



Kodierleitfaden für die Endoprothetik 2020

Waldemar Link GmbH & Co. KG

Barkhausenweg 10 · 22339 Hamburg

Tel. +49 40 53995-0 · info@linkhh.de

www.linkorthopaedics.com

In Zusammenarbeit mit dem:

Privatinstitut für Klinikmanagement (PKM) GmbH

Beethovenstraße 5-13 · 50674 Köln

Tel. +49 221 204 279 71

www.pk-management.de

Kodierleitfaden für die Endoprothetik 2020

Vorwort	02
1. Grundlagen des aG-DRG-Systems	03
2. Endoprothetische Primärversorgung am Hüftgelenk	04
2.1 Zementierte endoprothetische Primärversorgung am Hüftgelenk	04
2.2 Teilzementierte endoprothetische Primärversorgung am Hüftgelenk (Hybridversorgung)	05
2.3 Zementfreie endoprothetische Primärversorgung am Hüftgelenk	06
2.3.1 Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	07
2.3.2 Pfannendachplastik am Hüftgelenk	09
2.4 Zementfreie „Kurzstiel“-Versorgung am Hüftgelenk	10
3. Endoprothetische Primärversorgung am Kniegelenk	11
3.1 Unikondyläre Schlittenprothese	11
3.2 Bikondylärer Oberflächenersatz	12
3.3 Sonderprothese	13
4. Endoprothetische Primärversorgung Ellenbogengelenk	14
5. Revisionsendoprothetik am Hüftgelenk	15
5.1 Aseptischer Schaftwechsel	15
5.2 Aseptischer Pfannenwechsel	17
5.3 Aseptischer Pfannenwechsel modular	18
5.4 Aseptischer Wechsel Totalendoprothese	19
5.5 Septischer Wechsel Totalendoprothese	19
5.6 Individuelle Beckenimplantate bei nicht konventionell rekonstruierbaren Defekten	23
5.7 Periprothetische Fraktur mit Wechsel der Endoprothese	24
6. Revisionsendoprothetik am Kniegelenk	25
6.1 Inlaywechsel unikondylär	25
6.2 Aseptischer Wechsel	26
6.3 Septischer Wechsel	27
6.4 Aseptischer Wechsel auf Arthrodesenagel	30
6.5 Periprothetische Fraktur mit Wechsel der Endoprothese	31
7. Tumor- und Megaendoprothetik	32
7.1 Implantation oder Wechsel einer Prothese im Tumorfall	32
7.2 Revisionsfall	34
8. Glossar	35
9. Literatur – und Informationshinweise	36
10. Anhang	37

Vorwort

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Klinikfinanzierung in Deutschland stellen Krankenhäuser zunehmend vor erhebliche Herausforderungen jenseits der medizinischen Kernleistungen.

Das duale System der Klinikfinanzierung steht bei eingeschränkten Landesförderungsmitteln oftmals im Investitionsstau. Die sachgerechte Abbildung der medizinischen Leistung auf Rechnungsebene bekommt auch dadurch eine noch größere Bedeutung.

Soll weiterhin eine hochqualitative Versorgung der Patienten gelingen, ist eine in gleicher Weise geführte hochqualitative Auseinandersetzung mit wirtschaftlichen Eckpunkten unabdingbar.

Hierbei ist ein wesentlicher Faktor eine sachgerechte Generierung der Erlöse für die durchgeführte, oftmals kostenintensive Behandlung der Patienten im Abrechnungssystem (aG-DRG-System).

Gerade Behandlungsfälle mit hohen Sachkostenanteilen können dabei schon bei geringen Abweichungen in der Fallkodierung erhebliche Unterfinanzierungen auslösen.

Hier stehen besonders medizinische Kasuistiken aus dem Bereich der Endoprothetik im Fokus.

Die zu 2020 hierbei im Fallpauschalensystem ausgegliederte Vergütung für die direkt am Patienten geleisteten pflegerischen Aufwände in ein eigenes Pflegeentgeltssystem verbessert diese Ausgangssituation nicht und macht einen Vergleich der Erlössituation einer Fallpauschale im Wechsel der jährlichen Systeme nahezu unmöglich.

Grundsätzlich erscheinen dabei nahezu alle endoprothetischen aDRGs auch unter Berücksichtigung der aktuellen Basisfallwerte in absoluten Eurobeträgen um 25%-30% abgewertet. Ob und inwieweit Kliniken im Jahresvergleich dann insgesamt fallbezogen wirtschaftlich besser oder weniger gut im aDRG-System 2020 abgebildet werden, hängt tatsächlich vom klinikindividuellen Pflegeentgeltwert der einzelnen Einrichtung ab und lässt sich in den vorliegenden Beispielen nur modellhaft mit dem gesetzlich definierten bundesweiten Vorverhandlungswert für die Pflegeentgeltberechnung darstellen. Die tatsächlichen Fallerlöse der einzelnen Kliniken können individuell erheblich abweichen.

Um unsere Kunden auch außerhalb des OP-Saals zu unterstützen, haben wir in Kooperation mit dem Privatinstitut für Klinikmanagement (PKM) den bekannten Kodierleitfaden überarbeitet. Der Leitfaden soll es Ärzten und Kliniken ermöglichen, ihre Leistungen aus dem Bereich Endoprothetik korrekt und vollständig auf der Basis der allgemeinen und speziellen Deutschen Kodierrichtlinien zu kodieren. Eine korrekte und sorgfältige Dokumentation erbrachter Leistungen und die akkurate Kodierung aller Diagnosen und Prozeduren jedes Falles können so Erlösverluste vermeiden.

1. Grundlagen des aG-DRG-Systems

In dem stetig komplexer werdenden wirtschaftlichen Umfeld sind Kliniken seit 2004 bundesweit verpflichtend dazu aufgerufen, alle stationären Behandlungsfälle den Kostenträgern gegenüber als Fallpauschale abzurechnen.

Dabei werden ähnliche medizinische Fälle in Abrechnungsgruppen eingeteilt und entgolten.

Um hier die tatsächlichen Kosten für einzelne Fallgruppen sachgerecht zuzuordnen und die korrespondierenden Entgelte auszuweisen, werden im Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) in Siegburg jährlich Millionen Behandlungsfälle auf Kostenebene betrachtet und berechnet. So entsteht immer wieder aufs Neue ein Katalog der Fallpauschalen (DRG) für Deutschland.

In diesem Katalog werden für die DRGs jeweils Bewertungsrelationen ausgewiesen. Multipliziert man die DRG-individuelle Bewertungsrelation mit einem auf Landesebene einheitlichen Eurobetrag (Baserate), ergibt sich der Erlös für die jeweilige Fallpauschale. Dem vorliegenden Leitfaden liegt der Bundesbasisfallwert 2020 in Höhe von 3.679,62 € zugrunde. Zu berücksichtigen ist, dass der DRG-Katalog im Jahr 2020 die Pflagetage separat bewertet mit einer eigens ermittelten Bewertungsrelation, deren Wert aus der Spalte 14 des Fallpauschalenkataloges zu entnehmen ist. Diese wird zur Erlösermittlung tagesbezogen mit einem krankenhausesindividuellen Pflegeentgeltwert multipliziert und mit dem aDRG-Wert addiert. Um einen einigermaßen vernünftigen Vergleich zum Vorjahr zu erhalten, berücksichtigen wir bei den Beispielen eine Liegedauer von der mittleren Verweildauer (Profitlier), aufgerundet auf die nächste ganze Zahl. Die Angabe der Einheiten erfolgt mit dem Kürzel BWR (Bewertungsrelation).

Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles in eine bestimmte Fallgruppe unter anderem durch Operationen- und Prozedurenschlüssel nach **§ 301 SGB V** und Diagnoseschlüssel (ICD 10-GM).

Die durchgeführte Behandlung wird nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen, also mit Prozedurcodes gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach **§ 301 SGB V**" (OPS-301), sowie mit ebenfalls vom DIMDI herausgegebenen Diagnosecodes nach der amtlichen Klassifikation für Diagnosen (ICD 10-GM) in der jeweils aktuell gültigen Version verschlüsselt.

Für bestimmte Tatbestände können im System zusätzlich zur Fallpauschale (DRG) Entgelte abgerechnet werden. Dies kann unter anderem die Implantation modularer Endoprothesen betreffen. Hierbei werden zusatzentgeltfähige Einzelleistungen regelhaft über OPS-Kodes zugeordnet und definiert.

Der vorliegende Kodierleitfaden soll hierbei für den Bereich der Endoprothetik Hilfestellung geben.

2. Endoprothetische Primärversorgung am Hüftgelenk

2.1 Zementierte endoprothetische Primärversorgung

Anmerkung:

Bei der zementierten endoprothetischen Versorgung des Hüftgelenkes werden im Jahre 2020 Fälle mit erheblicher Komorbidität in der DRG **I05A** abgebildet. Hierbei ist es also besonders wichtig vorliegende, behandelte Nebendiagnosen zu erkennen und zu kodieren.

Alle anderen elektiven Endoprothesen werden in eine wesentlich niedriger bewertete DRG (**I47C**) eingruppiert, die deutlich ungünstiger vergütet ist.

Für die **zementierte** Versorgung gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose	5-820.01 Implantation einer Endo- prothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert	I47C (PCCL 0-3)	1,565 BWR aDRG 0,7513 BWR Pflege *9 = 6,7617	6.749,53
		I05A (PCCL 4)	3,129 BWR aDRG 1,1791 BWR Pflege *21= 24,7611	15.142,27

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62€ und einem Pflegeentgeltwert von 146,55€

Hinweis:

Die mittlere Verweildauer für die **I47C** beträgt 8,7 Tage, die mittlere Verweildauer für die **I05A** beträgt 21 Tage.



Abb. beispielhafte Versorgung mit:
Anatomisch geformter Prothesenschaft SP II Modell Lubinus mit Kunststoffpfanne Modell Lubinus, beides zementiert

2.2 Teilzementierte endoprothetische Primärversorgung (Hybridversorgung)

Definition:

Bei der Hybridversorgung wird ein zementierter Schaft mit einer zementfreien Pfanne kombiniert. Bei der reversen Hybridversorgung wird ein zementfreier Schaft mit einer zementierten Pfanne kombiniert. Die Zuordnung erfolgt analog zum zementierten Vorgehen. Nebendiagnosen erhalten also eine besondere Bedeutung.

Für die **teilmementierte (hybride) Versorgung** gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose	5-820.02 Implantation einer Endo- prothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Hybrid (teilmementiert)	I47C (PCCL 0-3)	1,565 BWR aDRG 0,7513 BWR Pflege * 9 = 6,7617	6.749,53
		I05A (PCCL 4)	3,129 BWR aDRG 1,1791 BWR Pflege * 21 = 24,7611	15.142,27

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Hinweis:

Die mittlere Verweildauer für die **I47C** beträgt 8,7 Tage, die mittlere Verweildauer für die **I05A** beträgt 21 Tage.



Abb. beispielhafte Versorgung mit:

Zementierter und zementfreier Hüftendoprothesenschaft Standard C mit intraoperativer Wechselmöglichkeit von zementfreiem auf zementiertes Verfahren. CombiCup PF, CombiCup SC und Kunststoffpfanne Modell Lubinus, zementiert

2.3 Zementfreie endoprothetische Primärversorgung am Hüftgelenk

Für die **zementfreie** Hüftversorgung gilt die gleiche Abrechnungslogik:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose	5-820.00 Implantation einer Endo- prothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementfrei	I47C (PCCL 0-3)	1,565 BWR aDRG 0,7513 BWR Pflege * 9 = 6,7617	6.749,53
		I05A (PCCL 4)	3,129 BWR aDRG 1,1791 BWR Pflege * 21 = 24,7611	15.142,27

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Hinweis:

Die mittlere Verweildauer für die **I47C** beträgt 8,7 Tage, die mittlere Verweildauer für die **I05A** beträgt 21 Tage.



Abb. beispielhafte Versorgung mit:
Hüftendoprothesenschäfte LCU, SP-CL, C.F.P. mit MobileLink sowie CombiCup PF und BiMobile

2.3.1 Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk

Wichtiger Hinweis zur Pfannenbodenplastik:

Die Durchführung einer Pfannenbodenplastik (**OPS-Kode 5-829.h**) ist bei Pfannenbodendefekten als eigenständige Prozedur ergänzend zu kodieren sowie stringent zu dokumentieren. Es resultiert ohne schwere Nebendiagnosen die **DRG I47B**. Kommen im Einzelfall schwere Nebendiagnosen hinzu ist eine weitere Erlössteigerung möglich (siehe nachfolgendes Beispiel).

Der Prototyp für eine Pfannenbodenplastik ist die Protrusionskoxarthrose. Hier wird der Pfannenboden aufgefüllt, um das ehemalige Drehzentrum wiederherzustellen. Idealerweise wird bereits bei den Planungsbildern (z. B. HecTec) der Aufbau mitberücksichtigt. Kleinere Zysten stellen jedoch kein Kriterium für die Erfassung des Kodes **5-829.h** dar. Gleiches gilt für eine Pfannenbodenplastik bei der Verwendung von zementierten Pfannen.

Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen Knochendefekten mitortsständigem Gewebe, ausschließlicher Verfüllung von Geröllzysten, Verwendung von zementierten Pfannenprothesen oder ausschließlicher Vertiefungsfräsung zur Schaffung eines Prothesenbettes.

Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (**5-784.0 ff., 5-784.7 ff.**). (erlösrelevant!)

Ein durchgeführter alloplastischer Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (**5-785 ff.**). (erlösrelevant!)

Es resultiert dann auch ohne schwere Nebendiagnosen die **DRG I08D** mit einem Erlös von 10.565,38 €. (2,309 BWR aDRG und 1,0085 BWR Pflege * 14 = 14,119 bei einer Verweildauer von 14 Tage, mVD = 13,5 Tage)

Schon die Durchführung einer Pfannenbodenplastik ist also erheblich erlössteigernd im System abgebildet. Die hier entstehenden hohen Kosten können so auf der Entgeltseite dargestellt werden. Zusätzlicher Knochenersatz oder eine Spongiosaplastik führen zu weiteren Erlössteigerungen.

Für die **zementfreie** Hüftversorgung mit Pfannenbodenplastik gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M16.3 Sonstige dysplastische Koxarthrose	5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	I47B (PCCL 0-3)	1,870 BWR aDRG 0,8894 BWR Pflege * 11 = 9,7834	8.314,65
	5-829.h Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	I05A (PCCL 4)	3,129 BWR aDRG 1,1791 BWR Pflege * 21= 24,7611	15.142,27

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Hinweis:

Die mittlere Verweildauer für die **I47B** beträgt 10,8 Tage, die mittlere Verweildauer für die **I05A** beträgt 21 Tage.



Abb. beispielhafte Versorgung mit: BiMobile, T.O.P. II und MobileLink

2.3.2 Pfannendachplastik am Hüftgelenk

Auch für die Durchführung und Kodierung einer Pfannendachplastik ergeben sich ähnliche Auswirkungen wie bei der Pfannenbodenplastik.

Für die **zementfreie** endoprothetische Hüftversorgung mit Pfannendachplastik gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose	5-820.00 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Nicht zementiert	I47B (PCCL 0-3)	1,870 BWR aDRG 0,8894 BWR Pflege * 11 = 9,7834	8.314,65
	5-829.1 Andere gelenkplastische Eingriffe: Pfannenbodenplastik am Hüftgelenk	I05A (PCCL 4)	3,129 BWR aDRG 1,1791 BWR Pflege * 21= 24,7611	15.142,27

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Hinweis:

Die mittlere Verweildauer für die **I47B** beträgt 10,8 Tage, die mittlere Verweildauer für die **I05A** beträgt 21 Tage.

Auch hier haben Nebendiagnosen eine erhebliche Bedeutung und müssen unbedingt vollumfänglich kodiert werden. Beim multimorbiden Patienten (PCCL 4) kommt es zu einer erheblichen Erlössteigerung.

Wichtiger Hinweis zur Pfannendachplastik:

Eine Pfannendachplastik (**5-829.1**) erfordert nicht nur eine Auffüllung von Zysten im Pfannendachbereich, sondern setzt eine Konturveränderung der Pfanne im Sinne einer besseren Überdachung voraus. Sie führt in die höhere **DRG I47B**.

Unter den Hinweisen des OPS-Kodes in der aktuellen Fassung 2020 ist folgende Information angegeben (**5-829.1**):

Eine Pfannendachplastik am Hüftgelenk liegt vor, wenn durch Anlagerung von Knochen eine Verbesserung der Überdachung des Hüftgelenkes erreicht wird. Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder bei Verfüllung von iatrogen geschaffenen Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe oder ausschließlicher Verfüllung von Geröllzysten.

Eine durchgeführte Spongiosaplastik ist gesondert zu kodieren (**5-784.0 ff., 5-784.7 ff.**) (erlösrelevant).

Ein durchgeführter alloplastischer Knochenersatz ist gesondert zu kodieren (**5-785 ff.**) (erlösrelevant).

Auch hier haben Nebendiagnosen eine erhebliche Bedeutung und müssen unbedingt vollumfänglich kodiert werden. Beim multimorbiden Patienten (PCCL 4) kommt es zu einer erheblichen Erlössteigerung.

2.4 Zementfreie „Kurzstiel“-Versorgung am Hüftgelenk

Auch die indikationsgerechte, knochenschonende Kurzstilversorgung ist gesondert abbildbar und wird abhängig von der Komorbidität der Patienten unterschiedlich vergütet. Auch hier steht die Kodierung der Nebendiagnosen im Fokus.

Für die **zementfreie** Kurzschaft-Versorgung am Hüftgelenk gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose	5-820.94 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Kurzschaft-Femurkopfprothese: Mit Pfannenprothese, nicht zementiert	I47C (PCCL 0-3)	1,565 BWR aDRG 0,7513 BWR Pflege *9 = 6,7617	6.749,53
		I05A (PCCL 4)	3,129 BWR aDRG 1,1791 BWR Pflege *21= 24,7611	15.142,27

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Hinweis:

Die mittlere Verweildauer für die **I47C** beträgt 8,7 Tage, die mittlere Verweildauer für die **I05A** beträgt 21 Tage.



Abb. beispielhafte Versorgung mit:
C.F.P. II, C.F.P. Kurzschaftprothese mit T.O.P. II Hüftpfanne für Keramik-Inlay oder UHMWPE Einsätze
oder X-LINKed Hüftpfanne CombiCup PF

3. Endoprothetische Primärversorgung am Kniegelenk

3.1 Unikondyläre Schlittenprothese

Für die endoprothetische **Primärversorgung** am Kniegelenk mit einer unikondylären Schlittenprothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M17.1 Sonstige primäre Gonarthrose	5-822.01 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Unikondyläre Schlittenprothese: Zementiert	I44D (PCCL 0-4)	1,624 BWR aDRG 0,7138 BWR Pflege * 8 = 5,7104	6.812,56

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Verweildauer für die **I44D** beträgt 7,4 Tage.

Hinweis:

Die **DRG I44D** verfügt über keinen PCCL Split, d.h. der DRG-Erlös ist nicht durch Komplikationen oder Komorbiditäten zu steigern.

Hinweis bei beidseitiger Versorgung mittels Hemischlitten:

Bei simultaner Versorgung beider Knie mittels Hemischlitten wird die **I36Z** angesteuert, die einen Erlös von 11.347,63 € generiert.

(2,702 BWR aDRG und 0,7991 BWR Pflege * 12= 9,5892 bei einer Verweildauer von 12 Tage, mVD= 11,3 Tage



Abb. beispielhafte Versorgung mit: LINK Schlittenprothese oder mit PorEx

3.2 Bikondylärer Oberflächenersatz

Für die endoprothetische **Primärversorgung** am Kniegelenk mit bikondylärer Oberflächenersatzprothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M17.1 Sonstige primäre Gonarthrose	5-822.g1 Implantation einer Endo- prothese am Kniegelenk: Bikondyläre Oberflächen- ersatzprothese: Zementiert	I44C (PCCL 0-3)	1,815 BWR aDRG 0,7343 BWR Pflege * 10= 7,343	7.754,63
		I44A (PCCL 4)	2,615 BWR aDRG 1,0029 BWR Pflege * 15 = 15,0435	11.826,83

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Verweildauer für die **I44C** beträgt 9,1 Tage, die der **I44A** beträgt 14,2 Tage.

Die Auswahl zwischen PS, CR oder Mobile Bearing-Variante hat unter DRG-Aspekten keinen Einfluss auf die Ansteuerung der jeweiligen DRG.

Hinweis:

Das GEMINI SL-System verfügt über mehrere modulare Schaft-Varianten (zementfrei und zementiert), welche bei notwendiger Ausgradung der Beinachse mit tibialen knöchernen Defekt als modular zu werten ist, da die drei vorhandenen metallischen Anteile für die Sicherheit des Produktes unabdingbar sind.

⇒ [Siehe hierzu bitte FAQs des DIMDI \(Nr. 5007 und 5004\)](#)



Abb. beispielhafte Versorgung mit:
GEMINI SL Knieoberflächenersatz als PS, CR Variante

3.3 Sonderprothese

Seit 2017 sind CAD CAM Prothesen klassifikatorisch besser differenziert und sind nunmehr in Varianten mit oder ohne knöchernen Defekt unterteilbar.

Hinweis:

Für eine individuell angefertigte Endoprothese ist auch bei primärer Implantation ein Zusatzcode **5-829.m** oder **5-829.p** zu erfassen, welcher zusätzlich zur angesteuerten DRG ein krankenhausesindividuelles Zusatzentgelt **ZE2020-25** auslöst.

Hinweis:

Bei Verwendung einer modularen Sonderprothese bei knöcherner Defektsituation ist der Zusatzcode (**5-829.k0-k4**) zu erfassen, welcher zusätzlich zur angesteuerten DRG ebenfalls ein krankenhausesindividuelles Zusatzentgelt **ZE2020-25** auslöst.

OPS-Kode 2020: (Zusatzkode)

5-829.m Implantation von oder (Teil-)Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität.

Exkl.: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese bei primären oder sekundären malignen Knochentumoren, wobei das Implantat der Länge und Dicke des resezierten Knochens entspricht (**5-829.c**).

Für die endoprothetische **Primärversorgung** am Kniegelenk mit **Sonderprothese** gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M17.1 Sonstige primäre Gonarthrose	5-822.91 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert	I43B (PCCL 0-3)	2,749 BWR aDRG 0,7471 BWR Pflege * 11=8,2181	11.319,64
		I43A (PCCL 4)	5,048 BWR aDRG 0,9474 BWR Pflege * 30=28,422	22.739,97

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 11 Tage.

Die mittlere Verweildauer für die **I43A** beträgt 29,3 Tage.



Abb. beispielhafte Versorgung mit:

Endo-Modell Rotations und Scharnier-Knieprothese Endo-Modell-M, eine modulare Kniegelenkendoprothese mit zementfreien und zementierten Schäften

Hinweis (Seite 14):

Die Sonderprothesenschäfte zeichnen sich durch ein schaftverankerndes System mit individueller (millimetergenauer) Anpassung der Schäfte und des Implantates (Dicke und Länge) an den Patienten aus (auch bei Zementierung der vorhandenen angepassten Schäfte bei schlechter Knochenqualität). Die Sonderprothese führt im Gegensatz zur Oberflächenersatzprothese nicht in die **I44er** DRG, sondern in die **I43er** DRG, die deutlich besser bewertet sind. Eine beschichtete Knie-Endoprothese ist nicht als Sonderprothese, sondern mit dem Zusatzkode **5-829.e** (hypoallergen) bzw. **5-829.jx** (sonstige Beschichtung) zu erfassen. Bei Verwendung der modularen Rotationsknieendoprothese ist der Zusatzkode **5-829.k1** zu verwenden, der das Zusatzentgelt **ZE2020-25** auslöst. Das krankenhausesindividuell zu verhandelnde Zusatzentgelt ist zur Überbrückung des finanziellen Mehraufwandes des Leistungserbringers seitens der Implantate zusätzlich zur DRG Matrix zu verstehen. Die Versorgung mittels LINK Rotationsknie ist aktuell unter Implantation Sonderprothese bzw. Scharnierprothese zu kodieren.

⇒ [Siehe hierzu bitte nochmals FAQs des DIMDI \(Nr. 5007 und 5004\)](#)

4. Revisionsendoprothetik am Ellenbogengelenk

Für die endoprothetische Primärversorgung des **Ellenbogengelenkes** gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M19.22 Sonstige sekundäre Arthrose Ellenbogengelenk	5-824.41 Implantation einer Totalendoprothese Humeroulnargelenk, mit Ersatz des Radiuskopfes	I43B (PCCL 4)	2,749 BWR aDRG 0,7471 BWR Pflege * 11=8,2181	11.319,64
		I43A (PCCL 0-3)	5,048 BWR aDRG 0,9474 BWR Pflege * 30=28,422	22.739,97

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Verweildauer für die **I43B** beträgt 11 Tage, für die **I43A** beträgt 29,3 Tage.

Hinweis:

Die Link Ellenbogengelenkprothese Endo-Modell ist als modular zu werten, da die vorhandenen metallischen Anteile für die Sicherheit des Produktes unabdingbar sind.

Die Kodierung zementiert, nicht zementiert und hybrid haben keinen Einfluss auf die jeweilige DRG und Vergütung. Dies gilt sowohl für die Prothetik der Hüftgelenke, der Kniegelenke als auch der Ellenbogengelenke.

5. Revisionsendoprothetik am Hüftgelenk

5.1 Aseptischer Schaftwechsel

Für den **Wechsel** der Hüftschaftes gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendo- prothese; Hüftgelenk	5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endo- prothese am Hüftge- lenk:	I46C (PCCL 0-3)	2,459 BWR aDRG 0,8346 BWR Pflege * 12=10,0152	10.515,91
	Wechsel einer nicht zementierten Totalendo- prothese: In Totalendo- prothese, nicht zementiert	I46A (PCCL 4)	4,057 BWR aDRG 1,1382 BWR Pflege * 22=25,0404	18.597,89

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Verweildauer für die **I46C** beträgt 12,7 Tage, die der **I46A** beträgt 22,6 Tage.

Bei Schaftwechsel auf eine MP Rekonstruktionsprothese ist stets der Code **5-829.k1** anwendbar, welcher das **ZE2020-25** auslöst.

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.

Exkl.: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese bei primären oder sekundären malignen Knochentumoren, wobei das Implantat der Länge und Dicke des resezierten Knochens entspricht (**5-829.c**).



Abb. beispielhafte Versorgung mit:
MP Rekonstruktionsprothese, zementfrei, SP II Langschaftprothese

Info:

Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Die durchgeführten Eingriffe sind gesondert zu kodieren.

Bei einer modularen Endoprothese muss eine gelenkbildende Implantatkomponente aus mindestens drei metallischen Einzelbauteilen bestehen, die in ihrer Kombination die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten. Der Aufsteckkopf der Endoprothese wird nicht mitgezählt.

Eine alleinige Osteoporose ohne pathologische Fraktur (**ICD-10-GM-Kode M81.-**) ist keine knöcherner Defektsituation. Ebenfalls keine knöcherner Defektsituation liegt bei einer operationsbedingten Resektion eines gelenktragenden Anteils vor. Der knöcherner Defekt muss an der knöchernen Struktur lokalisiert sein, an der der modulare Teil der Prothese implantiert wird. Ein Teilwechsel ist der Wechsel einer kompletten gelenkbildenden Komponente.

⇒ [Siehe hierzu bitte FAQs des DIMDI \(Nr. 5007 und 5004\) \(Siehe Anhang Seite 37ff.\)](#)

5.2 Aseptischer Pfannenwechsel

Für den **Wechsel** der Gelenkpfanne gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendo- prothese; Hüftgelenk	5-821.20 Wechsel einer Gelenk- pfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert	I47A (PCCL 0-3)	2,257 BWR aDRG 0,8200 BWR Pflege * 13=10,6600	9.867,13
	5-785.6d Implantation von allopla- stischen Knochenersatz: Sonstiger alloplastischer Knochenersatz, ohne Medikamentenzusatz: Becken	I46A (PCCL 4)	4,057 BWR aDRG 1,1382 BWR Pflege * 22=25,0404	18.597,89

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Verweildauer für die **I47A** beträgt 12,1 Tage, die der **I46A** beträgt 21,7 Tage.

Der im Beispiel verwandte allogene Knochenersatz greift hier nicht in die Bewertung der DRG ein. In einer anderen Konstellation kann autogener, allogener oder andere Formen des Knochenersatzes eine Funktion in der DRG-Ermittlung bewirken.

Bei Analysen des InEK für 2019 wurde festgestellt, dass Fälle mit Wechsel einer Gelenkpfannenprothese weniger kostenintensiv sind als andere Fälle in der **DRG I46C** (Prothesenwechsel am Hüftgelenk). Diese Fälle werden zukünftig sachgerecht in der **DRG I47A** (Revision oder Ersatz eines Hüftgelenks) abgebildet.



Abb. beispielhafte Versorgung mit:
MobileLink Multihole, Pelvis Support Typ RR & Typ RC sowie
Spongiosa Chips allogene zur Defektaugmentation

5.3 Aseptischer Pfannenwechsel modular

Für den **Wechsel** der Gelenkpfanne gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendo- prothese: Hüftgelenk	5-821.20 Wechsel einer Gelenk- pfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert	I47A (PCCL 0-3) + ZE2020-25	2,257 BWR aDRG 0,8200 BWR Pflege * 13=10,6600	9.867,13 + ZE2020-25
	5-829.k0 Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation: Pfannenkomponente	I46A (PCCL 4) + ZE2020-25	4,057 BWR aDRG 1,1382 BWR Pflege * 22=25,0404	18.597,89 + ZE2020-25

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Verweildauer für die **I47A** beträgt 12,1 Tage, die der **I46A** beträgt 21,7 Tage.

Hinweis:

Der knöcherner Defekt im Pfannenbereich ist exakt und stringent zu dokumentieren und auch im OP Bericht so genau wie möglich zu beschreiben, da ansonsten Erlösverluste nach Prüfung der Prozedur durch den MDK drohen. Die CombiCup R Hüftpfanne erfüllt die Kriterien der modularen Bauweise, da sie drei metallische Anteile am Ort des Defektes aufweist, die zur Bauteilsicherheit obligat notwendig sind. Zur Auslösung des ZE ist ein im OP Bericht dokumentierter, knöcherner Defekt im Bereich der Pfanne zu dokumentieren.

⇒ [Siehe hierzu bitte FAQs des DIMDI \(Nr. 5007\) im Anhang dese Leitfadens](#)

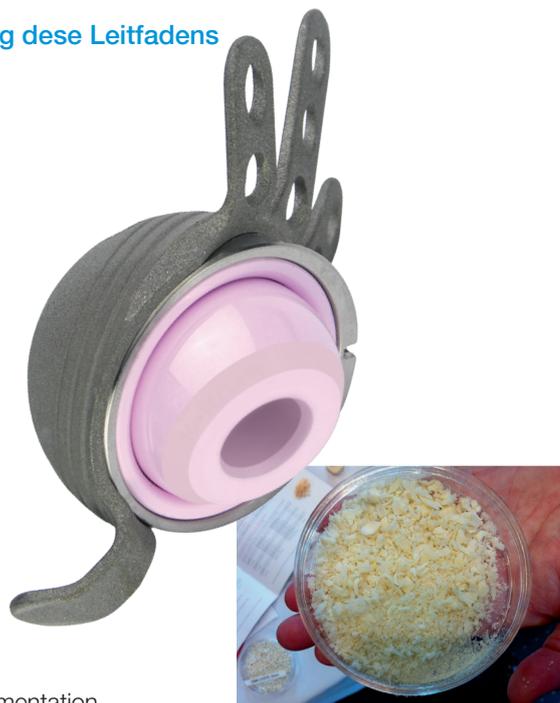


Abb. beispielhafte Versorgung mit:
CombiCup R Hüftpfanne und Spongiosa Chips alloggen zur Defektaugmentation

5.4 Aseptischer Wechsel Totalendoprothese

Für den **Wechsel** der Prothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendo-prothese, Hüftendoprothese	5-821.40 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, nicht zementiert	I46C (PCCL 0-3)	2,459 BWR aDRG 0,8346 BWR Pflege * 22=25,0404	10.515,91
		I46A (PCCL 4)	4,057 BWR aDRG 1,1382 BWR Pflege * 22=25,0404	18.597,89

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Verweildauer für die **I46C** beträgt 11,9 Tage, die der **I46A** beträgt 21,7 Tage

5.5 Septischer Wechsel Totalendoprothese

Für den **Ausbau** der Prothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendo-prothese	5-821.7 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Totalendoprothese + optional 5-829.9 Andere gelenkplastische Eingriffe: Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese)	I47B (PCCL 0-3)	1,870 BWR aDRG 0,8894 BWR Pflege * 11= 9,7834	8.314,65
		I05A (PCCL 4)	3,129 BWR aDRG 1,1791 BWR Pflege * 21 = 24,7611	15.142,27

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I47B** beträgt 11,0 Tage, die der **I05A** beträgt 21 Tage.

Hinweis:

Die Art bzw. die Komplexität der Entfernung einer Endoprothese spielt unter DRG Gesichtspunkten keinerlei Rolle. Entscheidend ist die Wahl der Hauptdiagnose!

Für den **Ausbau** der Prothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M00.85 Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Beckenregion und Oberschenkel (Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk) oder M86.15 Sonstige akute Osteomyelitis + T84.5** Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese. Periimplantäre (implantatassoziierte) Infektion	5-821.7 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Entfernung einer Totalendoprothese + 5-829.9 Andere gelenkplastische Eingriffe: Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese)	I03B (PCCL 0-3)	2,992 BWR aDRG 0,7964 BWR Pflege *19=15,1316	13.226,96
		I03A (PCCL 4)	3,129 BWR aDRG 1,1791 BWR Pflege *21 = 24,7611	15.142,27

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I03B** beträgt 18,1 Tage, die der **I05A** beträgt 21 Tage

Hinweis:

Die Art bzw. die Komplexität der Entfernung einer Endoprothese spielt unter DRG Gesichtspunkten keinerlei Rolle.

** Seit 2019 hat sich die Verschlüsselung der Diagnose erweitert. Als Zusatz für den ICD-Kode gilt: Benutze zusätzliche Schlüsselnummern, um das Vorliegen einer Arthritis (**M00.-**) oder einer Osteomyelitis (**M86.-**) im Rahmen einer periimplantären (implantatassoziierten) Infektion zu kodieren. Entsprechend der Kodierrichtlinien wäre die Kodierung **M00.-** oder **M86.-** dann als Hauptdiagnose zu wählen, wenn diese vorliegt und dokumentiert ist.

Nach den Vorgaben der Fallpauschalenvereinbarung (FPV 2020) werden Komplikationsabläufe innerhalb der oberen Grenzverweildauer ab Aufnahme des ersten Falles in der Abrechnung zu einem einzigen Abrechnungsfall zusammengefasst. Dies kann bei Revisionsverläufen auftreten und ist im System so vorgesehen. Fallzusammenführungen sind dann gemäß den Regelungen der FPV durchzuführen.

Für die Reimplantation der Prothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendo- prothese. Periimplantäre (implantatassoziierte) Infektion	5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert + 5-829.n Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation	I04Z (PCCL 0-3)	3,202 BWR aDRG 0,8509 BWR Pflege * 17=14,4653	13.902,03
		I03A (PCCL 4)	5,213 BWR aDRG 1,0552 BWR Pflege * 33=34,8216	24.284,96

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I04Z** beträgt 16,7 Tage, die der **I03A** beträgt 32,6 Tage.

Anmerkung zu Wechselintervallen:

Ab 2019 führt der zweizeitige (zu zwei unterschiedlichen Zeiten) Wechsel der Hüftgelenksprothetik mit der alleinigen HD **T84.5** nicht mehr in die **I03B**, sondern direkt mindestens in die **I04Z**.

Für die **Reimplantation** der Prothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
M00.86 Arthritis und Polyarthritits durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Beckenregion und Oberschenkel (Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk) oder M86.16 Sonstige akute Osteomyelitis + T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese. Periimplantäre (implantatassoziierte) Infektion	5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: Zementiert + 5-829.n Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation	I04Z (PCCL 0-3)	3,202 BWR aDRG 0,8509 BWR Pflege * 17=14,4653	13.902,03
		I03A (PCCL 4)	5,213 BWR aDRG 1,0552 BWR Pflege * 33=34,8216	24.284,96

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I04Z** beträgt 16,7 Tage, die der **I03A** beträgt 32,6 Tage.

Hinweis:

Die Art bzw. die Komplexität der Entfernung einer Endoprothese spielt unter DRG Gesichtspunkten keinerlei Rolle. Seit 2019 hat sich die Verschlüsselung der Diagnose erweitert.

Als Zusatz für den ICD-Kode **T84.5** gilt:

Benutze zusätzliche Schlüsselnummern, um das Vorliegen einer Arthritis (**M00.-**) oder einer Osteomyelitis (**M86.-**) im Rahmen einer periimplantären (implantatassoziierten) Infektion zu kodieren. Entsprechend der Kodierrichtlinien wäre die Kodierung **M00.-** oder **M86.-** dann als Hauptdiagnose zu wählen, wenn diese vorliegt und dokumentiert ist.



Abb. beispielhafte Versorgung mit: Sonderanfertigung nach 3D CT Datensatz-Becken bei konventionell nicht rekonstruierbarem Defekt

5.6 Individuelle Beckenimplantate bei nicht konventionell rekonstruierbaren Defekten

Für den **individuellen** Beckenteilersatz geltende folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
<p>T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk</p> <p>M89.55 Osteolyse: Beckenregion und Oberschenkel (Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk)</p>	<p>5-821.20 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Gelenkpfannenprothese: In Gelenkpfannenprothese, nicht zementiert</p> <p>+ 5-785.4d Implantation von alloplastischem Knochenersatz: Metallischer Knochenersatz: Becken</p>	<p>I47A (PCCL 0-3)</p>	<p>2,257 BWR aDRG 0,8200 BWR Pflege * 13=10,6600</p>	<p>9.867,13</p>
		<p>I08D (PCCL 4)</p>	<p>2,309 BWR aDRG 1,0085 BWR Pflege * 14=14,1190</p>	<p>10.565,38</p>
				<p>Zusätzlich Auslösen des ZE2020-01 für den metallischen Teilersatz des Beckens</p>

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I47A** beträgt 12,1 Tage, die der **I08D** beträgt 13,5 Tage.

Bei Analysen des InEK für 2019 wurde festgestellt, dass Fälle mit Wechsel einer Gelenkpfannenprothese weniger kostenintensiv sind als andere Fälle in der **DRG I46C** (Prothesenwechsel am Hüftgelenk). Diese Fälle werden zukünftig sachgerecht in der **DRG I47A** (Revision oder Ersatz eines Hüftgelenks) abgebildet.

Im Fall einer Versorgung mit individuellen Beckenimplantaten werden im Regelfall die **DRG I46B** oder **I46A** angesteuert. Je nach Behandlungsfall ist die **DRG I47A** auf die **DRG I08D** zu steigern. Dies kann durch einen erhöhten Schweregrad der Behandlung (PCCL von 4) erreicht werden. Die Augmentation des Pfannenlagers zum Downsizing des knöchernen Defektes hat keinerlei Einfluss auf die Ansteuerung der höherwertigen DRG.

Wird bei der Versorgung metallischer Knochenersatz verwendet, so greift der OPS-Code **5-785.4d** (Metallischer Knochenersatz) und löst hierbei das **ZE2020-01** aus, das zur Kostendeckung des nach speziellem 3D-Rekonstruktions-CT hergestellten Mega-Implantats beiträgt.

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 Mindererlöse drohen.

5.7 Periprothetische Fraktur mit Wechsel der Endoprothese

Für die **Versorgung** einer periprothetischen Fraktur geltende folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
S72.3 Fraktur des Femurschaftes T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese: Hüftgelenk	5-821.53 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer Totalendoprothese, hybrid (teilzementiert): In Totalendoprothese, Sonderprothese	I46B (PCCL 0-3)	3,069 BWR aDRG 0,9285 BWR Pflege *17=15,7845	13.605,97
	ergänzend (ohne Wirkung auf die DRG) 5-791.*g oder 5-792.*g Offene Reposition einer einfachen/Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	I46A (PCCL 4)	4,057 BWR aDRG 1,382 BWR Pflege *22=19,3494	18.597,89
	optional 5-829.k1 *Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke			Zusätzlich Auslösen des ZE2020-25

*berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I46B** beträgt 16,3 Tage, die der **I46A** beträgt 21,7 Tage.

Seit 2018 werden Fälle mit Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit einer periprothetischen Fraktur an Hüft- oder Kniegelenk in der neuen DRG **I46B** (Prothesenwechsel am Hüftgelenk (...), mit periprothetischer Fraktur an Hüfte oder Knie) eingruppiert. Da in 2018 die Nebendiagnose Z96.ff unabdingbar war, hat sich in 2019 nachfolgende Veränderung etabliert.

Aufwertung von Fällen mit einer Hauptdiagnose für Fraktur und einer Nebendiagnose für mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese an der jeweiligen Lokalisation durch Aufnahme in die DRG **I04Z** (Schulter und Knie) bzw. in die DRG **I46B** (Hüfte).

Das Zusatzentgelt bei modularem Schaft ist ergänzend bei Dokumentation und Kodierung zu generieren.

Abb. beispielhafte Versorgung mit: MP Rekonstruktionsprothese, zementfrei und zementiert, SP II Langschaftprothese



6. Endoprothetische Versorgungen am Kniegelenk

6.1 Inlaywechsel unikondylär

Für den **Wechsel** des Inlays gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.05 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese; Kniegelenke	5-823.19 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese: Inlaywechsel	I44E (PCCL 0-4)	1,374 BWR aDRG 0,7089 BWR Pflege *9=6,3801	5.990,80

*gerechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I44E** beträgt 9 Tage.

Kostenentsprechende Neuordnung von Fällen mit Inlaywechsel sowie mit sonstigem Wechsel einer unikondylären Schlittenprothese innerhalb der Basis-DRG **I44** **Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk [...]**: DRGs **I44A**, **I44B** und **I44C**, aDRGs **I44D** und **I44E**.

6. Endoprothetische Versorgungen am Kniegelenk

6.2 Aseptischer Wechsel

Für den aseptischen **Wechsel** gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.05 Mechanische durch eine Gelenkendoprothese; Kniegelenk	5-823.26 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese: In eine Sonderprothese, (teil-)zementiert	I43B (PCCL 0-3)	3,069 BWR aDRG 0,7471 BWR Pflege * 11=8,2181	11.319,64
		I43A (PCCL 4)	5,048 BWR aDRG 0,9474 BWR Pflege * 30=8,2181	22.739,97
	+ 5-829.k1 Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz: Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke			+ ZE2020-25

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I43B** beträgt 11 Tage, die der **I43A** beträgt 29,3 Tage.

Wird bei knöchernem Defekt eine modulare Knieprothese mit Augmenten verwendet, so löst der OPS-Code **5-829.k1(k2)** (Modulare Endoprothese bei Augmentat) das Zusatzentgelt **ZE2020-25** aus.



Abb. beispielhafte Versorgung mit:
Endo-Modell SL Rotations - und Scharnier-Knieprothese sowie Endo-Modell – M,
eine modulare Kniegelenkendoprothese mit zementfreien und zementierbaren Schäften

6.3 Septischer Wechsel

Für den **Ausbau** der Prothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendoprothese. Periimplantäre (implantat assoziierte) Infektion	5-823.7 Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer bikondylären Oberflächenersatzprothese oder 5-823.8.a Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer Scharnierendoprothese optional 5-829.9 Andere gelenkplastische Eingriffe: Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese)	I04Z (PCCL 0-5)	3,202 BWR aDRG 0,8509 BWR Pflege * 17=14,4653	12.846,97

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I04Z** beträgt 16,7 Tage.

Abwertung von Fällen mit einer Hauptdiagnose **T84.5** und Nebendiagnosenkonstellation PCCL bis 5 in 2020 bei Entfernung der Prothese aus der **DRG I12A** in die **DRG I04Z**.

Für den **Ausbau** der Prothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
<p>M00.86 Arthritis oder Polyarthritits durch sonstige näher bezeichnete Erreger: Unterschenkel (Fibula, Tibia, Kniegelenk)</p> <p>oder</p> <p>M86.16 Sonstige akute Osteomyelitis</p> <p>+ T84.5 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenkendothese. Periimplantäre (implantat assoziierte) Infektion</p>	<p>5-823.7 Entfernung einer bikondylären Oberflächenersatzprothese</p> <p>oder</p> <p>5-823.a Entfernung einer Sonderprothese</p> <p>optional</p> <p>5-829.9 Andere gelenkplastische Eingriffe: Einbringen von Abstandshaltern (z.B. nach Entfernung einer Endoprothese)</p>	<p>I04Z (PCCL 0-5)</p>	<p>3,202 BWR aDRG 0,8509 BWR Pflege * 17=14,4653</p>	<p>13.902,03</p>

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I04Z** beträgt 16,7 Tage.

Abwertung von Fällen mit einer Hauptdiagnose **M00.f6 / M86.f6** und Nebendiagnosenkonstellation PCCL bis 5 in 2020 bei Entfernung der Prothese aus der **DRG I12A** in die **DRG I04Z**.

Hinweis:

Die Art bzw. die Komplexität der Entfernung einer Endoprothese spielt unter DRG Gesichtspunkten keinerlei Rolle.

Seit 2019 hat sich die Verschlüsselung der Diagnose erweitert.

Als Zusatz für den ICD-Kode **T84.5** gilt:

Benutze zusätzliche Schlüsselnummern, um das Vorliegen einer Arthritis (**M00.-**) oder einer Osteomyelitis (**M86.-**) im Rahmen einer periimplantären (implantatassozierten) Infektion zu kodieren.

Entsprechend der Kodierrichtlinien wäre die Kodierung **M00.-** oder **M86.-** dann als Hauptdiagnose zu wählen, wenn diese vorliegt und dokumentiert ist.

Für die **Reimplantation** der Prothese gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
<p>T84.05 Infektion und entzündliche Reaktion durch eine Gelenk- endoprothese + ggf. Keim</p> <p>oder</p> <p>M00.86 Arthritis oder Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete Erreger: Unter- schenkel (Fibula, Tibia, Kniegelenk)</p> <p>+ T84.5 Infektion u. entzündl. Reaktion d. e. Gelenkproth. + ggf. Keim</p> <p>oder</p> <p>M86.16 Sonstige akute Osteomyelitis</p> <p>+ T84.5 Infektion u. entzündl. Reaktion d. e. Gelenkproth. + ggf. Keim</p>	<p>5-822.91 Implantation einer Endo- prothese am Kniegelenk: Sonderprothese: Zementiert</p> <p>+ 5-829.n Implantation einer Endo- prothese nach vorheriger Explantation</p> <p>+ ggf.</p> <p>5-829.kf Implantation einer modu- laren Endoprothese oder (Teil-) Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil) ersatz</p>	<p>I04Z (PCCL 0-3)</p>	<p>3,202 BWR aDRG 0,8509 BWR Pflege * 17=14,4653</p>	<p>13.902,03</p>
		<p>I43A (PCCL 4)</p>	<p>5,048 BWR aDRG 0,9474 BWR Pflege * 30=28,4220</p>	<p>22.739,97</p>

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I04Z** beträgt 16,7 Tage, die der **I43A** beträgt 29,3 Tage.

Wird bei knöchernem Defekt eine modulare Knieprothese mit Augmenten verwendet, so löst der OPS-Code **5-829.k1** (Modulare Endoprothese) das Zusatzentgelt **ZE2020-25** aus.

6.4 Aseptischer Wechsel auf Arthrodesen-Nagel

Für den **Wechsel** der Prothese auf einen Arthrodesen-Nagel gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.05 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese; Kniegelenksprothese	5-823.a Revision, Wechsel und Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk: Entfernung einer Sonderprothese	I04Z (PCCL 0-3)	3,202 BWR aDRG 0,8509 BWR Pflege *17=14,4653	13.902,03
	5-822.f0 Implantation einer Endoprothese am Kniegelenk: Implantation eines endoprothetischen Gelenkersatzes ohne Bewegungsfunktion: Nicht zementiert			
	5-808.3 Offen chirurgische Arthrodesen: Kniegelenk	I43A (PCCL 4)	5,048 BWR aDRG 0,9474 BWR Pflege *30=28,4220	22.739,97 + ZE2020-25
	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			

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I04Z** beträgt 16,7 Tage, für die **I43A** beträgt sie 29,3 Tage.

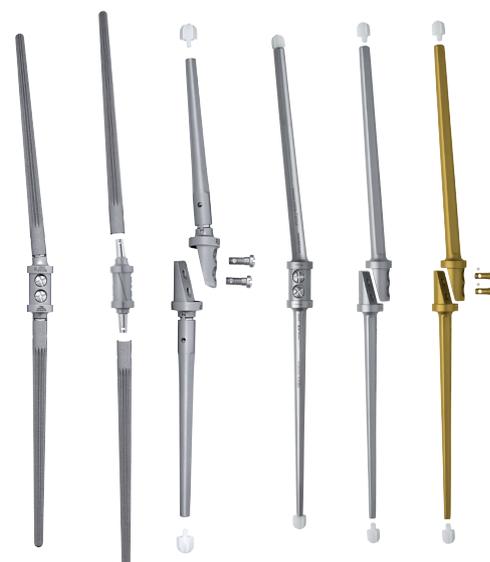


Abb. beispielhafte Versorgung mit:
Endo-Modell Arthrodesenagel SK, zementiert modular und zementfrei modular

6.5 Periprothetische Fraktur Femurschaft oder Tibiaschaft

Für die **Versorgung** einer periprothetischen Fraktur geltende folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
S72.3 Fraktur Femurschaft oder S82.28 Fraktur des Tibiaschaftes: Sonstige T84.04 o. T84.05 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendoprothese	optional 5-791.*m oder 5-792.*m Offene Reposition einer einfachen/Mehrfragment-Fraktur im Schaftbereich eines langen Röhrenknochens	I04Z (PCCL 0-3)	3,202 BWR aDRG 0,8509 BWR Pflege * 17=14,4653	13.902,03
	5-823.25 Wechsel einer bicondylären Oberflächenersatzprothese in eine Sonderprothese: nicht zementiert	I43A (PCCL 4)	5,048 BWR aDRG 0,9474 BWR Pflege * 30=28,4220	22.739,97
	5-829.k1 Implantation einer modularen Endoprothese o. (Teil-) Wechsel... Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke			ZE2020-25 (bei Vorliegen einer modularen Prothese)

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I04Z** beträgt 16,7 Tage, die der **I43A** beträgt 29,3 Tage.

Da in 2018 die Nebendiagnose **Z96.ff** unabdingbar war, hat sich in 2019 nachfolgende Veränderung etabliert. Aufwertung von Fällen mit einer **Hauptdiagnose für Fraktur** und einer **Nebendiagnose für mechanische Komplikation** durch eine Gelenkendoprothese an der jeweiligen Lokalisation durch Aufnahme in die **DRG I04Z** (Schulter und Knie) bzw. in die **DRG I46B** (Hüfte).

Bei Teilwechsel der Prothetik trifft Nachfolgendes zu: Der Wechsel einer bikondylären Oberflächenersatzprothese bei Teilwechsel Femur- oder Tibiaanteil wird bei einem PCCL < 4 in die **DRG I04Z** mit einem Relativgewicht von 3,202 gruppiert. Bei PCCL > 3 und Teilwechsel Femur- oder Tibiaanteil bleibt das Groupingergebnis die **DRG I04Z**.

Das Zusatzentgelt bei modularem Schaft ist ergänzend bei Dokumentation und Kodierung zu generieren.

7. Tumor – und Mega Endoprothetik

7.1 Implantation oder Wechsel einer Prothese im Tumorfall

Für die **Implantation** einer Tumorprothese im Tumorfall gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
<p>C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks</p> <p>oder</p> <p>C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität</p>	<p>5-820.21 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese, Sonderprothese: zementiert</p> <p>+ 5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese</p>	I95A	<p>4,935 BWR aDRG 1,0505 BWR Pflege * 19=19,9595</p>	21.083,99

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer der **DRG I95A** beträgt 18,1 Tage.

Der OPS **5-829.c** ist ein Zusatzkode. Als Hauptprozedur muss die Implantation der Sonderprothese kodiert werden. Der Kode führt in die **DRG I95A** oder **I95B** und ist 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 der Länge und Dicke des entfernten Knochens entsprechen.



Abb. beispielhafte Versorgung mit:
MEGASYSTEM-C Modulares Tumor- und Revisionssystem

Bei vorhandenen Kostenunterschieden zwischen bestimmten Fallgruppen, die seitens des InEK kalkuliert wurden, ist die **DRG I95Z** in die **DRG I95A** und **I95B** gesplittet worden. Fälle mit Knochentotalersatz am Femur oder mit komplexer Implantation oder Wechsel von Endoprothesen bei Tumor sind in die **I95A** zugeteilt werden. Dies trifft für nicht zementierte oder Hybrid-Prothesen sowie Sonderprothesen zu.

Weniger komplexe Fälle sind in der **DRG I95B** abgebildet. Dies trifft vormerklich Prothesen, die komplett zementiert implementiert werden.

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
C79.5 Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks oder C40.2 Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	5-820.01 Implantation einer Endoprothese am Hüftgelenk: Totalendoprothese: zementiert + 5-829.c Andere gelenkplastische Eingriffe: Implantation oder Wechsel einer Tumorendoprothese	I95B	3,761 BWR aDRG 0,8220 BWR Pflege * 16=19,9595	15.766,48

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer der **DRG I95B** beträgt 15,4 Tage.

7.2 Revisionsfall

Für die Implantation einer Tumorprothese im Revisionsfall gelten folgende Abrechnungsmöglichkeiten:

ICD-10-GM 2020	OPS 2020	DRG	Relativgewicht	Erlös* €
T84.04 Mechanische Komplikation durch eine Gelenkendo- prothese	5-821.43w Revision, Wechsel und Ent- fernung einer Endoprothese am Hüftgelenk: Wechsel einer nicht zementierten Totalendoprothese: In Totalendoprothese, Sonderprothese	I46C (PCCL 0-3)	2,459 BWR aDRG 0,8346 BWR Pflege *12=10,0152	10.515,91
	+ 5-829.k2 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)	4,507 BWR aDRG 1,1382 BWR Pflege *22=25,0404	18.597,89

* berechnet mit dem Bundesbasisfallwert 3.679,62 € und einem Pflegeentgeltwert von 146,55 €

Die mittlere Grenzverweildauer für die **I46C** beträgt 11,9 Tage, die der **I46A** beträgt 21,7 Tage.

In 2018 ist der OPS-Kode 5-829.k weiter differenziert worden:

- **5-829.k0** Pfannenkomponente
- **5-829.k1** Schaftkomponente ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke
Hinweis:
Bei zweiseitiger Schaftverankerung ist der Code nur einmal anzugeben
- **5-829.k2** Schaftkomponente mit einer dem Knochendefekt entsprechenden Länge und Dicke
Inklusive: Mega-Endoprothese
Hinweis:
Bei zweiseitiger Schaftverankerung ist der Code nur einmal anzugeben
- **5-829.k3** Pfannen- und Schaftkomponente, Schaft ohne eine dem Knochendefekt entsprechende Länge und Dicke
Hinweis:
Dieser Code ist nur zu verwenden, wenn beide gelenkbildende Implantatkomponenten der Endoprothese modular sind
- **5-829.k4** Pfannen- und Schaftkomponente, Schaft mit einer dem Knochendefekt entsprechenden Länge und Dicke Inklusive Mega-Endoprothese
Hinweis:
Dieser Code ist nur zu verwenden, wenn beide gelenkbildende Implantatkomponenten der Endoprothese modular sind

⇒ [Siehe hierzu bitte FAQs des DIMDI \(Nr. 5007 und 5004\) \(Siehe Anhang Seite 37ff.\)](#)

8. Glossar

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)

Der 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)

Der 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 Falls ist es bei „steigerungsfähigen“ DRGs möglich, unter der Bezeichnung „mit äußerst schweren 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 sie durch die Ansteuerung der jeweiligen MDC (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 Komorbiditäten 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.

9. Literatur und Informationshinweise

- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI):
<http://www.dimdi.de/static/de/index.html>
- Flintrop J. Auswirkungen der DRG-Einführung. Die ökonomische Logik wird zum Maß aller Dinge
Deutsches Ärzteblatt 2006; 46; A3082-3085.
- Franz D, Windolf J, Siebert CH, Roeder N. Orthopädie und Unfallchirurgie im G-DRG-System 2009
Unfallchirurg 2009;112: 84-90
- ICD10 und OPS-Kode Suche im Web: <http://www.icd-Kode.de>
- Webgrouper der DRG Research Group Universitätsklinikum Münster:
<http://drg.uni-muenster.de/index.php>.

Abschließende Bemerkungen:

Die hier aufgeführten Kodier-Hinweise sind ohne Gewähr unter Ausschluss jeglicher Haftung und stellen eine Hilfestellung für die alltägliche klinische Praxis dar. Die Hinweise dienen ausschließlich der Umsetzung einer sachgerechten Kodierung.

Bitte beachten Sie, dass es sich in der Broschüre um Beispielkodierungen handelt. Die individuelle Gegebenheit kann und wird manchmal abweichen. Daher können die Beispiele nur als Hilfe angesehen werden. Eine rechtliche Verbindlichkeit kann nicht abgeleitet oder gar juristisch eingefordert werden. Gerne steht Ihnen Ihr Aussendienstmitarbeiter bei Fragen oder Anregungen beratend. Wir danken Ihnen für Ihr entgegengebrachte Aufmerksamkeit.

Waldemar Link GmbH & Co. KG, Hamburg

Alle veröffentlichten Beiträge, Abbildungen und Daten in diesem Katalog sind urheberrechtlich geschützt. Jede vom Urheberrechtsgesetz nicht zugelassene Nutzung bedarf unserer vorherigen Zustimmung. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigung, Bearbeitung, Übersetzung, öffentliche Zugänglichmachung, Einspeicherung, Verarbeitung bzw. Wiedergabe von Inhalten in Datenbanken oder anderen elektronischen Medien und Systemen auf jede Art und Weise und in jeder Form, ganz oder teilweise. Die Angaben in den Katalogen dienen lediglich der Produktbeschreibung und beinhalten keine Garantie.

Die beschriebene OP-Anleitung wurde nach bestem Wissen und Gewissen des Herstellers verfasst. Sie kann nicht die Verantwortung des Arztes ersetzen, den jeweiligen Besonderheiten des Einzelfalls angemessen Rechnung zu tragen.

Die in diesem Dokument gezeigten Produkte sind möglicherweise nicht in Ihrem Land verfügbar. Die Produktverfügbarkeit unterliegt den Zulassungs- und/oder Registrierungsvorschriften des jeweiligen Landes. Wenden Sie sich bitte an die Waldemar Link GmbH & Co. KG, wenn Sie Fragen zur Verfügbarkeit von LINK Produkten in Ihrem Land haben.

Die Waldemar Link GmbH & Co. KG und/oder andere verbundene Unternehmen besitzen, verwenden oder beantragen die folgenden Marken in vielen Ländern: LINK, BiMobile, SP II, Modell Lubinus, E-Dur, EndoDur, T.O.P. II, BetaCup, CombiCup PF, CombiCup SC, CombiCup R, MobileLink, C.F.P., LCU, SP-CL, LCP, MIT-H, Endo-Modell, Endo-Modell SL, MP, MEGASYSTEM-C, GEMINI SL, SPAR-K, LCK, HX, TiCaP, X-LINKed, PorAg, LINK PorEx, BiPorEx, PorEx-Z, TrabecuLink, Tilastan, customLINK, RescueSleeve, Stactip, VACUCAST.

In diesem Dokument können andere Marken und Handelsnamen verwendet werden, um auf die Unternehmen zu verweisen, die die Marken und/oder Namen beanspruchen, oder auf deren Produkte. Diese Marken und/oder Namen sind das Eigentum ihrer jeweiligen Inhaber.

10. Anhang

Ergänzung: Wesentliche Änderung 2020

In der **DRG I36Z** (G-DRG-System 2019) wurden Fälle mit beidseitigen endoprothetischen Eingriffen an der Hüfte oder am Knie, wie auch Fälle mit kombinierten endoprothetischen Eingriffen an der Hüfte und am Knie abgebildet.

2020: Aufnahme von Fällen mit beidseitigem endoprothetischen Eingriff an der oberen Extremität sowie mit gleichzeitiger Implantation von Endoprothesen an Hüftgelenk, Kniegelenk oder oberer Extremität in die **DRG I36Z**.

Endoprothetische Versorgung – FAQ des DIMDI

Was ist im Zusammenhang mit dem OPS-Kode 5-829.k bzw. 5-829.m unter einem knöchernen Defekt zu verstehen? (FAQ Nr. 5007)

Seit OPS Version 2013

Als knöcherner Defekt gilt jede angeborene und/oder krankheitsbedingt, traumatisch, postoperativ/post-traumatisch entstandene Lücke in der Kontinuität eines Knochens im Vergleich zu einem anatomisch alterssprechend normalen Knochen, die ausgeglichen und/oder überbrückt werden muss. Das geschieht, um eine normale längen-, winkel- und achsengerechte Wiederherstellung des Knochens und damit der Gelenkfunktion so genau wie möglich zu gewährleisten.

Dies kann z. B. vorkommen bei:

- Versorgung von (Mehrfragment) Frakturen
- Versorgung von Knochentumoren
- primärer Implantation einer Endoprothese bei ausgeprägten Deformitäten (z.B. Hüftdysplasie, Varus-/Valgusfehlstellung)
- Wechseloperationen

Kein knöcherner Defekt im o.g. Sinne liegt vor bei:

- alleinigem Vorhandensein einer Arthrose
- alleinigem Vorhandensein von Geröllzysten an der zu versorgenden Gelenkstruktur alleiniger Osteoporose ohne pathologische Fraktur (M81.-)
- operationsbedingter Resektion eines gelenktragenden Knochenanteils

Wenn z.B. bei einem knöchernen Defekt im Pfannenbereich eine Standardpfanne und ein modularer Schaft implantiert werden, ist die Voraussetzung für den OPS-Kode 5-829.k bzw. 5-829.m nicht erfüllt. Der knöcherner Defekt muss immer an der knöchernen Struktur lokalisiert sein, an der der modulare Teil der Prothese implantiert wird. Auch bei der Implantation von patientenindividuell angefertigten Implantaten muss ein knöcherner Defekt (siehe Absatz 1) oder eine angeborene oder erworbene Deformität vorliegen (z.B. Deformierungen bei Osteogenesis imperfecta). Das alleinige Vorhandensein einer Arthrose gilt nicht als erworbene Deformität im o.g. Sinne. Dies ist auch der Fall, wenn eine muskuläre Defektsituation der Schulter vorliegt, die eine Implantation einer Schulterprothese bedingt. Ungeachtet der Elemente der Schulter ist der OPS-Kode der modularen Prothetik nicht anzuwenden.

Was versteht man im Zusammenhang mit dem OPS-Kode 5-829.d unter den drei oder mehr metallischen Einzelteilen an mindestens einer gelenkbildenden Komponente? (FAQ Nr. 5004)

OPS-Kode 5-829.d wurde ab 2013 in 5-829.k und 5-829.m differenziert

OPS-Kode 5-829.k OPS Version 2020

Bei einer modularen Endoprothese muss eine gelenkbildende oder gelenkersetzende Implantatkomponente aus mindestens 3 der nachfolgend genannten metallischen Einzel(bau)teilen bestehen, die in ihrer Kombination die mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese gewährleisten: Schaft, Verlängerungshülse, Halsteil, Pfanne, (Stütz-)Schale, Rekonstruktionsring, Sicherungs- und Sicherheitselemente (Dehnschraube, (Ab-)Scherstift, Abreißschrauben, Schrauben mit Schraubenkopfantrieb, Schraubenverbindungen mit drehmomentgesteuertem (und drehwinkelgesteuertem) Anziehen), Kopplungselement, Einzel(bau)teile eines Arthrodesemoduls, Augment, Wedge, Sleeve, Liner und/oder Exzentrerscheibe. Kopplungselemente und Arthrodesemodule werden nur einer gelenkbildenden oder gelenkersetzenden Komponente zugeordnet.

Der Aufsteckkopf der Endoprothese und Schrauben, die ausschließlich der Verankerung der Endoprothese im Knochen dienen, werden nicht mitgezählt.

Eine alleinige Osteoporose ohne pathologische Fraktur (**ICD-10-GM-Kode M81.-**) ist keine knöcherner Defektsituation. Ebenfalls keine knöcherner Defektsituation liegt bei einer operationsbedingten Resektion eines gelenktragenden Anteils vor. Der knöcherner Defekt muss an der knöchernen Struktur lokalisiert sein, an der der modulare Teil der Prothese implantiert wird. Ein Teilwechsel ist der Wechsel einer kompletten gelenkbildenden Komponente.



– Ihr Partner in der Endoprothetik



Waldemar Link GmbH & Co. KG

Barkhausenweg 10 • 22339 Hamburg

Tel. +49 40 53995-0 • info@linkhh.de

www.linkorthopaedics.com

