



Kodierleitfaden für modulare Tumor- und Revisions- endoprothesen

Kodierleitfaden für modulare Tumor- und Revisions- endoprothesen

2018

Inhaltsverzeichnis

1.	Grundlagen des DRG-basierten deutschen Abrechnungssystems	3
1.1	Übersicht der angegebenen DRG's	4
1.2	Übersicht der mittleren Verweildauer	4
1.3	Vorbemerkung zur DRG-spezifischen Definition einer Tumorendoprothese	5
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 Schweregradeinstufung 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 Aufnahmediagnose 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.

Dem vorliegenden Leitfaden liegt der Bundesbasisfallwert für das Jahr 2018 in Höhe von 3.467,30 € zugrunde. Der finale Erlös für den Behandlungsfall ergibt sich aus der Multiplikation von Relativgewicht und Bundesbasisfallwert.

Sind sehr aufwändige und kostenintensive endoprothetische Versorgung 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, krankenhaushausindividuelle 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.



1. Grundlagen des DRG-basierten deutschen Abrechnungssystems

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 Mindererlöse.

1.1 Übersicht der angegebenen DRG's

I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexe Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit bestimmtem Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schwerem CC, Alter > 5 Jahr
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. oder kompl. Diagn. oder best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff oder schw. Weichteilschaden oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- und Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk mit äußerst schwerem CC
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- und Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk ohne äußerst schwerem CC
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schwerem CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schwerem CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur an Hüfte oder Knie
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schwerem CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetischer Fraktur an Hüfte oder Knie
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur

CC: Clinical Complexity Level

1.2 Übersicht der Verweildauer

DRG	mittlere Verweildauer
I04Z	16,0 Tage
I08B	21,8 Tage
I08D	13,6 Tage
I13C	8,9 Tage
I43A	23,6 Tage
I43B	11,4 Tage
I46A	21,4 Tage
I46B	16,6 Tage
I46C	16,6 Tage
I95Z	17,7 Tage

1.3 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 2018 ist diese Definition (Tumordiagnose ICD-10 C40.2) 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 **OPS 5-829.c** 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 **ZE2018-25** 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.

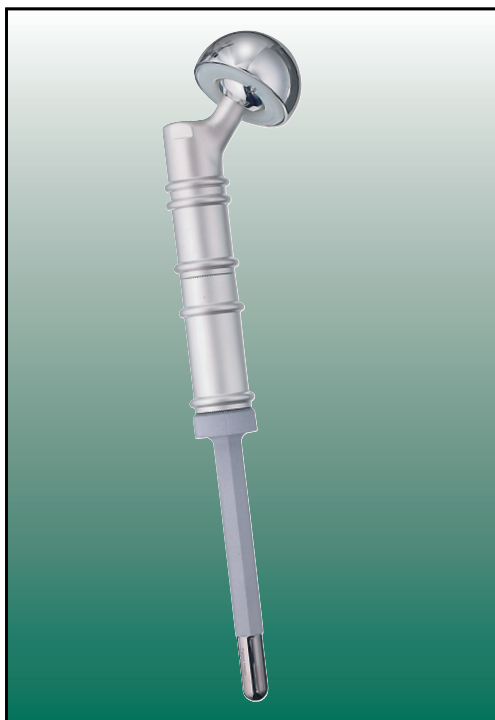
Bei Wechseloperationen ist gesondert zu verschlüsseln, ob es sich um einen einzeitigen oder zweizeitigen Wechsel einer Prothese handelt. Sollten beschichtete Implantate zur Implantation kommen, so ist die **OPS 5-829.jx** für **Silber- bzw. TiN-beschichtete** Implantate anzuwenden.

**** Diese Angabe erfordert die weitergehende OPS-Kodierung des Verankerungstyps: (z.B. 5-820.2**)**

0	nicht zementiert	(Beispiel: 5-820.20)
1	zementiert	(Beispiel: 5-820.21)
2	hybrid, teilzementiert	(Beispiel: 5-820.22)

0-4

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

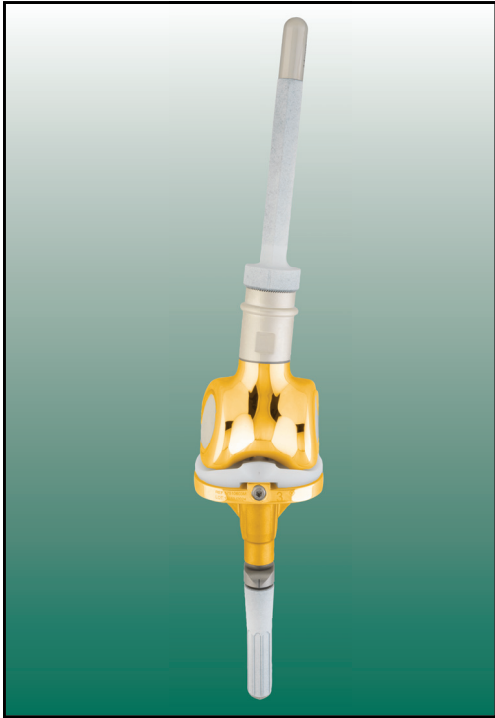
Notizen:

ICD-10 2018	OPS 2018	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	6,001	20.807,27 €

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 5.623,55 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 17,7 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 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität oder T84.04 Mechanische Komplikation einer Hüftgelenkendoprothese	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	6,001	20.807,27 €

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 5.623,55 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 17,7 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**.

A 3D rendering of a prosthetic arm, oriented vertically. The upper arm is yellow with black ventilation-like patterns. It connects to a grey lower arm via a joint. The lower arm ends in a prosthetic hand with a grey palm and fingers. The background is a gradient from light blue at the top to dark blue at the bottom.

Notizen:

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 Tumorphese (siehe oben) erreicht. Der Mindererlös wird im Allgemeinen durch das ausgelöste Zusatzentgelt ausgeglichen.

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46A** beträgt 1.564,74 €. 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 **ZE2018-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Die mittlere Verweildauer für die **I46A** beträgt 21,4 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 5.623,55 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 17,7 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**.

Two dental handpieces are shown vertically against a green background. The handpiece on the left is a high-speed handpiece, featuring a gold-colored body with a white grip and a long, thin, clear plastic sleeve. The handpiece on the right is a low-speed handpiece, also with a gold-colored body and a white grip, but it has a shorter, wider, clear plastic sleeve. Both handpieces have a small, dark, circular button or indicator on the side of the grip.

Notizen:

ICD-10 2018	OPS 2018	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	6,001	20.807,27 €

3.1 Totaler Kniegelenkersatz mit Distalem Femur oder mit KRI

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

ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.05 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-823.k4 Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, (teilzementiert)	I43B (PCCL <4)	3,127	10.842,25 € +ZE2018-25
	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)	5,456	18.917,59 € +ZE2018-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.990,41 €, der der **I43A** beträgt 3.042,89 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 11,4 Tage, die der **I43A** beträgt 23,6 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 **ZE2018-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

3.2 Proximaler Tibiaersatz

Fall 2: Endoprothesenwechsel bei vorher einliegender schaftverankernder Prothese

ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.05 Mechanische Komplikation einer Kniegelenkendoprothese	5-823.k4 Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese: In eine Sonderprothese, (teil-zementiert)	I43B (PCCL <4)	3,127	10.842,25 € + ZE2018-25
	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)	5,456	18.917,59 € + ZE2018-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.990,41 €, der der **I43A** beträgt 3.042,89 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 11,4 Tage, die der **I43A** beträgt 23,6 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 **ZE2018-25**. 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

Fall 2: Diaphysärer Defekt ohne Tumorleiden

ICD-10 2018	OPS 2018	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 <4)	2,735	9.483,07 €
	5-785.4g Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Femurschaft 5-828.0 Implantation eines Knochenteilersatzes	I08B (PCCL >4)	4,653	16.133,35 €

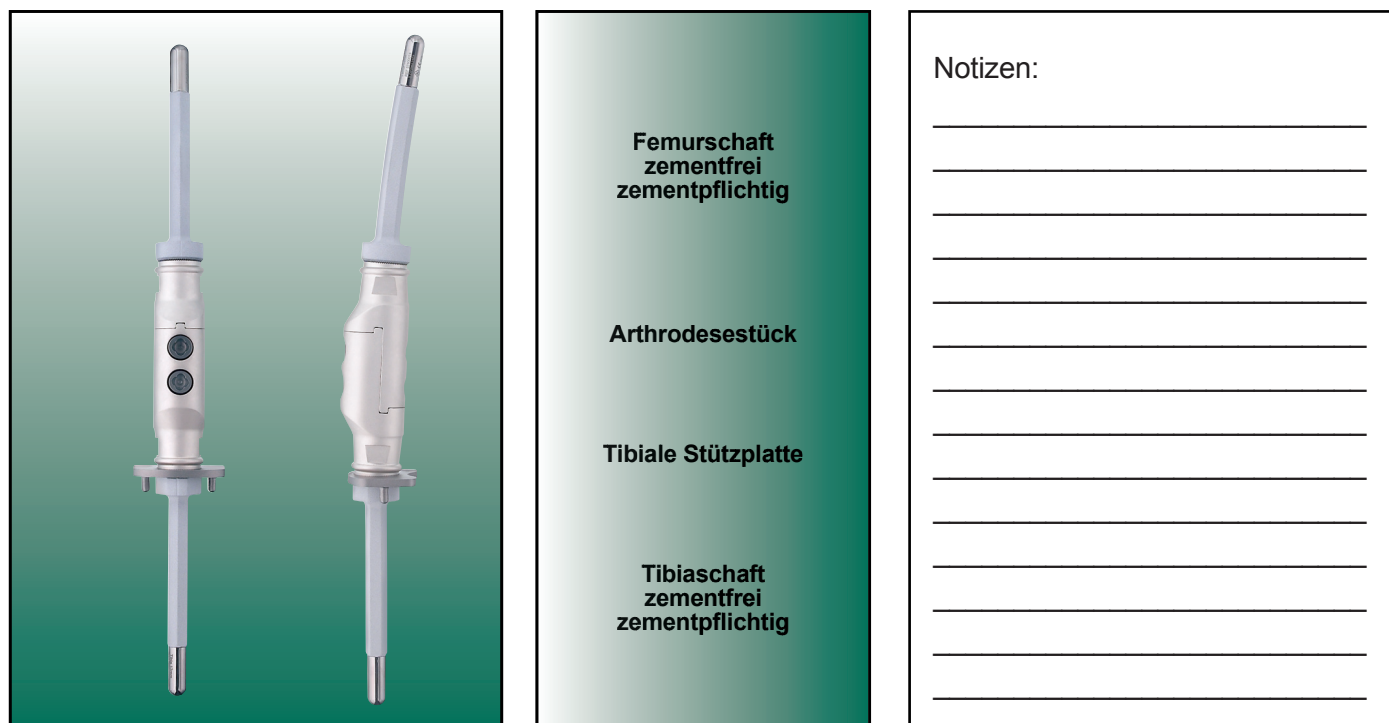
*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I08D** beträgt 634,95 €, der der **I08B** beträgt 818,17 €

Die mittlere Verweildauer für die **I08D** beträgt 13,6 Tage, die der **I08B** beträgt 21,8 Tage.

Bei einem diaphysären Defekt ohne Tumorleiden wird die I95Z nicht angesteuert, da der Code 5-829.c nicht zu verwenden ist.

4.2 Arthrodesenimplantat



ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.05 Mechanische Komplikation einer Kniegelenkendoprothese	5-822.f** Implantation eines endo-prothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion: (zementfrei, zementiert oder hybrid)	I04Z	3,621	12.555,09 €
	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 ZE2018-25	Zusatzentgelt ZE2018-25	Zusatzentgelt ZE2018-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I04Z** beträgt 2.018,09 €.

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 ZE2018-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Die mittlere Verweildauer für die **I04Z** beträgt 16,0 Tage. **Die I04Z** wird unabhängig von den Komorbiditäten des Patienten (**PCCL 0 bis 6**) angesteuert.

5.1 Proximaler Humerusersatz und Inverser Humerusersatz



**winkelstabile
Schrauben
L:20-40mm**

Glenosphäre
40mm symmetrisch
40mm exzentrisch

Glenoid zementfrei

Humerus Kappe
small
medium
large

Humerus Kappe Invers
small
medium
large

Humerus Kopfstück

Humerus Verlängerungshülse

**Humerus Schaft
zementfrei
zementpflichtig**

Notizen:

ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.0 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	5-824.0x Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität Teilprothese im Bereich des Hu- merus, sonstige	I95Z	6,001	20.807,27€
	5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese			
	5-782.51 Partielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion, Humerus proximal			

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 5.623,55 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 17,7 Tage.

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue 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.

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 2018	OPS 2018	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 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 5.623,55 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 17,7 Tage.

5.4 Proximaler Ulnaersatz



Agilon® Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Distanzscheiben
5mm
7,5mm
10mm

Distaler Humerus
30mm

Proximale
Ulna

Humerus Schaft
zementfrei
zementpflichtig

Notizen:

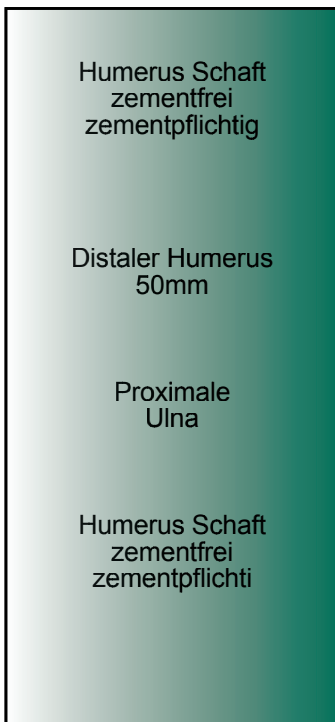
ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.0 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	5-824.4** Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität Totalendoprothese Ellenbogenge- lenk, gekoppelt	I95Z	6,001	20.807,27 €
	5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese			
	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 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 5.623,55 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 17,7 Tage.

5.5 Totaler Ellenbogenersatz

[illegible]

Fall 1: Tumorerkrankung

ICD-10 2018	OPS 2018	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 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	195Z	6,001	20.807,27 €

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 17,7 Tage.

5.5 Totaler Ellenbogenersatz

Fall 2: Destruierende Arthrose, sonstiger knöcherner Defekt ohne Tumorerkrankung

ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
M19.02 Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Oberarm	5-824.4** Implantation einer Endoprothese an Gelenken der oberen Extremität Totalendoprothese Ellenbogenge- lenk, gekoppelt	I43B (PCCL <4)	3,127	10.842,25 € + ZE2018-25
	5-829.k** Implantation einer modularen Endo- prothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz 5-782.53 Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion Humerus distal 5-782.54 Exzision und Resektion von er- kranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinuitäts- durchtrennung, Wiederherstellung der Kontinuität und Weichteilresek- tion Radius proximal	I43A (PCCL >4)	5,456	18.917,59 € + ZE2018-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.990,41 €, der der **I43A** beträgt 3.042,89 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 11,4 Tage, die der **I43A** beträgt 23,6 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 vereinbarenden **Zusatzentgelt ZE2018-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

5.6 Humerus Diaphysenimplantat



This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Fall 1: Tumorerkrankung

ICD-10 2018	OPS 2018	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	6,001	20.807,27 €

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 5.623,55 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 17,7 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 **DRG I95Z**.

5.6 Humerus Diaphysenimplantat

Fall 2: Diaphysärer Defekt ohne Tumorleiden

ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
M89.52 Osteolyse: Oberarm (Humerus, Ellenbo- gelenk)	5-782.42 Exzision und Resektion von erkranktem Knochengewebe: Partielle Resektion mit Kontinu- itätsdurchtrennung und mit Wieder- herstellung der Kontinuität: Humer- usschaft	I13C	2,018	6.997,01 €
	5-785.42 Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Humerusschaft			
	5-828.0 Implantation eines Knochenteiler- satzes			

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I13C** beträgt 580,15 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I13C** beträgt 8,9 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 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.04 Mechanische Komplikation einer Hüftgelenkendoprothese	5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	I46C (PCCL <4)	2,889	10.017,03 € + ZE2018-25
	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	I46B (PCCL >4)	3,685	12.777,00 € + ZE2018-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

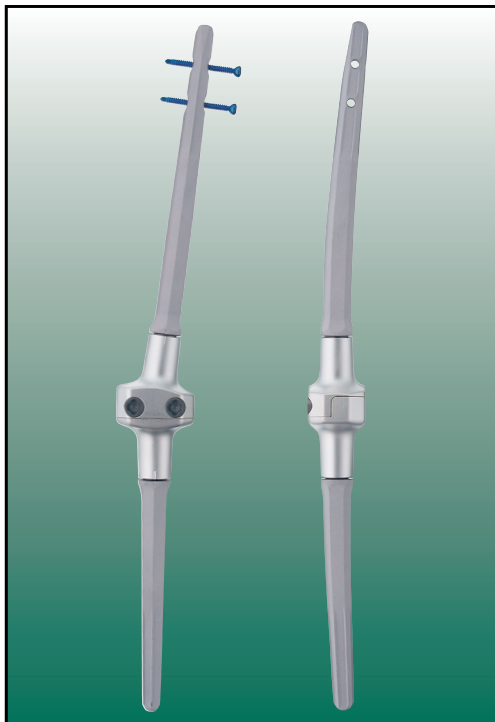
Der Implantatkostenanteil der **DRG I46C** beträgt 1.312,01 €, der der **I46B** beträgt 1.490,00 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I46C** beträgt 12,9 Tage, der der **I46B** beträgt 16,6 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 ZE2018-25**.

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.

6.2 MUTARS® RS Arthrodesse-Implantat



RS Femurschaft
zementfrei
zementpflichtig

RS Arthrodesse-Implantat
Femurkomponente
(L und R)

RS Arthrodesse-Implantat
Tibiakomponente

RS Femurschaft
zementfrei
zementpflichtig

Notizen:

ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relative-	Erlös*
T84.05 Mechanische Komplikation einer Kniegelenkendoprothese	5-822.f** Implantation eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion: (zementfrei, zementiert oder hybrid)	I04Z (PCCL 0-6)	3,621	12.555,09 €
	5-808.3 Arthrodesse: Kniegelenk	+	+	+
	5-829.k** Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	Zusatzentgelt ZE2018-25	Zusatzentgelt ZE2018-25	Zusatzentgelt ZE2018-25

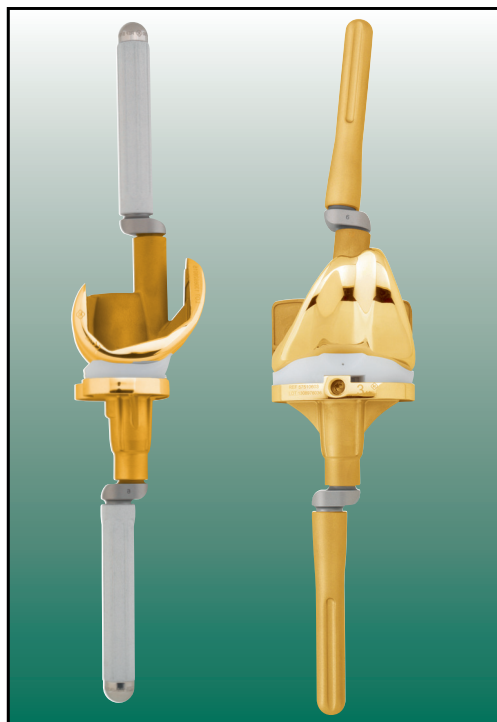
*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I04Z** beträgt 2.018,09 €.

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 krankenhausesindividuell zu vereinbarendes **Zusatzentgelt ZE2018-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Die mittlere Verweildauer für die **I04Z** beträgt 16,0 Tage. Die **I04Z** wird unabhängig von den Komorbiditäten des Patienten (**PCCL 0 bis 6**) angesteuert.

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 2018	OPS 2018	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 <4)	3,127	10.842,25 € + ZE2018-25
	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)	5,456	18.917,59 € + ZE2018-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.990,41 €, der der **I43A** beträgt 3.042,89 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 11,4 Tage, die der **I43A** beträgt 23,6 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 ZE2018-25**. 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 krankenhausindividuell zu vereinbarendes **Zusatzentgelt ZE2018-25**. 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 5.623,55 €.

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 2018	OPS 2018	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)	I43B (PCCL 0-6)	3,127	10.842,25 €
	oder 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			+ ZE2018-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.990,41€. Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 11,4 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 ZE2018-25**. 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 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.05 Mechanische Komplikation einer Kniegelenkendoprothese	5-823.k4 Wechsel einer femoral und tibial schaftverankerten Prothese; In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert	I43B (PCCL <4)	3,187	10.842,25 € + ZE2018-25
	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)	5,456	18.917,59 € + ZE2018-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

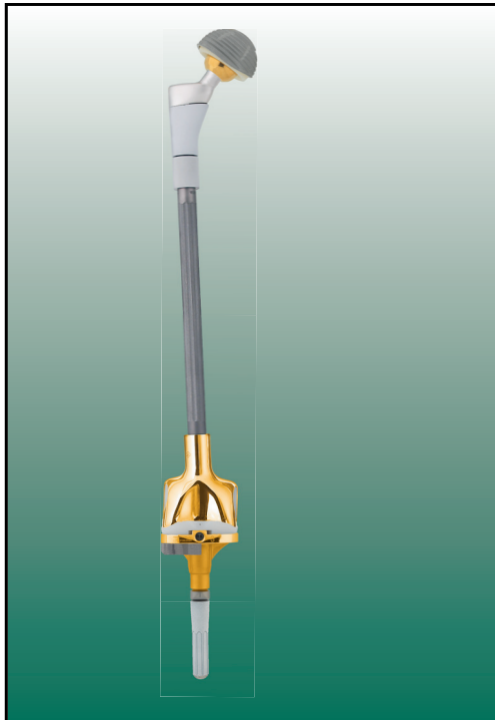
Der Implantatkostenanteil der **DRG I43B** beträgt 2.990,41 €, der der **I43A** beträgt 3.042,89 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 11,4 Tage, die der **I43A** beträgt 23,6 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 **ZE2018-25**. 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 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.04 Mechanische Komplikation einer Hüftgelenkendoprothese	5-821.33 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese 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	I46C	2,889	10.017,03 € + ZE2018-25

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46C** beträgt 1.312,01 €, die mittlere Verweildauer 12,9 Tage.

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.

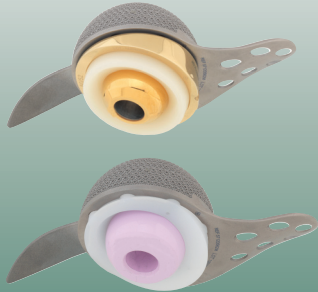
Der Implantatkostenanteil der **DRG I46A** beträgt 1.564,74 €. Dies ist für das verwendete komplexe Implantat selbstredend nicht kostendeckend.

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 **ZE2018-25**. Gemeinsam mit dem Implantatkostenanteil der DRG ist dieses zur Deckung der Implantatkosten unerlässlich.

Die mittlere Verweildauer für die **I46A** beträgt 21,4 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 5.623,55 €.

6.7 MUTARS® RS Cup

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

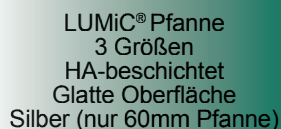
ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.04 Mechanische Komplikation einer Hüftgelenkendoprothese	5-821.29 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese in eine Totalendoprothese, Sonderprothese	I46C (PCCL <4)	2,889	10.017,03 € + ZE2018-25
	5-829.k** Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz	I46B (PCCL >4)	3,685	12.777,00 € + ZE2018-25

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46C** beträgt 1.312,01 €, der der **I46B** beträgt 1.490,00 €

Die mittlere Verweildauer für die **I46C** beträgt 12,9 Tage, die der **I46B** beträgt 16,6 Tage.

6.8 MUTARS® LUMiC®



LUMiC®
Schäfte
zementfrei
zementpflichtig

4 Artikulationsoptionen

- Poly-on-Metal
- Poly-on-Ceramic
- Trippolar

Notizen:

[illegible]

Fall: Wechsel einer Endoprothese (Pfannenwechsel)

ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.04 Mechanische Komplikation einer Hüftgelenkendoprothese	5-821.29 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese in Totalendoprothese, Sonderprothese	I46C (PCCL <4)	2,889	10.017,03 € + ZE2018-01
	5-785.4d Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken	I46B (PCCL >4)	3,685	12.777,00 € + ZE2018-01

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

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 **ZE2018-01** 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 **ZE2018-25** über den Zusatzcode **5-829.k** möglich, je nachdem, welches ZE vom Krankenhaus mit den Kostenträgern verhandelt wurde. Somit ist das Produkt prinzipiell **ZE2018-01 und ZE2018-25** 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:

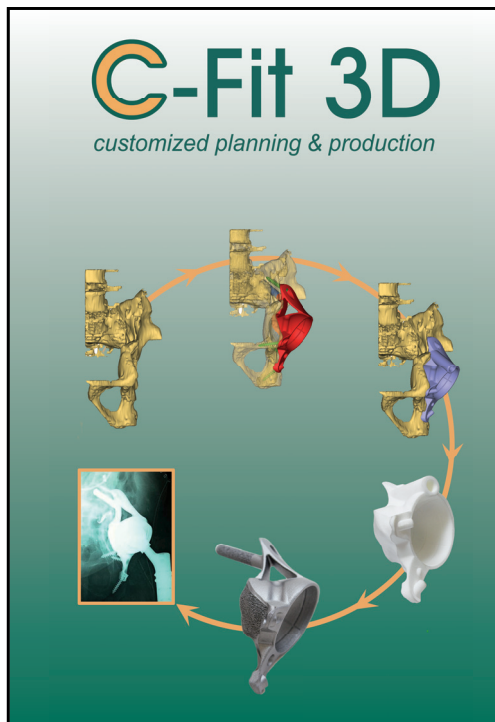
ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	5-822.90 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: nicht zementiert 5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel 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	6,001	20.807,27 €

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I95Z** beträgt 5.623,55 €.

Die mittlere Verweildauer für die **I95Z** beträgt 17,7 Tage

7.2 MUTARS® Sonderanfertigungen



Sonderanfertigung
patientenspezifischer
Implantate
und
Instrumente

Notizen:

ICD-10 2018	OPS 2018	DRG	Relativgewicht	Erlös*
T84.0 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	5-821.29 Wechsel einer Gelenkpfannenprothese in Totalendoprothese, Sonderprothese	I46C (PCCL <4)	2,889	10.017,03 € + ZE2018-01
	5-785.4d Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken	I46B (PCCL >4)	3,685	12.777,00 € + ZE2018-01

*gerechnet mit Bundesbasisfallwert 3.467,30 €

Der Implantatkostenanteil der **DRG I46C** beträgt 1.312,01 €, der der **I46B** beträgt 1.490,00 €

Die mittlere Verweildauer für die **I46C** beträgt 12,9 Tage, die der **I46B** beträgt 16,6 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/>



9. GLOSSAR und nützliche LINKS

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 7 Untereinheiten unterteilte PCCL (0-6) reicht von geringstem Schweregrad (0) bis zu höchstem Schweregrad (6). Durch die Erhöhung des PCCL eines Falles ist es bei „steigerungsfähigen“ DRG möglich, unter der Bezeichnung „mit schwerstem CC“ oder „ohne schwerstem 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.

Stufe 0	keine CC
Stufe 1	leichte CC
Stufe 2	mäßige CC
Stufe 3	schwere CC
Stufe 4	äußerst schwere CC
Stufe 5	schwerste CC
Stufe 6	schwerste CC

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-150318

