



Kodierleitfaden für modulare Tumor- und Revisions- endoprothesen

- Eine Referenz für die klinische Praxis -

Kodierleitfaden für modulare Tumor- und Revisions- endoprothesen

Diese Referenz wurde in Zusammenarbeit
mit Herrn Dr. Pierre Göbel,
Klinik und Poliklinik für Orthopädie
und Unfallchirurgie,
Universitätsklinikum Bonn entwickelt.

Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlagen des DRG-basierten deutschen Abrechnungssystems	3
2.	Femurimplantate	6
	2.1 Proximaler Femurersatz	6
	2.2 Distaler Femurersatz	7
	2.3 Totaler Femurersatz	8
	2.4 Proximaler Femurersatz mit Kniegelenkersatz	9
3.	Tibiaimplantate	11
	3.1 Totaler Kniegelenkersatz mit Distalem Femur oder mit KRI	11
	3.2 Proximaler Tibiaersatz	13
4.	Sonstige Implantate	15
	4.1 Diaphysenimplantat	15
	4.2 Arthrodesenimplantat	17
5.	Humerusimplantate	18
	5.1 Proximaler und Inverser Humerusersatz	18
	5.2 Distaler Humerusersatz und Distaler Humerusersatz 30mm	19
	5.3 Totaler Humerusersatz	20
	5.4 Proximaler Ulnaersatz	21
	5.5 Totaler Ellenbogenersatz	22
	5.6 Humerus Diaphysenimplantat	24
6.	Revisionsimplantate	26
	6.1 MUTARS® RS Hüftsystem	26
	6.2 MUTARS® RS Arthrodesen-Implantat	27
	6.3 GenuX® und GenuX® MK Kniesystem	28
	6.4 GenuX® und GenuX® MK Intramedullärer Totaler Femurersatz	29
	6.5 Knierekonstruktionsimplantat mit KRI	31
	6.6 Intramedullärer Totaler Femurersatz mit KRI	33
	6.7 MUTARS® RS Cup	35
	6.8 MUTARS® LUMiC®	36
7.	Wachstumsprothesen und Sonderanfertigungen	37
	7.1 MUTARS® Xpand und BioXpand Wachstumsprothesen	37
	7.2 MUTARS® Sonderanfertigungen	38
8.	Literatur- und Informationshinweise	39
9.	GLOSSAR und nützliche LINKS	41



Grundlagen des DRG-basierten deutschen Abrechnungssystems

Die wesentliche Grundlage für die Abrechnung aller erbrachten Krankenhausleistungen ist eine korrekte Kodierung auf Basis folgender Klassifikationssysteme:

- **International Classification of Diseases (ICD)**
- **Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)**

Beide Systeme werden jährlich vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) überarbeitet und veröffentlicht. Gesetzliche Grundlage für die Abrechnung von voll- und teilstationären Leistungen ist das KHG (Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze) und des KHEntgG (Krankenhaus-Entgelt-Gesetzes).

Die Höhe der möglichen Abrechnung der Krankenhaus-Leistungen erfolgt auf der Grundlage Diagnose-orientierter Fallpauschalen, sogenannter DRGs (= Diagnosis Related Groups).

Hierbei handelt es sich um ein Patienten-Klassifikationssystem zur Gruppierung von stationären Behandlungsfällen in Fallgruppen, die einen vergleichbaren **ökonomischen** Behandlungsaufwand bedingen.

Die einzelnen DRGs werden im DRG-Definitionshandbuch dargestellt.

Die Zuweisung zu einer DRG erfolgt im Wesentlichen über die Festlegung der Hauptdiagnose sowie der OPS-301. Nebendiagnosen und weitere Faktoren wie z.B. Alter können die Schweregrad-einstufung beeinflussen und fallindividuell zu einer höherwertigen DRG führen.

Entscheidend aus Sicht des kodierenden Krankenhauses ist die Festlegung der Hauptdiagnose am Ende des stationären Aufenthaltes. Dabei sollte vermieden werden die Einweisungs- oder Aufnahme-diagnose als Hauptdiagnose zu automatisieren, da die Hauptdiagnose unter anderem für die Zuordnung in die jeweilige MDC (Major Diagnostic Category) verantwortlich ist.

Die DRG-Bewertung ergibt sich aus verschiedenen Faktoren. Jede DRG ist mit einem Relativgewicht bewertet, welches jährlich variieren kann. Ebenfalls jährlich wird auf Ebene der Bundesländer ein Basisfallwert (=festgesetzter Wert einer Bezugsleistung) definiert. Die Werte zwischen den Ländern bewegen sich in einem zunehmend kleineren Intervall.



1. Grundlagen des DRG-basierten deutschen Abrechnungssystems

Dem vorliegenden Leitfaden liegt der Bundesbasisfallwert für das Jahr 2015 in Höhe von 3.231,20 € zugrunde. Der finale Erlös* für den Behandlungsfall ergibt sich aus der Multiplikation von Relativgewicht und Bundesbasisfallwert.

Sind sehr aufwändige und kostenintensive endoprothetische Versorgungen mit z.B. modularen oder individuellen Endoprothesen notwendig, reicht die Vergütung auf Basis der geltenden Fallpauschalen in der Regel nicht aus. Finanzielle Defizite wären die Folge. Für diese Fälle ist es dem Krankenhaus möglich, krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte mit den Kostenträgern zu vereinbaren. Die wirtschaftliche Bedeutung dieser nicht bewerteten Zusatzentgelte kann nicht hoch genug eingeschätzt werden. Ein zu schlecht oder nicht verhandeltes Zusatzentgelt führt unmittelbar zur wirtschaftlichen Schädigung des Krankenhauses.

Zur Vorbereitung der Verhandlung über Zusatzentgelte ist eine klinikinterne Kostenanalyse unverzichtbar, um Defizite im Bereich der Sachkosten zu vermeiden. Hier kann die jeweilige DRG-Matrix als Kostenrechnungsgrundlage dienen, um dann durch Ermittlung des vermehrten operativen Aufwandes und höherer Implantatkosten das ZE mit den Kostenträgern zu verhandeln. Insbesondere ist auch auf die Fallzahl zu achten, die ebenfalls Gegenstand der Verhandlung mit dem Kostenträger ist. Denn übersteigt die Versorgungszahl die verhandelte Menge drohen MinderErlös*e.

Vorbemerkung zur DRG-spezifischen Definition einer Tumorendoprothese:

Wann und ob eine Mega-Endoprothese als Tumorendoprothese kodiert werden darf, ist in der jeweils gültigen OPS Version definiert.

Im Jahr 2015 ist diese Definition unter dem **OPS 5-829.c Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese** zu finden.

Hier steht, dass der **OPS 5-829.c** ein Zusatzkode ist.

Das bedeutet, dass er zusätzlich zu einem Erstimplantations- oder Wechselkode einer Endoprothese kodiert werden muss.

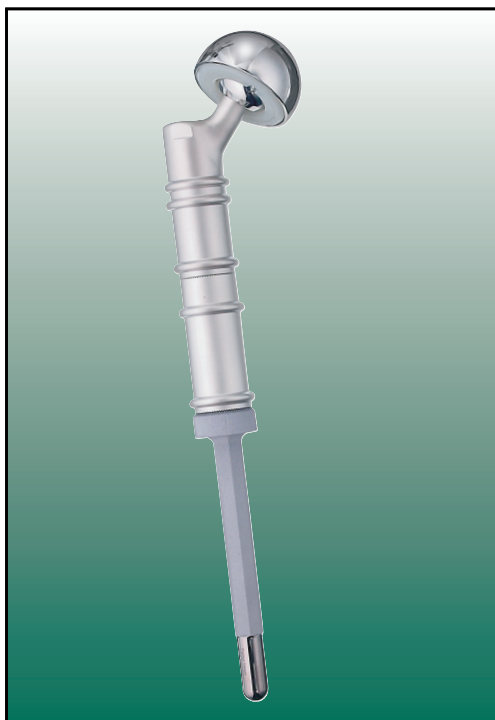
Des Weiteren ist der OPS ausschließlich für die Implantation oder den Wechsel von metallischem Knochen- bzw. Gelenkersatz nach Resektion von **primären und sekundären malignen Knochentumoren** zu verwenden. Der metallische Knochen- bzw. Gelenkersatz muss dabei der **Länge und Dicke des entfernten Knochens** entsprechen.

Der OPS Code für die Tumorprothese ist nicht kombinierbar mit dem **Code 5-829.k**, der das Zusatzentgelt für modulare Endoprothesen auslöst.

Wird eine Tumorprothese / Megaprothese bei einem Patienten implantiert, der keinen Tumor hat (Wechselfall) muss zunächst der OPS für die Implantation oder den Wechsel einer Endoprothese und dann der **OPS 5-829.k Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz** erfasst werden. Dieser Kode ist ebenfalls ein Zusatzkode und löst das Zusatzentgelt **ZE2015-25** aus.

Bei einem Wechsel einer Tumorprothese, die primär **aufgrund eines Tumorleidens** implantiert wurde, ist als Ausnahmefall die Kodierung des **OPS 5-829.c Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese** zulässig. Ein erneuter Tumorbefall ist keine Voraussetzung für die Kodierung dieses OPS, wenn die Prothese aufgrund eines Tumorleidens implantiert wurde.

2.1 Proximaler Femurersatz



RS CUP
ic-Duokopf CoCrMo 44-60mm
ic-Hüftkopf CoCrMo 28mm
Proximales Femur 50mm 70mm
Verlängerungshülse 40mm 60mm 80mm 100mm
Femurschaft L:120mm zementfrei Ø:12-18mm zementpflichtig Ø:11-17mm

Notizen:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	5-820.2** Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese 5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese	I95Z	6,535	21.115,89 €

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 19,6 Tage.

[illegible]

2.3 Totaler Femurersatz



EcoFit® 2M Pfanne
zementfrei
zementpflichtig

2M implacross® E Kopf

ic-Hüftkopf TiN

Proximales Femur

Verlängerungshülse

Verbindungsstück

Reduzierstück

Distales Femur MOM (L und R)

GenuX[®] MK Koppelung

PE-Gleitfläche MK
MB, FB

Tibiaplateau MK
zementfrei
zementpflichtig

Offsetadapter MK

GenuX® MK Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Notizen:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität oder T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-828.10 Implantation, Revision, Wechsel und Entfernung eines Knochenteilersatzes und Knochentotalersatzes: Implantation eines Knochentotalersatzes: Femur 5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese (bei Tumor) 5-782.9g Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Totale Resektion eines Knochens mit Ersatz und mit Weichteilresektion: Femurschaft	195Z	6,535	21.115,89 €

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 19,6 Tage.

Hinweis: Eine sog. „Durchstecker-Prothese“ ist nicht als totaler Femurersatz zu kodieren, da hier nicht das gesamte Femur ersetzt wird.

Der totale Ersatz des Femurs führt unabhängig von der Grunderkrankung (Defekt, Neoplasie etc.) in die **DRG I95Z**.

2.4 Proximaler Femurersatz mit Kniegelenkersatz



EcoFit® 2M Pfanne
 zementfrei
 2M implacross® E Kopf
 ic-Hüftkopf TiN
 Proximales Femur
 RS Kopplungsstück
 30mm
 Intramedulläres Verbindungsmodul
 GenuX®
 L: 260-440mm
 GenuX® Femurkomponente
 (L und R)
 zementfrei
 zementpflichtig
 Gr.: 3-5
 Kopplungs-
 mechanismus M-O-M
 PE-Gleitfläche
 Tibiaplateau M-O-M
 zementfrei
 zementpflichtig
 Tibiaspacer, halbseitig
 5-20mm

Notizen:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	I46A	5,289	17.089,82 € + ZE2015-25
	5-822.91 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert			
	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz 5-829.b Andere gelenkplastische Eingriffe: Komplexe Wechseloperationen einer Gelenkendoprothese in Verbindung mit Knochenersatz und/oder dem Ersatz benachbarter Gelenke			

2.4 Proximaler Femurersatz mit Kniegelenkersatz

Hinweis: Die sog. Durchstecker-Prothese entspricht in ihrer Dicke nicht dem resezierten Knochen. Ein Totalersatz des Knochens wird nicht durchgeführt. Dementsprechend wird hier nicht die **I95Z** angesteuert – diese wird nur bei komplettem Ersatz des Femurs oder Tumorprothese (siehe oben) erreicht. Der MinderErlös* wird im Allgemeinen durch das ausgelöste Zusatzentgelt ausgeglichen.

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46A** beträgt 1.668,94 €. Dies ist für das verwendete komplexe Implantat selbstredend nicht kostendeckend.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz** das krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelt **ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Die mittlere Verweildauer für die **I46A** beträgt 23,3 Tage.

Bei einer Tumorerkrankung wird durch den Zusatzcode **5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese** die **DRG I95Z** angesteuert. Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 19,6 Tage.

Hinweis: Eine sog. „Durchstecker-Prothese“ ist nicht als totaler Femurersatz zu kodieren, da hier nicht das gesamte Femur ersetzt wird.

Der totale Ersatz des Femurs führt unabhängig von der Grunderkrankung (Defekt, Neoplasie etc.) in die **DRG I95Z**.

[illegible]

Notizen:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	5-822.91 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert 5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese 5-782.5h Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: Par- tielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion: Femur distal 5-782.5k Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: Par- tielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion: Tibia proximal	195Z	6,535	21.115,89 €

3.1 Totaler Kniegelenkersatz mit Distalem Femur oder mit KRI

Fall 2: Endoprothesenwechsel bei vorher einliegender schaftverankernder Prothese und großem Knochendefekt femoral

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-823.k4 Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, (teilzementiert)	I43B (PCCL 0-3)	3,187	10.297,83 € +ZE2015-25
	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	I43A (PCCL 4)	4,901	15.836,11 € +ZE2015-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.711,33 €, der der **I43A** beträgt 2.958,08 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 12,5 Tage, die der **I43A** beträgt 21,2 Tage.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz** das krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelt **ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

A vertical, futuristic medical device, possibly a surgical instrument or diagnostic tool, is centered against a background that transitions from light blue at the top to dark blue at the bottom. The device has a white handle with two circular buttons and a metallic, reflective head with a blue, curved, blade-like component at the top.

Notizen:

3.2 Proximaler Tibiaersatz

Fall 2: Endoprothesenwechsel bei vorher einliegender schaftverankernder Prothese

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-823.k4 Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, (teil-zementiert)	I43B (PCCL 0-3)	3,187	10.297,83 € + ZE2015-25
	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	I43A (PCCL 4)	4,901	15.836,11 € + ZE2015-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

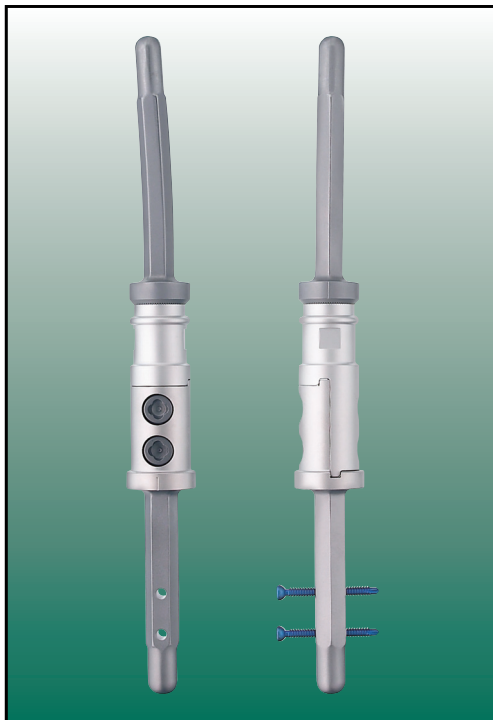
Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.711,33 €, der der **I43A** beträgt 2.958,08 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 12,5 Tage, die der **I43A** beträgt 21,2 Tage.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz** das krankenhaushausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelt **ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Das Zusatzentgelt „Modulare Endoprothese“ ist krankenhaushausindividuell zu verhandeln und absolut unerlässlich bei Verwendung modularer Systeme, da die in der DRG Matrix ausgewiesenen Implantatkostenanteile bei weitem nicht ausreichen, um die Kosten der Implantate zu decken.

4.1 Diaphysenimplantat



Femurschaft
zementfrei
zementpflichtig

Verbindungsstück
für
Diaphysenimplantat
100mm
120mm

Diaphysenimplantat
zementpflichtig
L: 100mm
Ø: 13-17mm

Notizen:

Fall 1: Tumorerkrankung

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.2 Bösartige Neubildung an Knochen der un- teren Extremität	5-828.0 Implantation eines Knochenteiler- satzes 5-829.c Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese 5-782.5g Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: Par- tielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion: Femurschaft	I95Z	6,535	21.115,89 €

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 19,6 Tage.

Hinweis: Der Code **5-829.c** steuert hier die **DRG I95Z** an. Er ist hier zu verwenden für Implantation oder Wechsel von metallischem Knochenersatz nach Resektion von primären und sekundären malignen Knochentumoren. Der metallische Knochenersatz entspricht hier der Länge und Dicke des entfernten Knochens. Somit sind die Voraussetzungen für die Kodierung gegeben.

4.1 Diaphysenimplantat

Fall 2: Diaphysärer Defekt ohne Tumorleiden

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
M89.55 Osteolyse Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]	5-782.4g Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Femurschaft	I08D (PCCL 0-3)	2,358	7.619,17 €
	5-785.4g Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Femurschaft	I08B (PCCL 4)	4,036	13.041,12 €
	5-828.0 Implantation eines Knochenteilersatzes			

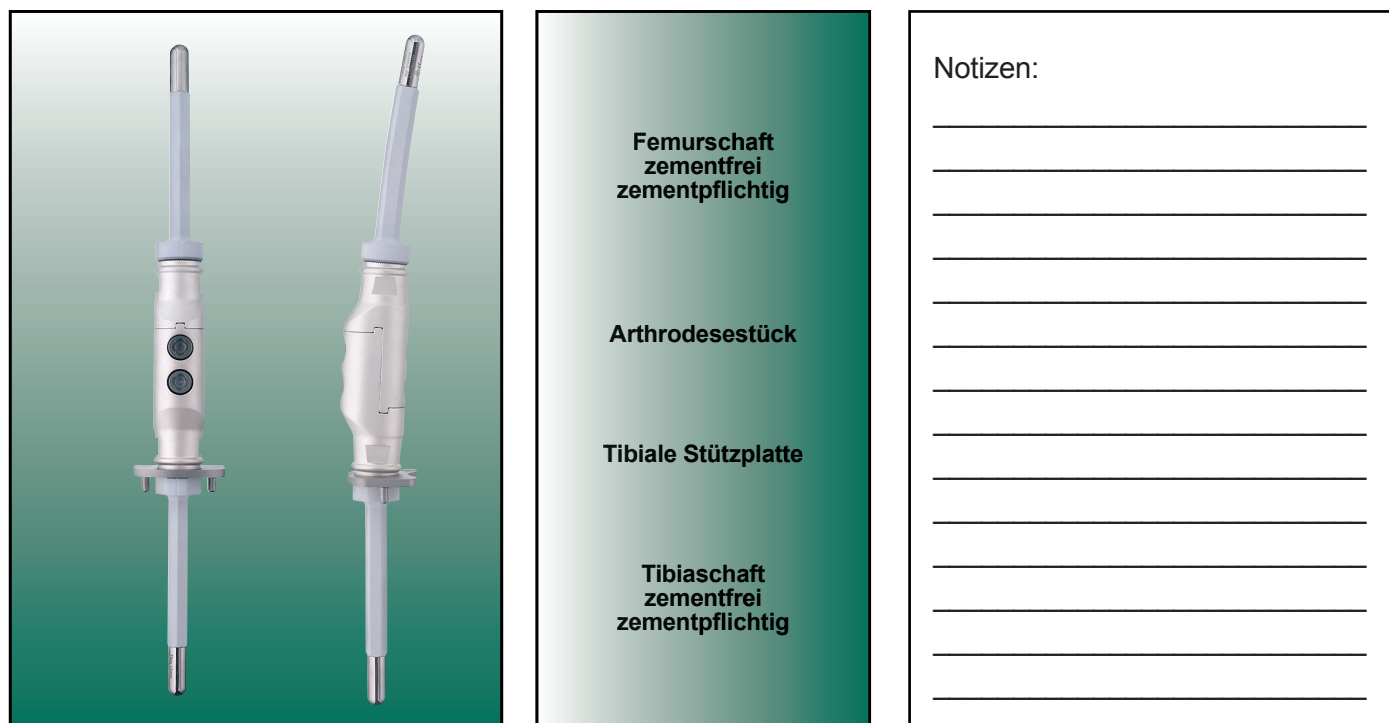
*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I08D** beträgt 613,66 €, der der **I08B** beträgt 839,10 €

Die mittlere Verweildauer für die **I08D** beträgt 13,4 Tage, die der **I08B** beträgt 20 Tage.

Bei einem diaphysären Defekt ohne Tumorleiden wird die I95Z nicht angesteuert, da der Code 5-829.c nicht zu verwenden ist. Die Ansteuerung der **PCCL 4 DRG** wurde im Jahr 2015 jedoch aufgewertet.

4.2 Arthrodesenimplantat



ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-822.f** Implantation eines endo-prothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion: (zementfrei, zementiert oder hybrid)	I04Z (PCCL 0-4)	3,544	11.451,37 €
	5-808.3 Arthrodesen: Kniegelenk	+	+	+
	5-829.k Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	Zusatzentgelt ZE2015-25	Zusatzentgelt ZE2015-25	Zusatzentgelt ZE2015-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I04Z** beträgt 1.461,72 €.

Hinzu kommt durch den **OPS 5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz** das krankenhaushausindividuell zu vereinbarende **Zusatzentgelt ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Die mittlere Verweildauer für die **I04Z** beträgt 17,9 Tage. **Die I04Z** wird unabhängig von den Komorbiditäten des Patienten (**PCCL 0 bis 4**) angesteuert.

The image displays two views of the Pinnacle Total Hip System. The left view shows the front of the femoral component, which has a long, silver-colored shaft with two black circular features and a green dot near the base. The right view shows the side of the femoral component, highlighting the white acetabular cup and the gold-colored femoral head. The cup has two long, black, threaded screws for fixation.

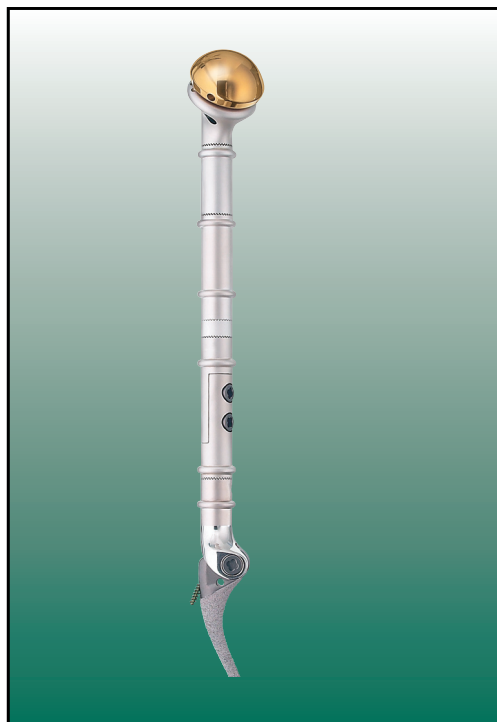
**Humerus Schaft
zementfrei
zementpflichtig**

[illegible]

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 19,6 Tage.

[illegible]

5.3 Totaler Humerusersatz



Humerus Kappe
Humerus Kopfstück
Humerus Reduzierstück 10mm 100mm
Humerus Verlängerungshülse
Humerus Verbindungsstück
Distaler Humerus
Ulnaverankerung (L und R) zementfrei zementpflichtig

Notizen:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.0 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	5-824.20 Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität Totalendoprothese Schultergelenk, Konventionell (nicht invers)	I95Z	6,535	21.115,89 €
	5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese			
	5-828.11 Implantation eines Knochentotaler- satzes Humerus			
	5-782.62 Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: to- tale Resektion eines Knochens: Humerus(schaft)			

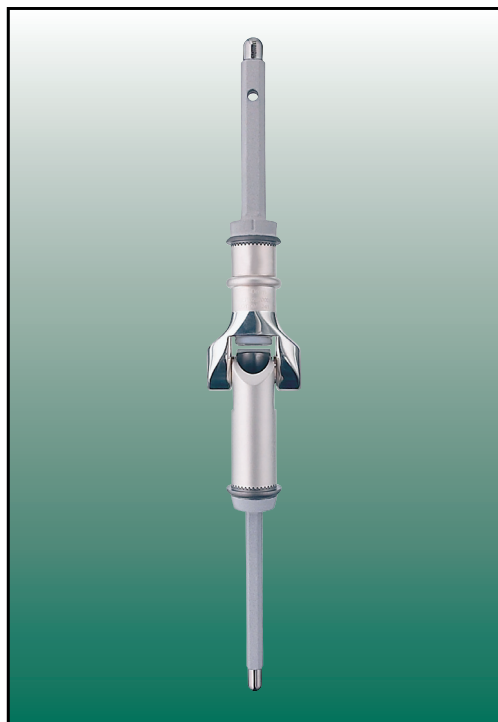
*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 19,6 Tage.

[illegible]

5.5 Totaler Ellenbogenersatz



Humerus Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Distaler Humerus
50mm

Proximale
Ulna

Humerus Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Notizen:

Fall 1: Tumorerkrankung

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.0 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	5-824.4 Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität Totalendoprothese Ellenbogenge- lenk, gekoppelt	I95Z	6,535	21.115,89 €
	5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese			
	5-782.53 Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion Humerus distal			
	5-782.57 Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion Ulna proximal			

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 19,6 Tage.

5.5 Totaler Ellenbogenersatz

Fall 2: Destruierende Arthrose, sonstiger knöcherner Defekt ohne Tumorerkrankung

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
M19.02 Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Oberarm	5-824.4 Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität Totalendoprothese Ellenbogengelenk, gekoppelt	I08D (PCCL 0-3)	3,187	10.297,83 € + ZE2015-25
	5-829.k Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz 5-782.53 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion Humerus distal 5-782.54 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion Radius proximal	I43 (PCCL 4)	4,901	15.836,11 € + ZE2015-25

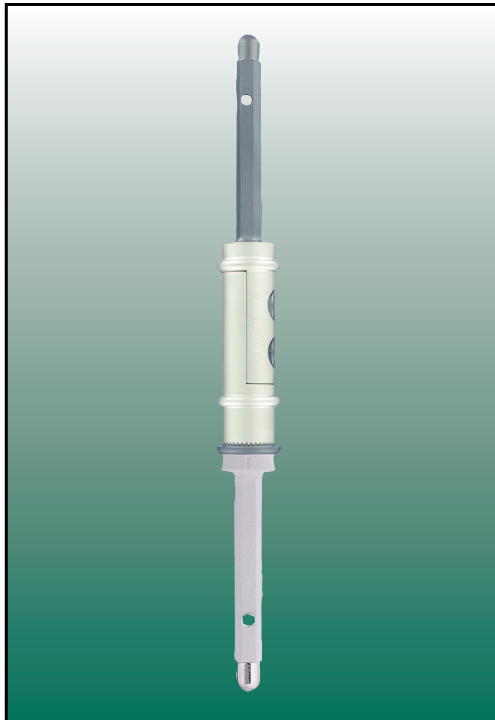
*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.711,33 €, der der **I43A** beträgt 2.958,08 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 12,5 Tage, die der **I43A** beträgt 21,2 Tage.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation** und ggf. Knochen(teil)ersatz das krankenhausindividuell zu vereinbarendes **Zusatzentgelt ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

5.6 Humerus Diaphysenimplantat



Humerus Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Humerus
Diaphysen-
implantat
zementpflichtig
8mm
9mm

Notizen:

[illegible]

Fall 1: Tumorerkrankung

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.0 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	5-828.0 Implantation eines Knochenteilersatzes 5-829.c Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese 5-782.52 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresektion: Humeruschaft	195Z	6,535	21.115,89 €

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 19,6 Tage.

Hinweis: Der **Code 5-829.c** steuert hier die **DRG 195Z** an. Er ist hier zu verwenden für **Implantation oder Wechsel von metallischem Knochenersatz** nach Resektion von primären und sekundären malignen Knochentumoren. Der metallische Knochenersatz entspricht hier der Länge und Dicke des entfernten Knochens. Somit sind die Voraussetzungen für die Kodierung gegeben **DRG 195Z**.

5.6 Humerus Diaphysenimplantat

Fall 2: Diaphysärer Defekt ohne Tumorleiden

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
M89.52 Osteolyse: Oberarm (Humerus, Ellenbogengelenk)	5-782.42 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitätsdurchtrennung und mit Wiederherstellung der Kontinuität: Humerusschaft	I13C	2	6.462,40 €
	5-785.42 Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Humerusschaft			
	5-828.0 Implantation eines Knochenteilersatzes			

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I13C** beträgt 628,01 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I13C** beträgt 9,4 Tage.

Bei einem diaphysären Defekt ohne Tumorleiden wird die **I95Z** nicht angesteuert, da der **Code 5-829.c** nicht zu verwenden ist. Es ist keine Steigerung der DRG durch einen **PCCL von 4** möglich.

6.1 MUTARS® RS Hüftsystem



RS Cup
zementfrei,
ACCIS® Einsatz
2M implacross® E Kopf,
ic-Hüftkopf TiN

RS Kopfstück
32mm, 42mm
127°, 135°

RS Mittelstück
standard
small
40mm
50mm

RS Verlängerungshülse
25mm

RS Femurschaft
L: 150, 200, 250mm
zementfrei
Ø: 14-20mm
zementpflichtig
L: 150, 200mm
Ø: 12-18mm

Notizen:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	I46B (PCCL 0-3)	2,818	9.105,52 € + ZE2015-25
	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	I46A (PCCL 4)	5,289	17.089,82 € + ZE2015-25

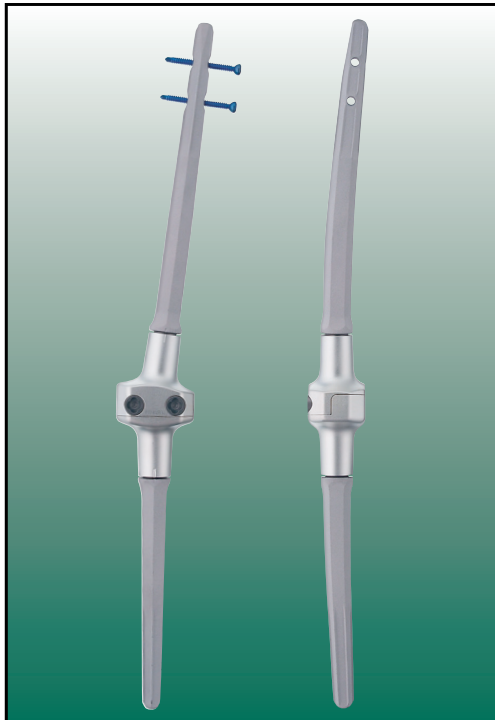
*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46B** beträgt 1.222,02 €, der der I46A beträgt 1.668,94 €.

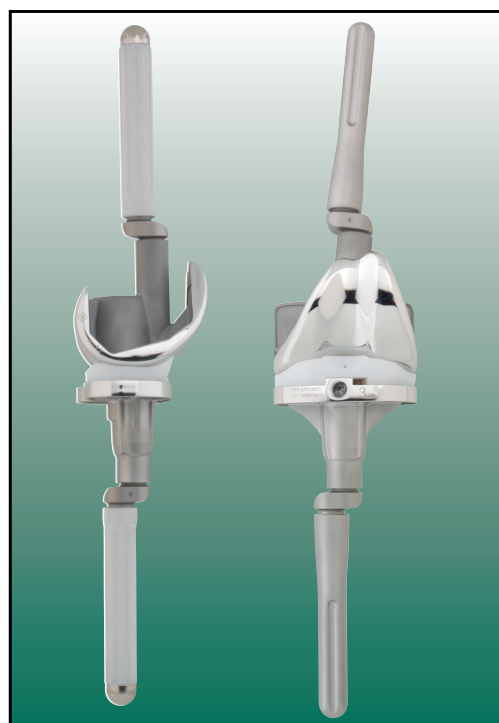
Die mittlere Verweildauer für die **I46B** beträgt 13,4 Tage, der der I46A beträgt 23,3 Tage.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese** bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz das krankenhausesindividuell zu vereinbarendes **Zusatzentgelt ZE2015-25**.

Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich. Das Zusatzentgelt „Modulare Endoprothese“ ist krankenhausesindividuell zu verhandeln und absolut unerlässlich bei Verwendung modularer Systeme, da die in der DRG Matrix ausgewiesenen Implantatkostenanteile bei weitem nicht ausreichen, um die Kosten der Implantate zu decken.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on the right side, suggesting it's resting on a surface.

6.3 GenuX® und GenuX® MK Kniesystem



GenuX® MK Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Femurspacer

GenuX® MK Femur
(L&R)
zementfrei
zementpflichtig

Patellarrückfläche

GenuX® MK Koppelung

PE-Gleitfläche MK
MB, FB

TibiaplateauMK
zementfrei
zementpflichtig

Tibiaspacer MK

Offsetadapter MK

GenuX® MK Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Notizen:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
M17.5 Sonstige sekundäre Gonarthrose	5-822.h2 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Hybrid (teilzementiert 0 unterflächenze- mentiert)	I43B (PCCL 0-3)	3,187	10.297,83 € + ZE2015-25
	+ 5-829.k Andere gelenkplastische Eing- riffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	I43A (PCCL 4)	4,901	15.836,11 € + ZE2015-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.711,33 €, der der **I43A** beträgt 2.958,08 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 12,5 Tage, die der **I43A** beträgt 21,2 Tage.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese** bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz das krankenhauses individuell zu vereinbarende **Zusatzentgelt ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Das Zusatzentgelt „Modulare Endoprothese“ ist krankenhauses individuell zu verhandeln und absolut unerlässlich bei Verwendung modularer Systeme, da die in der DRG Matrix ausgewiesenen Implantatkostenanteile bei weitem nicht ausreichen, um die Kosten der Implantate zu decken.

6.4 Intramedullärer Totaler Femurersatz mit GenuX®

Hinweis: Die sog. Durchstecker-Prothese entspricht in ihrer Dicke nicht dem resezierten Knochen. Ein Totalersatz des Knochens wird nach DRG Aspekten nicht durchgeführt.

Dementsprechend wird hier nicht die **I95Z** angesteuert – diese wird nur bei komplettem Ersatz des Femurs oder Tumorprothese (siehe oben) erreicht. Der MinderErlös* wird im Allgemeinen durch das ausgelöste Zusatzentgelt ausgeglichen.

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46A** beträgt 1.668,94 €. Dies ist für das verwendete komplexe Implantat selbstredend nicht kostendeckend.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese** bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz das krankenhauses individuell zu vereinbarendes **Zusatzentgelt ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Die mittlere Verweildauer für die **I46A** beträgt 23,3 Tage.

Bei einer Tumorerkrankung wird durch den **Zusatzcode 5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese** die **DRG I95Z** angesteuert. Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

6.5 Knierekonstruktionsimplantat mit KRI



RS Femurschaft
zementfrei
zementpflichtig

KRI MOM
(L und R)

GenuX® MK Koppelung

PE-Gleitfläche MK
MB, FB

Tibiaplateau MK
zementfrei
zementpflichtig

Tibiaspacer MK

Offsetadapter MK

GenuX® MK Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Notizen:

Fall: Primärimplantation bei ausgeprägtesten Knochendefekten

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
M17.5 Sonstige sekundäre Gonarthrose	5-822.h2 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Femoral und tibial schaftverankerte Prothese: Hy- brid (teilzementiert= unterflächen zementiert) oder	I43B (PCCL 0-3)	3,187	10.297,83 € + ZE2015-25
	5-822.9* Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk, Sonderprothese (zementiert, zementfrei, hybrid) + 5-829.k Andere gelenkplastische Eing- riffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	I43A (PCCL 4)	4,901	15.836,11 € + ZE2015-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.711,33 €, der der **I43A** beträgt 2.958,08 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 12,5 Tage, die der **I43A** beträgt 21,2 Tage.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k** Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner

6.5 Knierekonstruktionsimplantat mit KRI

Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz das krankenhausindividuell zu vereinbarende **Zusatzentgelt ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Das Zusatzentgelt „Modulare Endoprothese“ ist krankenhausindividuell zu verhandeln und absolut unerlässlich bei Verwendung modularer Systeme, da die in der DRG Matrix ausgewiesenen Implantatkostenanteile bei weitem nicht ausreichen, um die Kosten der Implantate zu decken.

Fall: Wechsel auf KRI von einliegender schaftverankernder Knie-Endoprothese

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-823.k4 Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese; In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert	I43B (PCCL 0-3)	3,187	10.297,83 € + ZE2015-25
	+ 5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	I43A (PCCL 4)	4,901	15.836,11 € + ZE2015-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

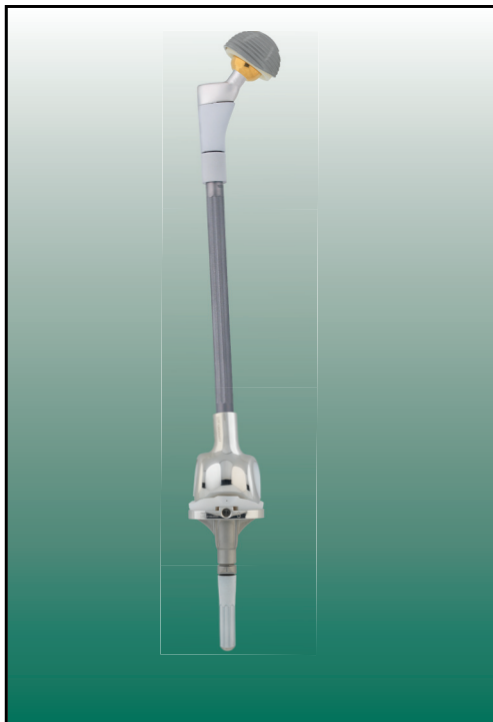
Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.711,33 €, der der **I43A** beträgt 2.958,08 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 12,5 Tage, die der **I43A** beträgt 21,2 Tage.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k**. Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz das krankenhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelt **ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Das Zusatzentgelt „Modulare Endoprothese“ ist krankenhausindividuell zu verhandeln und absolut unerlässlich bei Verwendung modularer Systeme, da die in der DRG Matrix ausgewiesenen Implantatkostenanteile bei weitem nicht ausreichen, um die Kosten der Implantate zu decken.

6.6 Intramedullärer Totaler Femurersatz mit KRI



EcoFit® 2M Pfanne
zementpflichtig
2M implacross® E Kopf
ic-Hüftkopf TiN

RS Kopfstück
RS Mittelstück

Intramedulläres
Verbindungsmodul
für KRI
Ø:15mm

KRI MOM
(L und R)

GenuX® MK Koppelung

PE-Gleitfläche MK
MB, FB

Tibiaplateau MK
zementfrei
zementpflichtig

Tibiaspacer MK

Offsetadapter MK

GenuX® MK Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Notizen:

Im Falle eines Wechsels auf eine GenuX® Intramedullärer Totaler Femurersatz ist wie folgt zu kodieren:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	I46A	5,289	17.089,82 € + ZE2015-25
	5-822.91 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert			
	5-829.k Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz			
	5-829.b Andere gelenkplastische Eingriffe: Komplexe Wechseloperationen einer Gelenkendoprothese in Verbindung mit Knochenersatz und/oder dem Ersatz benachbarter Gelenke			

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

6.6 Intramedullärer Totaler Femurersatz mit KRI

Hinweis: Die sog. Durchstecker-Prothese entspricht in ihrer Dicke nicht dem resezierten Knochen. Ein Totalersatz des Knochens wird nach DRG Aspekten nicht durchgeführt.

Dementsprechend wird hier nicht die **I95Z** angesteuert – diese wird nur bei komplettem Ersatz des Femurs oder Tumorprothese (siehe oben) erreicht. Der MinderErlös* wird im Allgemeinen durch das ausgelöste Zusatzentgelt ausgeglichen.

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46A** beträgt 1.668,94 €. Dies ist für das verwendete komplexe Implantat selbstredend nicht kostendeckend.

Hinzu kommt „on top“ durch den **OPS 5-829.k**. Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz das krankenhausindividuell zu vereinbarende Zusatzentgelt **ZE2015-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Die mittlere Verweildauer für die **I46A** beträgt 23,3 Tage.

Bei einer Tumorerkrankung wird durch den Zusatzcode **5-829.c** Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese die **DRG I95Z** angesteuert. Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

	RS Cup zementfrei 4 Artikulationsoptionen - Metal-on-Metal - Poly-on-Metal - Poly-on-Ceramic - Tripolar Osseointegrative Struktur (EPORE®) 5 Größen Anatomisch angepasste kraniale Lasche	Notizen:
---	--	---

35

6.8 MUTARS® LUMiC®

[illegible]

Fall: Wechsel einer Endoprothese (Pfannenwechsel)

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-821.29 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese in Totalendoprothese, Sonderprothese	I46B (PCCL 0-3)	2,818	9.105,52 € + ZE2015-01
	5-785.4d Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken	I46A (PCCL 4)	5,289	17.089,82 € + ZE2015-01

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46B** beträgt 1.222,02 €, der der I46A beträgt 1.668,94 €

Die mittlere Verweildauer für die **I46B** beträgt 13,4 Tage, die der I46A beträgt 21,2 Tage.

Wird bei der Versorgung wie hier ein metallischer Knochenersatz verwendet, so greift der **OPS Code 5-785.4d** (Metallischer Knochenersatz) und löst hierbei das **ZE2015-01** aus, welches zur Kostendeckung des Mega-Implantats beiträgt.

Zusatzentgelte: Wichtiger Hinweis:

Das Zusatzentgelt muss zuvor mit den Kostenträgern anhand einer genauen IST- Kostenanalyse verhandelt werden, insbesondere ist hierbei auch auf die Fallzahl zu achten, da bei einer Versorgungszahl über der verhandelten Menge MinderErlös*e drohen.

Optional ist bei der modular aufgebauten Lumic ebenso die Ansteuerung des **ZE2015-25** über den Zusatzcode **5-829.k** möglich, je nachdem, welches ZE vom Krankenhaus mit den Kostenträgern verhandelt wurde. Somit ist das Produkt prinzipiell **ZE2015-01 und ZE2015-25** fähig.

7.1 MUTARS® Xpand und BioXpand Wachstumsprothesen



Interimsschaft
MUTARS® BioXpand Distales Femur
PE-Gleitfläche
MUTARS® Wachstums- tibiaplateau
Fitbone® Verlängerungsnagel als Prothesenschaft
oder
Femuschaft Xpand zementfrei
Xpand Distales Femur (inkl. Aktuator)
MUTARS® Wachstums- tibiaplateau

Notizen:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	5-822.90 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: nicht zementiert 5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese 5-782.5h Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: Par- tielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion: Femur distal 5-782.5k Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: Par- tielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion: Tibia proximal	I95Z	6,535	21.115,89 €

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 6.828,56 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 19,6 Tage

7.2 MUTARS® Sonderanfertigungen



Notizen:

ICD-10 2015	OPS 2015	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-821.29 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese in Totalendoprothese, Sonderprothese	I46B (PCCL 0-3)	2,818	9.105,52 € + ZE2015-01
	5-785.4d Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken	I46A (PCCL 4)	5,289	17.089,82 € + ZE2015-01

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.231,20 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46B** beträgt 1.222,02 €, der der **I46A** beträgt 1.668,94 €

Die mittlere Verweildauer für die **I46B** beträgt 13,4 Tage, die der **I46A** beträgt 21,2 Tage.



1. **Flintrop J. Auswirkungen der DRG-Einführung. Die ökonomische Logik wird zum Maß aller Dinge. Dtsch. Arztebl 2006; 46; A3082-3085**
2. **Franz D, Windolf J, Siebert CH, Roeder N. Orthopädie und Unfallchirurgie im G-DRG-System 2009. Unfallchirurg 2009;112: 84-90**
3. **DRG's in Orthopädie und Unfallchirurgie –Spannungsfeld zwischen High-Tech und Low cost-; Dieter C. Wirtz, Marc D. Michel, Erwin W. Kollig; Springer 2004**
4. **DRG Forum – Informationsplattform**
<http://www.mydrdg.de/>
5. **ICD10 und OPS Code Suche im web**
<http://www.icd-code.de/>
6. **Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)**
<http://www.dimdi.de/static/de/index.html>
7. **Webgrouper der DRG Research Group Universitätsklinikum Münster**
<http://drdg.uni-muenster.de/index.php>
8. **Informationsveranstaltungen und DRG-Schulungen**
<http://www.ortho-unfall-bonn.de/klinik/veranstaltungen/fachveranstaltungen/>

Bewertungsrelation (Relativgewicht)

Den einzelnen DRG Gruppen ist eine entsprechende Bewertungsrelation zugewiesen. Diese spiegelt den durchschnittlichen ökonomischen Aufwand für die kalkulierten Fälle dieser Fallgruppe wider.

Case-Mix (CM)

Der Case Mix stellt das Ergebnis aller kumulierten Bewertungsrelationen einer Klinik oder einer Fachabteilung dar, die in einem Zeitraum X behandelt wurden. Der CM gibt als Indikator somit den Erlös*, jedoch auch den ökonomischen Aufwand an.

Case-Mix-Index (CMI)

Des Case-Mix-Index (CMI) errechnet sich durch das Teilen des Case-Mix durch die Gesamtzahl der behandelten Fälle. Insbesondere im Bereich der Maximalversorger ist der CMI der essentielle Benchmark-Parameter zum Vergleich von Kliniken gleicher Versorgungsstufe oder gleicher Leistungsspektren miteinander. Hierbei spiegelt ein hoher CMI einen durchschnittlich höheren Aufwand bzw. eine durchschnittlich höhere Komplexität der Behandlungen wider.

PCCL (Patient Clinical Complexity Level)

Die patientenbezogene PCCL gibt den auf Basis der jeweiligen Nebendiagnosen ermittelten Schweregrad des Behandlungsfalles an. Der in 5 Untereinheiten unterteilte PCCL (0-4) reicht von geringstem Schweregrad (0) bis zu höchstem Schweregrad (4). Durch die Erhöhung des PCCL eines Falles ist es bei „steigerungsfähigen“ DRG möglich, unter der Bezeichnung „mit äußerst schwerem CC“ oder „ohne äußerst schwere CC“ eine höherwertige DRG zu erzielen. Die Wertigkeit bzw. PCCL Steigerungsfähigkeit der Nebendiagnosen wird seitens des InEK (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, Siegburg) frequent aktualisiert.

Hauptdiagnose (HD)

Die Hauptdiagnose ist diejenige Diagnose, welche retrospektiv, also nach Beendigung der stationären Behandlung, als diejenige ermittelt wird, die hauptsächlich für die stationäre Behandlung des Patienten verantwortlich ist. Hierbei ist ganz besonders hervorzuheben, dass die Hauptdiagnose bei der Zuordnung im System eine große Rolle spielt, da durch sie die Ansteuerung der jeweiligen MCD (Major Diagnostic Category) erreicht wird, wohingegen durch die unterschiedlichen OPS-301 Prozeduren und Nebendiagnosen meist nur eine Änderung der Gruppierung innerhalb einer Basis DRG erreicht wird.

Nebendiagnosen (ND)

Nebendiagnosen sind Comorbiditäten oder Beschwerden, welche sich während des stationären Aufenthaltes entwickeln oder aber auch schon vor und bei Aufnahme bestehen. Nebendiagnosen sind jedoch nur dann relevant, wenn sie einen erhöhten Aufwand in der Behandlung verursachen. Dieser Aufwand kann entweder diagnostisch (Röntgen, CT...), therapeutisch (Punktionen...) oder pflegerisch (Ulcus cruris...) sein. Bei der Kodierung der ND ist die Dokumentation des Aufwandes absolute Voraussetzung, d.h. ein Patient, der laborchemisch eine Hypokaliämie aufweist, jedoch keine K+-Substitution erhält, hat selbstredend keine ND Hypokaliämie (E87.6). Diese ist nur bei Maßnahmen zu verschlüsseln.

Abschließende Bemerkungen

Die hier aufgeführten Kodier-Hinweise sind ohne Gewähr und stellen eine Hilfestellung für gängige Fallkonstellationen für die alltägliche klinische Praxis dar.

Die Hinweise dienen dezidiert nicht dem sogenannten „UpCoding“. Einige Aspekte der Kodierung, die gegebenenfalls in anderen Veröffentlichungen und Broschüren aufgeführt werden, sind daher bewusst nicht Gegenstand des vorliegenden Leitfadens.

Dies führt unseres Erachtens zu einer konstruktiveren Zusammenarbeit zwischen den Kostenträgern und den Leistungserbringern, der Leistungserbringer hat keine Kürzungen seiner Erlös*e zu befürchten.

Seriöse und umfassende Informationen über den vorliegenden Leitfaden hinaus sind z. Bsp. auf den Bonner DRG Workshops erhältlich, welche regelmäßig in Bonn mit Beteiligung aller DRG Referenten der DGOU und der MDK/Kostenträger stattfinden.



implantcast GmbH
Lüneburger Schanze 26
D-21614 Buxtehude
Deutschland
Tel.: +49 4161 744-0
Fax: +49 4161 744-200
E-mail: info@implantcast.de
Internet: www.implantcast.de



Ihr Vertriebspartner vor Ort:

KODIEOVD-270415

