapitel 5-04 Operationen an Nerven und Nervenganglien zu finden. Der Kode Exzision und Destruktion von (erkranktem) Gewebe von Nerven (5-041) wurde in die beiden Entitäten „Exzision“ und „Destruktion“ unterteilt. Während die Exzision weiterhin mit 5-041 ff. zu kodieren ist, muss die Destruktion nun mit 5-04c ff. dokumentiert werden. Beim zuletzt genannten Kode ist die Anzahl der verwendeten Kryoablationsnadeln gesondert zu kodieren (5-98h ff.). Zudem ist das Exklusivum Facetten-Thermokoagulation oder Facetten-Kryodenergieung (5-83a.0 ff.) bzw. Thermokoagulation oder Kryodenergieung des Iliosakralgelenkes (5-83a.2) zu beachten. Der Kode 5-340.0 Drainage der Brustwand oder Pleurahöhle, offen chirurgisch wurde durch das Exklusivum Einlage einer Thoraxdrainage durch Mini-Thorakotomie (8-144.0) erweitert.

Auch in diesem Jahr hat man sich wieder mit der Sakrumfraktur beschäftigt. 2023 wurde der Passus (Teil-)Fixierung an der Lendenwirbelsäule eingeführt, um je nach operativer Stabilisierungstechnik klarzustellen, ob mit 5-79 ff. oder 5-83 ff. zu kodieren ist. Eine häufig bei Sakrumfrakturen verwendete OP-Technik ist die Implantation eines sogenannten Sakralstabs, welcher biomechanisch einer Gewindestange entspricht. Dieses Osteosyntheseverfahren ist nun mit der 5-790.rd zu kodieren. Das Kodierbeispiel 12 illustriert diese OPS-Neuerung. In „unserem“ Kapitel 5-83 erfolgte eine redaktionelle Änderung: Statt Denervation ist nun Denervierung hinterlegt.

Viel Erfolg bei Ihrer täglichen Arbeit wünscht Ihnen
ulrich medical

Inhalt

	Seite
Einleitung	4
DRG Grundlagen	5
Merksätze und Grundprinzipien	10
COVID-19 Spezial	11
Zervikale Versorgungen	13
1. Schweregraderhöhung – Mehr Aufwand, mehr Erlös	14
2. Höhere Fallkomplexität – höherer Erlös	17
3. Kodierung bei onkologischen Erkrankungen	18
Thorakolumbale / Sakrale Versorgungen	21
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	31
Trauma	
10. Frakturversorgung von dorsal und Materialentfernung	31
11. Ventrale Spondylodese nach dorsaler Instrumentierung	32
12. Osteosynthese bei Sakrumfraktur(en)	34
13. Osteotomie nach Schwab (Grad 1-6)	37
Degenerative Krankheitsbilder	
14. Lumbaler Bandscheibenvorfall	38
15. Spinalkanalstenose lumbal	39
16. Zervikale Fusion	40
17. Lumbale Fusion mittels dorsaler Spondylodese	41

Einleitung

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 Wirbelsäulen-chirurgie 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 Originalkatalog 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 Wirbelsäulen Chirurgie 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

DRG Grundlagen

überbrückten Bandscheibenfächer. Beim Zugang geht es neben den überbrückten Bandscheibenfächern auch um 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 2024.

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 ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule“.

Entgelt

Jeder DRG ist ein Relativgewicht zugeordnet. Jedes Bundesland wiederum hat einen individuellen Basisfallwert. In diesem Leitfaden wird ein Basisfallwert in Höhe von 4.200,00 € zugrunde gelegt.

Im nachstehenden Beispiel wird außerdem das zusätzliche Pflege-Entgelt (Pfe) mitberechnet. Basis für die Berechnung ist ein Pflege-Entgeltwert (PfeW) von 230,00 €.

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 2024 ein Relativgewicht von 1,162 zugeordnet. Daraus ergibt sich ein Erlös für die DRG I10D von:

$$1,162 \times 4.200,00 \text{ €} = 4.880,40 \text{ €}$$

Das heißt Relativgewicht × 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

230,00 € x (0,7072 x 5 Tage) = 813,30 €

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 Belegoperator und einem Beleganästhesisten aus. Es sind aber auch andere Kombinationen (z. B. nur Belegoperator) im Fallpauschalenkatalog hinterlegt.

Im oben genannten Beispiel der DRG I10D ist für eine Belegabteilung (Belegoperator und Beleganästhesist) das Relativgewicht 0,639 hinterlegt. Der Erlös wäre damit **0,639 x 4.200,00 € = 2.683,80 €**

Das Pflege-Entgelt ändert sich dadurch nicht:

230,00 € x (0,7072 x 5 Tage) = 813,30 €

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

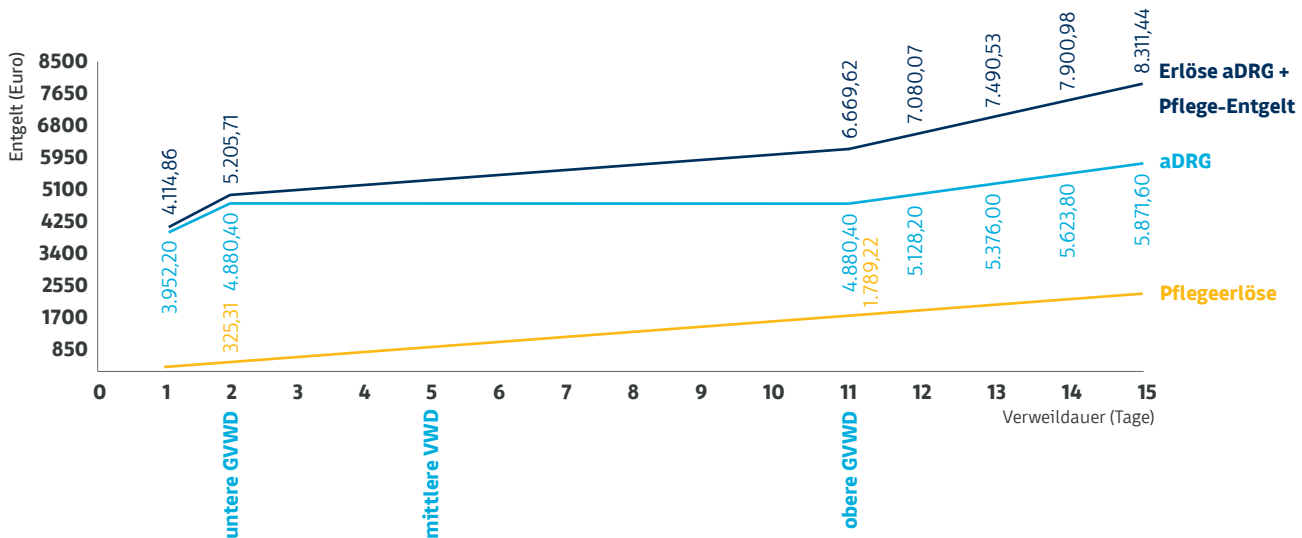
Fallzusammenführung

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 Aufhalten 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 2024 / I10D (Basisfallwert: 4.200,00 €, Pflegeentgeltwert 230,00 €)

© 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 Kode 5-837.00 „Wirbelkörperersatz ein Wirbelkörper“ löst das Zusatzentgelt ZE11.01 in Höhe von 935,79 € 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: 4.200,00 €
- Zugrunde gelegtes Pflege-Entgelt: 230,00 €
- Zugrunde gelegte Verweildauer: 5 Tage (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 2024

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 fettgedruckte 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 Knochenwachstumszellen

ICD**OPS****DRG**

I10D: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule.

Erlös HA: 4.880,40 € zzgl. PfE

Erlös BA: 2.683,80 € 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 Knochentransplantates 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.

In der Gruppe der hinlänglich bekannten Erkältungsviren (Rhinoviren, RSV und Influenza) hat sich das Coronavirus, also SARS-CoV-2, mittlerweile an Position zwei gedrängt. Die Reaktionen der Leistungserbringer in den Krankenhäusern bezüglich allgemeiner Hygienemaßnahmen fallen dabei unterschiedlich aus. Um den Mehraufwand auch erlöstechnisch abbilden zu können, haben wir dieses Kapitel trotz glücklicherweise abklingender Relevanz in unserem Leitfaden belassen.

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

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 labor diagnostischer Test auf SARS-CoV-2.

Z22.8 plus U07.1!

Anlässlich einer routinemäßigen Testung bei stationärer Aufnahme zeigt sich ein negativer labor diagnostischer Test auf SARS-CoV-2.

Z11 plus U99.0!

Als Ursache für eine Pneumonie wird durch einen labor diagnostischen 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 labor diagnostischem 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® LTI Material



5-83b.7 ff.

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

Jazz Lock

Implantat für die Cerclage der zervikalen Ebenen C1-C2



5-83b.x ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Sonstige

uDesis

Synthetisches Knochenersatzmaterial zur Auffüllung und Anlagerung bei Knochendefekten



5-835.b0

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

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.

Ohne Nebendiagnosen

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

I10E: Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff

Erlös HA: 4.183,20 € zzgl. PfE

Erlös BA: 2.906,40 € 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.

Mit Nebendiagnosen

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: 9.592,80 € zzgl. PFE

Erlös BA: 7.169,40 € 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.

Diagnosen (ICD-Kode):

M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie
J38.01	Lähmung der Stimmlippen 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 ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule

Erlös HA: 1.880,40 € zzgl. PfE

Erlös BA: 2.683,80 € zzgl. PfE

2. Höhere Fallkomplexität – höherer Erlös

Innerhalb des DRG-Systems führt ein höherer Ressourcenaufwand (z.B. durch komplexere osteosynthetische Ver-sorgungen) 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 Halswirbelsäu-le wird mit ventraler Diskektomie und Implantation eines Cages (cerv-X) be-handelt. Der Cage wird mit Knochener-satzmaterial (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: 6.547,80 € zzgl. PfE

Erlös BA: 4.569,60 € 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 2024, O201u 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: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule

Erlös HA: 9.874,20 € + ZE11.01: 935,79 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.408,80 € + ZE11.01: 935,79 € 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 O201u 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: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule

Erlös HA: 9.874,20 € + ZE11.01: 935,79 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.408,80 € + ZE11.01: 935,79 € 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.

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: 14.691,60 € + ZE11.01: 935,79 € zzgl. PFE

Erlös BA: 11.369,40 € + ZE11.01: 935,79 € 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

Jazz Claw

Hybride „autostabile Klemme“, die Haken mit der Band-Technologie Jazz kombiniert

Jazz Evo

System zur posterioren Fixierung und Augmentation der Wirbelsäule mittels Polyester-Band und Konnektoren

uDesis

Synthetisches Knochenersatzmaterial zur Auffüllung und Anlagerung bei Knochendefekten

V-Steady

Hochvisköser, röntgenpositiver Knochenzement



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

5-83b.1 ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Klammersystem

5-83b.x ff.

Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Sonstige

5-835.b0

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

5-83w.0

Zusatzinformationen zu Operation an der Wirbelsäule: Augmentation des Schraubenlager

Thorakolumbale / Sakrale Versorgungen

4. Schweregraderhöhung –

Vollständigkeit zählt 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 Spondylolisthese 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 bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule

Erlös HA: 8.874,20 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.408,80 € 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 I10A.

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

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

Erlös HA: 14.691,30 € zzgl. PfE

Erlös BA: 11.369,10 € 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 einzeln (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: Knöchernen 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 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

Erlös HA: 14.183,40 € zzgl. PfE
Erlös BA: 10.277,40 € 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: Knöcherne 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 best. kompl. Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese oder andere mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit aufwendiger intensimed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten

Erlös HA: 18.232,20 € zzgl. PFE

Erlös BA: 14.120,40 € 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 Beurteilung 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 14.183,40 € für die Hauptabteilung bzw. 10.277,40 € für die Belegabteilung. Im Vergleich würden 6.1 und 6.2 zusammen 24.057,60 € 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 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

Erlös HA: 14.183,40 € zzgl. PfE

Erlös BA: 10.277,40 € 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 Knochenwachstumszellen

ICD

OPS

DRG

I09G: Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule

Erlös HA: 9.874,20 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.408,80 € 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 bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule

Erlös HA: 9.874,20 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.408,80 € 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: Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherner Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis

Erlös HA: 11.205,60 € zzgl. PfE

Erlös BA: 8.433,60 € 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 bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule

Erlös HA: 9.874,20 € + ZE11.01: 935,79 € zzgl. PfE

Erlös BA: 7.408,80 € + ZE11.01: 935,79 € 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

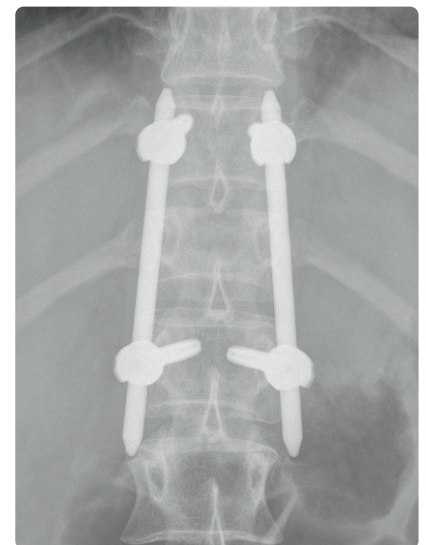
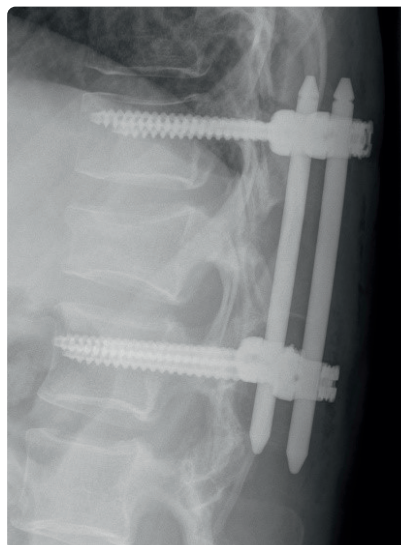
Z47.0 Entfernung einer Metallplatte oder einer anderen inneren Fixationsvorrichtung

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):

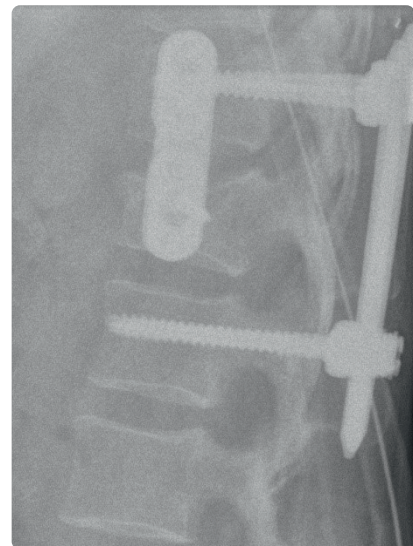
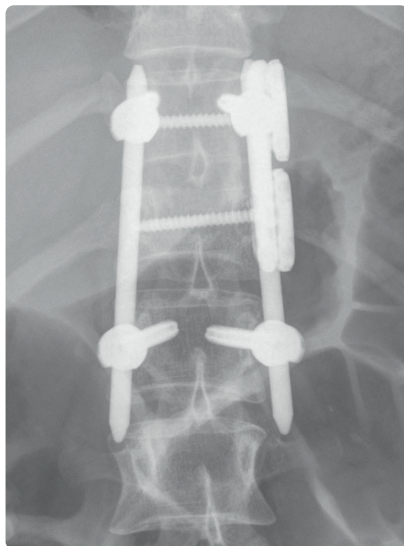
5-836.50 Spondylodese: Ventral: 1 Segment

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

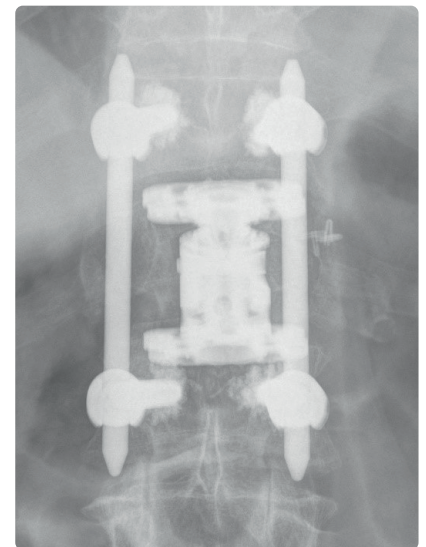
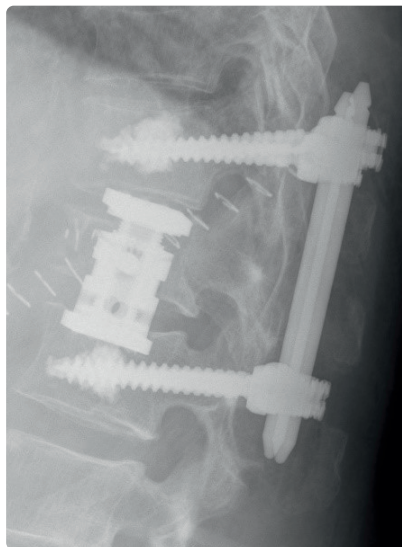
Prozeduren (OPS-Kodes):

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. Osteosynthese bei Sakrumfraktur(en)

Verschiedene Versorgungsstrategien bei einer bilateralen Sakrumfraktur und deren Kodierunterschiede:

Je nach Frakturklassifikation, Patientenalter, Knochenqualität, Komorbidität und vor allem Knochenmorphologie (transsakraler Korridor/Sakrumdysmorphie) werden Sakrumfrakturen unterschiedlich therapiert.

12.1 Beidseitige perkutane Schraubenosteosynthese

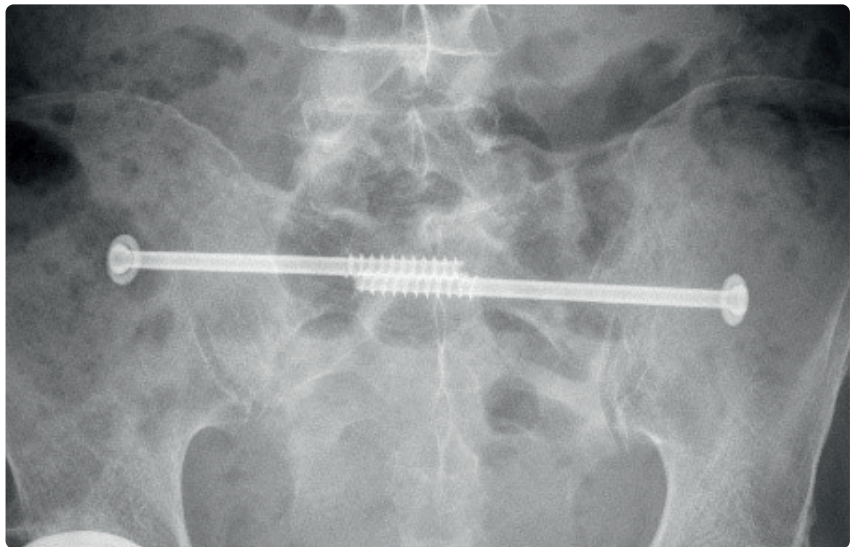
Im nebenstehenden Beispiel wurde eine beidseitige perkutane Schraubenosteosynthese ohne (Teil)-Fixierung des Osteosynthesematerials in der Lendenwirbelsäule (5-790.0d) durchgeführt.

Diagnosen (ICD-Kode):

S32.1 Fraktur des Os sacrum

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-790.0d Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Becken



12.2 Zusätzliche Stabilisierung

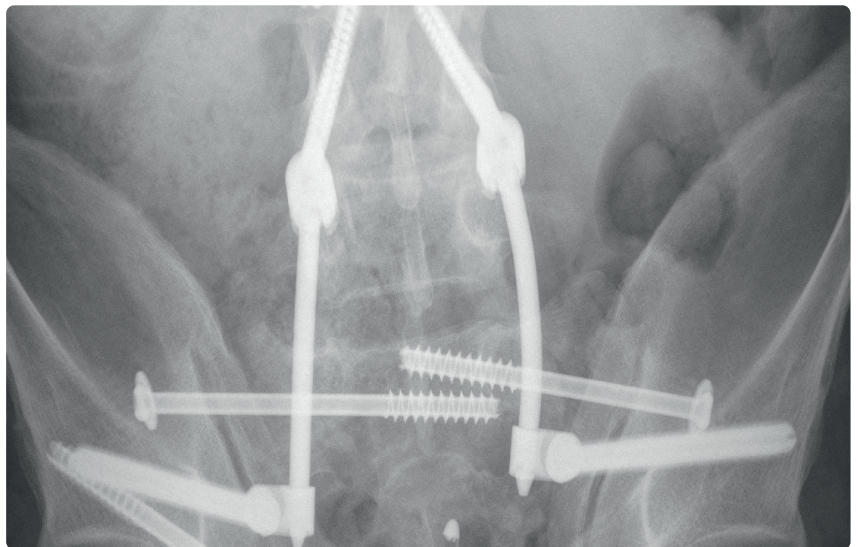
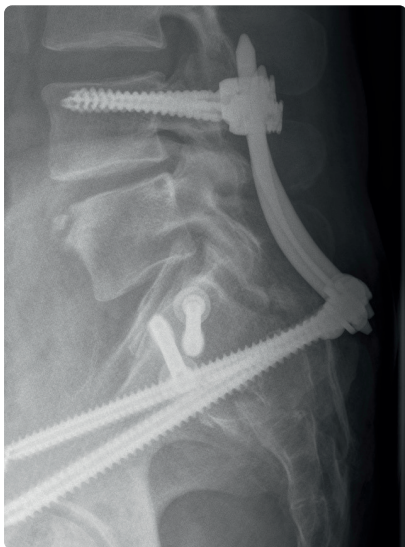
In dieser Kasuistik erfolgte zusätzlich die Stabilisierung mittels uBase und Fixierung des Osteosynthesematerials in der Lendenwirbelsäule mittels uCentum. Somit sind zusätzlich zur Kodierung 5-790.0d noch die entsprechende Schlüsselnummer aus dem Wirbelsäulenkapitel (5-83b.51) und die Zugänge (5-032.8; 5-032.00) zu dokumentieren.

Diagnosen (ICD-Kode):

S32.1 Fraktur des Os sacrum

Prozeduren (OPS-Kodes):

5-790.0d	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Becken
5-83b.51	Osteosynthese (dynamische Stabilisierung) an der Wirbelsäule: Durch Schrauben-Stab-System: 2 Segmente
5-032.8	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: Os sacrum und Os coccygis, dorsal
5-032.00	Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Os sacrum und zum Os coccygis: LWS, dorsal: 1 Segment



Aus der Praxis – Kodierbeispiele Wirbelsäule Trauma

12.3 Implantation eines Sakralstabes

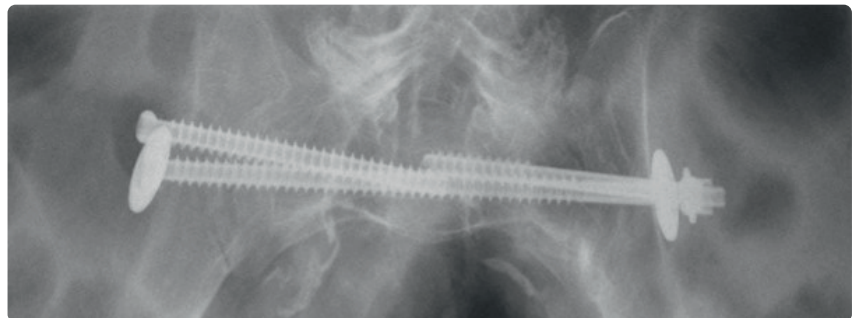
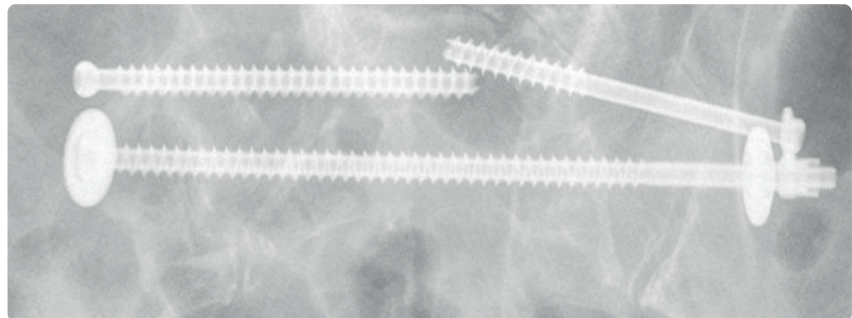
Eine weitere Versorgungsstrategie besteht in der Implantation eines sogenannten Sakralstabs, welcher biomechanisch einer Gewindestange entspricht. Seit 2024 steht für diese Osteosynthese ein spezifischer OPS-Kode zur Verfügung. Dieser ist in dem dargestellten Fall zusätzlich zur Schraubenoosteosynthese zu dokumentieren.

Diagnosen (ICD-Kode):

S32.1 Fraktur des Os sacrum

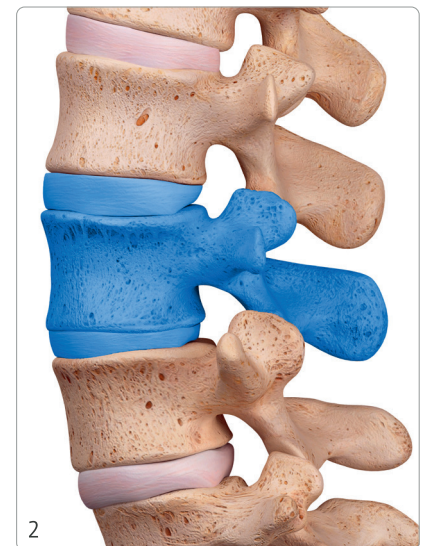
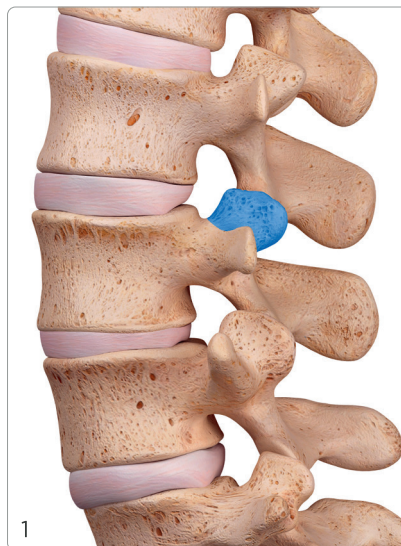
Prozeduren (OPS-Kodes):

5-790.rd	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Gewindestange: Becken
5-790.0d	Geschlossene Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese: Durch Schraube: Becken



13. 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

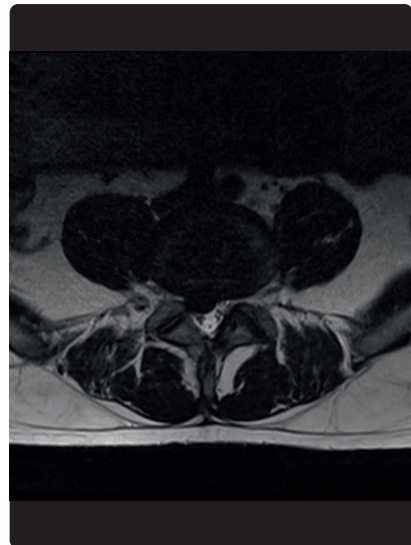
Im folgenden Fall wird bei lumbalem Bandscheibenvorfall mit Radikulopathie die OP-Indikation gestellt. Hierbei findet das Kreuz-Stern-System der ICD-10 Anwendung: Die ICD-10 klassifiziert Diagnosen primär nach der Ätiologie. Durch eine zweite zusätzliche Schlüsselnummer („Stern-Kode“) besteht die Möglichkeit, 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†	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
G55.1*	Beschreibung rechts: Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden

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



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 Knochen-
transplantaten 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

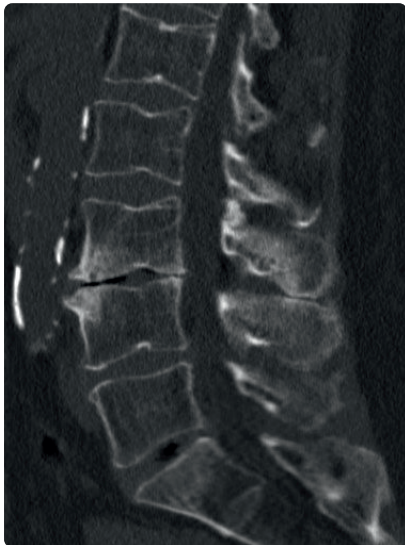
Prozeduren (OPS-Kodes):

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

CE 0123

