

InEK

Abschlussbericht

Entwicklung von
Investitionsbewertungs-
relationen (IBR)
gem. § 10 KHG
für das Jahr 2017

Siegburg, den 24. Juli 2017

Institut für das
Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Auf dem Seidenberg 3
53721 Siegburg

Telefon 0 22 41 - 93 82 - 0
Fax 0 22 41 - 93 82 - 36

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODISCHER ANSATZ.....	4
2.1 Leistungsorientierung.....	4
2.2 Investitionskosten	5
2.3 Modulare Kostengliederung	6
2.4 Fallbezug und Kostenbewertung je Entgelt.....	8
3 ERHEBUNG VON KOSTENDATEN.....	10
3.1 Beteiligung	10
3.2 Umfang der Datenlieferung.....	11
3.3 Datenprüfung	12
4 KALKULATIONSDATENBASIS.....	15
4.1 Kostendaten	15
4.1.1 Datenaufbereitung	15
4.1.2 Ergänzungs- und Ersatzwerte	17
4.1.3 Datenbasis nach Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen	17
4.2 Fallmengen	18
4.3 Datenbasis – DRG-Entgeltbereich	20
4.3.1 Verfügbare Daten.....	20
4.3.2 Fehlende Daten	22
4.4 Datenbasis – PEPP-Entgeltbereich.....	23
5 ERGEBNISSE.....	26
5.1 Investitionsbewertungsrelationen	26
5.1.1 Bewertungsrelationen für das G-DRG-System 2016.....	26
5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im G-DRG-System 2016.....	26
5.2 IBR-Bezugsgröße.....	27
6 WEITERENTWICKLUNG	29
ANHANG	30

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
Abs.	Absatz
AHK	Anschaffungs- und Herstellungskosten
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BR	Bewertungsrelation
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
DIN	Deutsches Institut für Normung
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenation
G-DRG	German Diagnosis Related Groups
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
grds.	grundsätzlich
HGB	Handelsgesetzbuch
IBR	Investitionsbewertungsrelation
ICD	International Classification of Diseases; Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
i.d.R.	in der Regel
InEK	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH
Kap.	Kapitel
KH	Krankenhaus
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KStGr	Kostenstellengruppe
med.	Medizinisch
MT	Medizintechnik
Nr.	Nummer
OP	Operation
OPS	Operationenschlüssel nach § 301 SGB V – Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie/Psychosomatik

TA	Technische Anlage
Tab.	Tabelle
u.a.	unter anderem
vgl.	vergleiche
z.B.	zum Beispiel
ZE	Zusatzentgelt

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Umsetzung des Entwicklungsauftrags zur Reform der Investitionsfinanzierung gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG hat das InEK Investitionsbewertungsrelationen berechnet, die eine zukünftige Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglichen sollen. Dieser Abschlussbericht beschreibt die dabei angewendete Methodik und stellt die Ergebnisse der Kalkulation für das Jahr 2017 vor.

Den 45 Krankenhäusern, die freiwillig Investitionskosten kalkuliert und für die Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen (IBR) zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement bei der Aufbereitung der Daten gedankt. Die zur Verfügung gestellte Datenbasis ermöglichte dem InEK die Erstellung eines IBR-Katalogs zur G-DRG-Version 2017. Aufgrund einer nicht ausreichenden Datenbasis konnten für den PEPP-Entgeltbereich in diesem Jahr leider erneut keine Investitionsbewertungsrelationen berechnet werden.

Die Krankenhäuser sind aufgerufen, sich zahlreicher an der Erhebung der Investitionskosten zu beteiligen, um die Datenbasis für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen zu verbreitern, die vielfältigen strukturellen Gegebenheiten umfassend abbilden und einzelne noch bestehende Datenlücken rasch schließen zu können. Die aktive Mitarbeit möglichst vieler Krankenhäuser an der Investitionskostenkalkulation leistet einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Investitionsförderung.

Zu wünschen bleibt, dass insbesondere auch durch die Teilnahme weiterer Einrichtungen aus dem PEPP-Entgeltbereich möglichst bald auch für diesen Teil der stationären Krankenhausversorgung leistungsorientierte Investitionspauschalen zur Verfügung stehen.

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen für Zwecke gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für das Jahr 2017. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent machen.

Mit dem Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) wurde in § 10 KHG ein Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung definiert. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, die Investitionen der Krankenhäuser durch leistungsorientierte Investitionspauschalen zu fördern. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen. Dabei bleibt das Recht der Länder unberührt, eigenständig zwischen der Förderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen und der Einzelförderung von Investitionen einschließlich der Pauschalförderung kurzfristiger Anlagegüter zu entscheiden.

Der Gesetzgeber hat die Selbstverwaltungspartner nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG – das sind der GKV-Spitzenverband, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) – beauftragt, für die Entwicklung leistungsorientierter Investitionspauschalen die Grundstrukturen für Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung, insbesondere zur Kalkulation in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern, zu vereinbaren. In den Investitionsbewertungsrelationen ist der Investitionsbedarf für die voll- und teilstationären Leistungen pauschaliert abzubilden; der Differenzierungsgrad soll praktikabel sein.

Die zu diesem Zweck zwischen den Selbstverwaltungspartnern geschlossene Vereinbarung enthält Festlegungen zur Ermittlung des Investitionsbedarfs, zu den für die Kalkulation heranzuziehenden Datenquellen und dem anzuwendenden Kalkulationsverfahren. Außerdem wurde das InEK mit der Durchführung der Kalkulation beauftragt.

Auf Grundlage der übermittelten Kostendaten konnte das InEK Investitionsbewertungsrelationen für die Fallpauschalen der G-DRG-Version 2017 berechnen. Für die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen für die tagesbezogenen Entgelte des PEPP-Entgeltbereichs reichte der übermittelte Umfang an Kostendaten nicht aus.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern am 10. März 2017 den Entwurf des Katalogs der Investitionsbewertungsrelationen (IBR-Katalog) vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnte der IBR-Katalog für die G-DRG-Version 2017 am 30. März 2017 inhaltlich konsentiert werden. Interessierte Bundesländer haben damit die Möglichkeit, die Investitionsförderung von Krankenhäusern im DRG-Entgeltbereich in einem landesindividuell festzulegenden Umfang leistungsorientiert und pauschalierend durchzuführen.

Auch für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen gilt der Grundsatz, dass die im Zuge der Datenerhebungen und der auf diesen Daten aufbauenden Berechnungen gewonnenen Erkenntnisse in einen kontinuierlichen Prozess der Weiterentwicklung eingehen. In Abstimmung mit den Selbstverwaltungspartnern wird das InEK weiterhin geeignete Schritte im Sinne eines „lernenden Systems“ umsetzen.

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael
Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Abteilungsleiter
EDV und Statistik

Siegburg, im Juni 2017

2 Methodischer Ansatz

Die Vereinbarung der Selbstverwaltungspartner vom 5. Februar 2010 bildet gemeinsam mit den weiteren Festlegungen der aus Vertretern der Selbstverwaltungspartner und dem InEK bestehenden Arbeitsgruppe „Investitionspauschalen“ die Grundlage für die vom InEK entwickelte Methodik zur Ermittlung der Investitionsbewertungsrelationen.

Im Folgenden werden die Eckpunkte des methodischen Ansatzes vorgestellt und erläutert.

2.1 Leistungsorientierung

Die Investitionsförderung soll gem. § 10 KHG durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglicht werden. Die Ausstattung des Krankenhauses und die damit verbundenen Investitionskosten sind somit in einen Bezug zu den unter Einsatz dieser Ausstattung erbrachten Behandlungsleistungen und damit letztlich zu den einzelnen Behandlungsfällen zu setzen. Die für die Behandlung eines Patienten eingesetzten Ausstattungsgegenstände stellen in gleicher Weise wie das an der Behandlung beteiligte Personal oder die verwendeten Verbrauchsmaterialien Einsatzfaktoren im Behandlungsprozess dar. Damit sind Investitionskosten in Abhängigkeit von der Inanspruchnahme der Ausstattung für die Patientenbehandlung den einzelnen Fällen zuzurechnen. Diese den Fällen zugeordneten Investitionskosten bilden die Grundlage für die entgeltbezogene Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen.

Im Krankenhaus sind eher patientennahe (Medizin, Pflege) und eher patientenferne (Technik, Administration) Strukturen und Prozesse eng aufeinander bezogen. Gleiches gilt auch für die vorhandenen Ausstattungsgegenstände. Dennoch lässt sich die Anlagenausstattung im Hinblick auf ihre Inanspruchnahme für die Patientenversorgung unterscheiden.

Bestimmte Ausstattungsgegenstände werden für die Erstellung spezifischer Behandlungsleistungen eingesetzt, ihre Inanspruchnahme wird durch das Krankheitsbild der Patienten und die darauf ausgerichtete Therapie bestimmt (z.B. Computertomograph, Beatmungsgerät). Eine Vielzahl dieser Leistungen lässt sich über spezifische leistungsbeschreibende Prozedurenkodes (OPS-Kodes) fallbezogen dokumentieren, sodass die Inanspruchnahme dieser Ausstattung bestimmten Patientengruppen zugeordnet werden kann. Dies trifft insbesondere auf Ausstattungsgegenstände mit speziellen Funktionen zu, die nur für eine ausgewählte Gruppe von Patienten mit besonderen Behandlungserfordernissen eingesetzt werden.

Daneben gibt es Ausstattungsgegenstände, die bei der Patientenversorgung zum Einsatz kommen, ohne dass damit eine spezifische Leistung beschreibbar wäre (z.B. Patientenbetten, Stationsausstattung). Auch hier ist jedoch eine Verbindung zu Behandlungsfällen herzustellen. Ausgehend von den unterschiedlichen Leistungsbereichen im Krankenhaus, die an der Patientenversorgung beteiligt sind, wird der Einsatzort der Ausstattung als Verknüpfungsmerkmal herangezogen. Von einer Inanspruchnahme kann hier für alle diejenigen Patienten ausgegangen werden, die in dem betreffenden Leistungsbereich versorgt wurden.

Dem steht diejenige Ausstattung gegenüber, deren Vorhandensein die Patientenversorgung im Krankenhaus erst ermöglicht, ohne dass sie jedoch mit Leistungen für einzelne Patienten in Verbindung gebracht werden könnte (z.B. Informationstechnik, Heizanlage). Da sich die Ausstattung in patientenfernen Bereichen (z.B. Verwaltung, Be-

triebstechnik) im Allgemeinen nicht differenziert nach der Inanspruchnahme durch verschiedene Patientengruppen unterscheiden lässt, kommt nur ein Bezug auf alle Patienten des Krankenhauses in Frage.

Dem geschilderten Sachverhalt wird bei der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen durch die Verwendung geeigneter Leistungsdaten als Verknüpfungsmerkmal zwischen Leistung und dafür benötigter Ausstattung Rechnung getragen. Als Datenbasis dienen die fallbezogen dokumentierten Leistungsdaten.

Die Datenlieferung der Krankenhäuser gem. § 21 KHEntgG enthält je Patient Informationen zu Diagnosen und während der Behandlung durchgeführten Leistungen (Prozeduren). Die Dokumentation erfolgt auf der Grundlage der jeweils gültigen ICD- und OPS-Klassifikationen und ist unter Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien durchzuführen. Soweit ein unmittelbarer Zusammenhang zwischen einer Behandlungsleistung und der dafür eingesetzten Anlagenausstattung herstellbar ist, bewirkt die im Falldatensatz dokumentierte Leistung (OPS-Kode) die anteilige Zurechnung von Investitionskosten entsprechend dem Umfang der Inanspruchnahme.

Ergänzend dazu stellt die Information, dass ein Patient während seines Krankenhausaufenthalts in einem bestimmten Leistungsbereich versorgt wurde, ebenfalls einen Hinweis auf eine Leistungserstellung in diesem Bereich dar. Somit können fallbezogene Angaben zu den an einer Krankenhausbehandlung beteiligten Leistungsbereichen (z.B. Intensivpflege, Endoskopie, Radiologie) für diejenigen Teile der Ausstattung, für die kein spezifischer Leistungsbezug erkennbar ist, als Kriterium für eine anteilige Zurechnung von Investitionskosten herangezogen werden. Entsprechende Informationen lassen sich den Datensätzen entnehmen, die die an der Kalkulation der Behandlungskosten für das DRG- bzw. PEPP-Entgeltsystem beteiligten Krankenhäuser übermitteln.

Da die patientenfernen Bereiche im Krankenhaus eine allgemeine Funktion für die Patientenversorgung übernehmen, werden die dort angefallenen Investitionskosten allen Patienten des Krankenhauses gleichermaßen zugerechnet.

2.2 Investitionskosten

Vereinbarungsgemäß ist der Kalkulation der jährliche Investitionsbedarf der Krankenhäuser mit den dafür angefallenen Investitionskosten im Sinne des KHG zugrunde zu legen. Die Herkunft der Investitionsmittel (Finanzierungsart) soll dabei unberücksichtigt bleiben.

Der Investitionsbedarf beschreibt den für das Leistungsprogramm eines Krankenhauses erforderlichen Ausstattungsumfang (u.a. Gebäude, medizintechnische Apparate, betriebstechnische Anlagen). Der heranzuziehende Kostenumfang muss mit den Bestimmungen des KHG zum Förderumfang der Investitionen übereinstimmen. Die Erhebung der Kostendaten muss daher insbesondere unter Beachtung des gesetzlichen Investitionskostenbegriffs in § 2 Nr. 2 und Nr. 3 KHG, den Regelungen zu den Voraussetzungen der Förderung (§ 8 KHG) und den Fördertatbeständen (§ 9 KHG) erfolgen. Die gem. §§ 3 und 5 KHG nicht in die Förderung einbezogenen Krankenhäuser finden keine Berücksichtigung. Hochschulkliniken werden entsprechend der Vorgabe in § 10 KHG für die Kalkulation jedoch wie ein nach KHG förderfähiges Krankenhaus behandelt, ihre Daten gehen ebenfalls in die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen ein.

Auf dieser Grundlage besitzen für die Kalkulation der Investitionskosten alle diejenigen Maßnahmen und ihre Kosten Relevanz, die ihrer Art nach förderfähig im Sinne des

KHG sind. Das sind grundsätzlich Investitionen in Bereichen des Krankenhauses, die der stationären Krankenversorgung dienen und nicht ausdrücklich aus der Förderung ausgenommen werden. Ob und in welchem Umfang für eine förderfähige Investitionsmaßnahme tatsächlich Fördermittel gewährt wurden, ist für die Kalkulationsrelevanz der Maßnahme ohne Belang.

Als Basis der Berechnung sollen vereinbarungsgemäß die gesamten Anschaffungs- und Herstellungskosten (AHK) für die im Krankenhaus vorhandenen Anlagegüter mit einem Anschaffungsdatum nicht älter als sieben Jahre zum Zeitpunkt der Kalkulation dienen. Die Ableitung des jährlichen Investitionsbedarfs soll unter Berücksichtigung der spezifischen wirtschaftlichen Nutzungsdauer erfolgen. Als mögliche Datenquellen können die Daten der Anlagenbuchhaltung, beschreibende Daten zu Baumaßnahmen (u.a. Bauausgabebücher) sowie weitere geeignete Informationsquellen oder auch normative Bewertungsansätze herangezogen werden.

Das Anlagenverzeichnis der Anlagenbuchhaltung bildet die wesentliche Grundlage für die im Rahmen der Kostenerhebung im Krankenhaus aufzubereitenden Kostendaten. Es wird nach den Regelungen des Handelsgesetzbuches (HGB) geführt, sodass eine bekannten Standards folgende und zwischen den Krankenhäusern vergleichbare Datenbasis vorliegt. Das Verzeichnis umfasst sämtliche Ausstattungsgegenstände des Krankenhauses, die handelsrechtlich als Anlagegut anzusehen sind (vgl. § 247 HGB). Jedes Anlagegut ist u.a. mit Zugangsdatum und den jeweils zuzuordnenden Anschaffungs- und Herstellungskosten (vgl. § 255 HGB) verzeichnet. Ergänzend bewirken die Regelungen der Abgrenzungsverordnung (AbgrV) die Unterscheidung der für die Anlagegüter angefallenen Investitionskosten von den Kosten für Instandhaltungsmaßnahmen (diese sind nicht förderfähig und daher in der Kalkulation nicht zu betrachten).

Für nicht vom Krankenhaus angeschaffte, sondern gegen Entgelt genutzte Anlagegüter werden die gem. § 2 Nr. 3 KHG den Investitionskosten gleichstehenden Nutzungsaufwendungen (Miete, Leasing) in der Kalkulation berücksichtigt.

Die Vorgabe eines zeitlichen Ausschnitts von sieben Jahren stellt zum einen sicher, dass die herangezogenen Investitionskosten eine den aktuellen Erfordernissen entsprechende Betriebsstruktur und Ausstattungsqualität (Stand der Technik) beschreiben. Zum anderen trägt sie den mehrjährigen Anschaffungszyklen der Anlagegüter Rechnung und eröffnet einen breiteren Datenzugang, der bei beispielsweise einjähriger Betrachtung zumindest für Teile der Ausstattung deutlich eingeschränkt wäre.

Ausgehend von den Anschaffungs- und Herstellungskosten als Grundlage der Kalkulation ist der für ein Jahr zu berücksichtigende Kostenumfang von einer festzulegenden Nutzungsdauer abzuleiten. Die Nutzungsdauer legt das InEK einheitlich je nach Art der Ausstattung unter Berücksichtigung der diesbezüglichen Angaben der Krankenhäuser sowie weiterer Normen (z.B. Afa-Tabellen des Bundesministeriums für Finanzen) fest.

2.3 Modulare Kostengliederung

Vereinbarungsgemäß soll die Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen im Rahmen eines modularen Ansatzes erfolgen. Die für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen entwickelte modulare Datenstruktur, bestehend aus Investitionskostenmodulen, bildet gleichsam ein Raster, das den gesamten Anlagenbestand des Krankenhauses in einheitlich abgegrenzte Ausschnitte untergliedert. Ein Investitionskostenmodul beschreibt einen durch die Art der Anlagegüter und den Ort ihres Einsatzes abgegrenzten Teil der Anlagenausstattung. Dies dient im Wesentlichen folgenden Zwecken:

- Berücksichtigung des individuellen Investitionsgeschehens im Krankenhaus
Die der Kalkulation der Investitionsbewertungsrelationen zugrunde liegenden Daten beziehen sich auf die Investitionsmaßnahmen der Krankenhäuser. Der Umfang dieser Maßnahmen gestaltet sich von Krankenhaus zu Krankenhaus sehr unterschiedlich. Die modulare Datenstruktur ermöglicht die Einbeziehung der mit den jeweiligen Investitionsmaßnahmen in Verbindung stehenden Ausstattung, ihrer Kosten und der dazugehörigen Leistungen in die Kalkulation. Die Kostenübermittlung auf der Modulebene setzt voraus, dass eine Investitionsmaßnahme sich auf alle Kostenstellen einer Kostenstellengruppe erstreckt; mithin alle Patienten der Kostenstellengruppe die Anlagegüter nutzen. Werden Anlagegüter in einem Umfang beschafft, der ihre Nutzung nur auf Patienten einzelner Kostenstellen einer Kostenstellengruppe begrenzt, so erfolgt die Übermittlung von Modulwerten auf der Kostenstellenebene. In diesem Fall ist die Datenübermittlung um eine Fallliste der behandelten Patienten zu ergänzen. Der Kalkulation liegt damit eine Ausschnittsbetrachtung zugrunde, die sich auf den Teil der Gesamtausstattung bezieht, in den das Krankenhaus während des gültigen Kalkulationszeitraums (sieben Jahre) investiert hat.
- Zusammenführung der Kalkulationsdaten aus verschiedenen Krankenhäusern
Die Art bzw. die Funktion der Anlagegüter und der Ort ihres Einsatzes definieren ein Investitionskostenmodul. Eine vorgegebene Struktur von Anlagenkonten und Kostenstellengruppen überführt die krankenhausesindividuellen Ausgangssituationen in eine einheitliche und damit zwischen den Krankenhäusern vergleichbare modulare Datenstruktur. Diese ermöglicht es schließlich, die von den einzelnen Krankenhäusern ausschnittsweise zur Verfügung gestellten Kalkulationsdaten so zu einem Gesamtdatenbestand zusammenzuführen, als handelte es sich um ein einziges Krankenhaus.
- Sicherstellung einer auf das jeweilige Modul bezogenen Vollständigkeit der Anlagenausstattung
Die Einbeziehung von Investitionsmaßnahmen und der dazugehörigen Kosten in die Kalkulation ist an die Voraussetzung geknüpft, dass ihr Umfang mindestens den durch ein Investitionskostenmodul beschriebenen Teil der gesamten Anlagenausstattung abdecken muss. Durch die Beachtung dieser auf das jeweilige Modul bezogenen Vollständigkeit der Anlagenausstattung wird sichergestellt, dass den dort erbrachten Leistungen die für die erforderliche Ausstattung angefallenen Investitionskosten in korrekter Höhe gegenübergestellt werden.
- Anknüpfungspunkt für die Verbindung von Kosten- und Leistungsinformationen
Die Kostenstellenzuordnung eines Anlagegutes kennzeichnet seinen Einsatz für den Patienten im Behandlungsprozess, die Zuordnung zu einem Anlagenkonto verweist auf seine Art bzw. Funktion. Daher bieten sich die nach diesen Merkmalen definierten Investitionskostenmodule als Verknüpfungsebene zwischen dem Anlagegut und der Behandlungsleistung an, da sie als einheitlich gegliederte Einheiten Kosten- und Leistungsinformationen zusammenführen. In Abhängigkeit von den für einen einzelnen Behandlungsfall vorliegenden Informationen über die während der Behandlung erbrachten Leistungen lassen sich so je Modul Investitionskosten entsprechend dem dokumentierten Umfang der Inanspruchnahme fallbezogen zuordnen.

Die beschriebene modulare Datenstruktur ist durch die Zuordnung von Anlagegütern zu Anlagenkonten und Kostenstellen zu Kostenstellengruppen im Krankenhaus zu schaffen.

Die Anschaffungs- und Herstellungskosten eines Anlageguts werden bei der Anschaffung einem Anlagenkonto innerhalb des von der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) vorgegebenen Kontenrahmens zugeordnet. Die dafür vorgesehene Kontenklasse 1 unterscheidet im Wesentlichen Anlagenkonten für Grundstücke, Bauten, Technische Anlagen, Einrichtungen und Ausstattungen sowie die im vorliegenden Zusammenhang unbeachtlichen Anlagen im Bau und immateriellen Vermögensgegenstände (Ausnahme: Lizenzen für Software). Darauf aufbauend gibt das Kalkulationshandbuch für die Zwecke der Investitionskostenkalkulation eine deutlich weitergehende Differenzierung der Anlagenkonten vor, um die verschiedenen Ausstattungsgegenstände im Krankenhaus nach ihrer Art bzw. Funktion unterscheiden und dabei ihre unterschiedliche Nutzungsdauer berücksichtigen zu können. Mit der Kontendifferenzierung wird einerseits das Ziel eines möglichst präzisen Kalkulationsergebnisses unterstützt, andererseits aber auch dem auf Seiten der Krankenhäuser entstehenden Arbeitsaufwand Rechnung getragen. Für die Kalkulation müssen die teilnehmenden Krankenhäuser jedes einzelne Anlagegut einem der vorgegebenen Anlagenkonten zuweisen.

Im Bereich der Kostenstellenrechnung dient die krankenhaushausindividuelle Kostenstellengliederung als Ausgangsbasis. Für die Aufbereitung der Kalkulationsdaten gelten die auf den Vorgaben der KHBV aufbauenden erweiterten Anforderungen an die Kostenstellengliederung entsprechend den Vorgaben für die Kostenkalkulation für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems. Jedes einzelne Anlagegut ist der Kostenstelle seines Einsatzortes zuzuordnen. Gleichzeitig wird jede Kostenstelle mit patientennaher Leistungserbringung einer vorgegebenen Kostenstellengruppe zugeordnet (die Struktur der Kostenstellengruppen entspricht den Vorgaben für die Kostenkalkulation für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems). Zusätzlich ist für die patientenfernen Kostenstellen eine separate Kostenstellengruppe („Basis-Kostenstelle“) definiert.

Die aus der Verknüpfung von Anlagenkonto und Kostenstellengruppe definierten Investitionskostenmodule enthalten die mit dieser Ausstattung verbundenen Investitionskosten und ermöglichen den Bezug zu den an dieser Stelle erbrachten Leistungen.

2.4 Fallbezug und Kostenbewertung je Entgelt

Die an der Kalkulation teilnehmenden Krankenhäuser übermitteln die modulweise aufbereiteten Kalkulationsdaten an das InEK. Die weitere Datenprüfung und -aufbereitung einschließlich der fallbezogenen Kostenzurechnung und der Kostenbewertung je Entgelt als Basis für die Ermittlung der Investitionsbewertungsrelationen erfolgen zentral im InEK.

Die aus den Krankenhäusern übermittelten Anschaffungs- und Herstellungskosten müssen für die weiteren Berechnungsschritte auf die für die jeweilige Ausstattung anzulegende Nutzungsdauer bezogen werden, um so den für ein Jahr zu berücksichtigenden Kostenanteil zu bestimmen. Das InEK legt zu diesem Zweck für jedes Anlagenkonto einheitlich eine Nutzungsdauer fest und berücksichtigt dabei die diesbezüglichen Angaben der Krankenhäuser sowie weitere Quellen (z.B. Afa-Tabellen des Bundesministeriums für Finanzen).

Die für die einzelnen Module von den Krankenhäusern gelieferten periodisierten (d.h. auf ein Jahr bezogenen) Investitionskosten werden modulweise zusammengeführt und den Leistungen gegenübergestellt, für die die jeweilige Modulausstattung bei der Behandlung der Patienten in den betreffenden Krankenhäusern genutzt wurde. Diese Leistungsmenge wird anhand eines für jedes Modul hinterlegten Sets an Leistungsbe-

zeichnen (in erster Linie OPS-Kodes, aber auch andere fallbezogene Parameter wie Beatmungstunden, Aufnahmegewicht oder DRG-Eingruppierung) sowie anhand der Information über den an der Patientenbehandlung beteiligten Leistungsbereich (Kostenstellengruppe) identifiziert. Entsprechende Daten liegen im InEK aus der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG sowie aus den Kostenerhebungen für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems fallbezogen vor. Soweit möglich und sinnvoll, findet bei der Bestimmung der Leistungsmenge das Ausmaß der Inanspruchnahme Berücksichtigung. Dieses kommt bei einigen OPS-Kodes bereits in der Leistungsdefinition zum Ausdruck. Ergänzend bieten sich an geeigneten Stellen die Verweildauertage oder im OP-Bereich die Schnitt-Naht-Zeit als Gewichtungsfaktor an.

Auf der Grundlage dieser Kosten- und Leistungsdaten wird für jedes Modul ein Kostensatz je Leistungseinheit errechnet, der das Ergebnis aus der Division aller für das Modul gelieferten Kosten durch die insgesamt erbrachten Leistungen für diejenigen Fälle darstellt, die aufgrund ihrer Leistungsinformation für das Modul relevant sind. Dieser Berechnung liegen die Kosten- und Leistungsdaten der Krankenhäuser der IBR-Stichprobe zugrunde.

In einem weiteren Schritt sind die Modulkosten allen Fällen zuzurechnen, die aufgrund ihrer Leistungsinformationen für ein bestimmtes Modul relevant sind. Dazu wird diejenige Fallmenge herangezogen, die im jeweiligen Entgeltbereich die Grundlage für die Weiterentwicklung für das betreffende Systemjahr bildeten. Damit beruhen die Ergebnisse aller weiteren Berechnungen auf dem gleichen Falldatenmix, der auch die Basis für die Definition der DRG-Fallgruppen bzw. PEPP-Entgelte bildet. Der aus einem Modul einem bestimmten Fall zuzurechnende Kostenanteil ergibt sich aus der am Fall dokumentierten Ausprägung der für das jeweilige Modul relevanten Leistungsinformation multipliziert mit dem je Modul errechneten Kostensatz. Auf diese Weise erhält jeder Fall anteilige Kosten für diejenigen Teile der Krankenhausausrüstung zugerechnet, die während seiner Behandlung zum Einsatz gekommen sind.

Für jeden Fall liegt ein Entgeltmerkmal vor, das seine Zuordnung zu den im DRG- bzw. PEPP-Entgeltsystem definierten Entgelten kennzeichnet. Anhand des Entgeltmerkmals werden die den Fällen zugerechneten Investitionskosten kumuliert und durch die Fallzahl je Entgelt dividiert. Aus den im Ergebnis vorliegenden mittleren Investitionskosten je Fall errechnet sich unter Bezug auf die je Entgeltbereich bestimmte Bezugsgröße die Investitionsbewertungsrelation je Entgelt.

3 Erhebung von Kostendaten

Die für die Kalkulation benötigten Daten sind gem. § 10 Abs. 2 KHG in einer sachgerechten Auswahl von Krankenhäusern zu erheben. Die Krankenhäuser sind aufgerufen, sich auf freiwilliger Basis an der Datenerhebung zu beteiligen und Daten zu realisierten Investitionsmaßnahmen zu übermitteln.

3.1 Beteiligung

Für die Kalkulation der Investitionskosten für 2017 hatten 54 Krankenhäuser eine Vereinbarung mit dem InEK geschlossen, davon hatten 45 Krankenhäuser während der Datenlieferungsphase zwischen dem 31. Juli und dem 15. September 2016 Kalkulationsdaten an das InEK übermittelt. Die meisten der Krankenhäuser verfügten bereits über Kalkulationserfahrungen aus der Teilnahme an den Kostenkalkulationen zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems (vgl. Tab. 1).

Kalkulationskrankenhäuser	Anzahl 2017	Anzahl Vorjahr
Krankenhäuser mit Vereinbarung	54	53
Krankenhäuser mit Datenlieferung	45	43
davon Teilnehmer DRG-/PEPP-Kalkulation	37	37
davon Teilnehmer nur IBR-Kalkulation	8	6

Tabelle 1: Kalkulationskrankenhäuser der IBR-Datenerhebung für 2017

Tabelle 2 zeigt die regionale Zusammensetzung der Datenerhebung nach dem Bundesland der teilnehmenden Krankenhäuser auf.

Bundesland	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	3
Bayern	3
Berlin	2
Brandenburg	2
Bremen	2
Hamburg	1
Hessen	4
Niedersachsen	3
Nordrhein-Westfalen	16
Rheinland-Pfalz	1
Saarland	1
Sachsen	4
Schleswig-Holstein	3

Tabelle 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Mit 16 Teilnehmern stellt Nordrhein-Westfalen den mit Abstand größten Anteil der Krankenhäuser (ca. 35%). Aus weiteren 12 Bundesländern haben ein bis vier Krankenhäuser Daten geliefert. Aus den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen hat kein Krankenhaus teilgenommen.

Aus Tabelle 3 lässt sich die Anzahl der Krankenhäuser ablesen, die im Rahmen der Datenerhebung Kalkulationsdaten für den DRG- bzw. PEPP-Entgeltbereich übermittelt haben. 13 Teilnehmer haben Daten sowohl für den DRG- als auch den PEPP-Entgeltbereich zur Verfügung gestellt.

Entgeltbereich	Anzahl Krankenhäuser 2017	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr
Datenübermittlung für den DRG-Entgeltbereich	43	41
Datenübermittlung für den PEPP-Entgeltbereich	15	15

Tabelle 3: Krankenhäuser mit Datenlieferung für den DRG- bzw. PEPP-Entgeltbereich

Die folgende Tabelle 4 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebung nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Krankenhäuser in frei-gemeinnütziger und öffentlicher Trägerschaft sind zu annähernd gleich starken Anteilen vertreten. Unter den Teilnehmern in öffentlicher Trägerschaft befinden sich vier Universitätskliniken. Krankenhäuser in privater Trägerschaft haben sich nicht beteiligt.

Trägerschaft	Anzahl Krankenhäuser 2017	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr
Frei-gemeinnützig	21	20
Öffentlich	24	23
davon Universitätskliniken	6	4
Privat	0	0

Tabelle 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

3.2 Umfang der Datenlieferung

Die Einbeziehung von Investitionskosten in die Kalkulation unterliegt bestimmten Voraussetzungen, die die an der Datenerhebung teilnehmenden Krankenhäuser bei der Datenaufbereitung beachten müssen:

- Die Kalkulation der Investitionskosten bezieht sich auf die zum Kalkulationszeitpunkt im Krankenhaus vorhandene Anlagenausstattung. Der Kalkulationszeitpunkt entspricht dem für die Datenerhebung festgelegten Datenjahr (für die Kalkulation für 2017 gilt das Datenjahr 2015).
- Die Kosten müssen mit Investitionsmaßnahmen in Verbindung stehen, die innerhalb des für die Erhebung gültigen Kalkulationszeitraums durchgeführt wurden. Der für die Kalkulation für 2017 gültige Kalkulationszeitraum umfasst die

Jahre 2009 bis 2015. Kosten für ältere Teile der Anlagenausstattung des Krankenhauses dürfen nicht in die Kalkulation einbezogen werden.

- Die Investitionskosten sind modulbezogen aufzubereiten und zu übermitteln. Die durch ein Investitionskostenmodul beschriebene Anlagenausstattung (als Ausschnitt des gesamten Anlagenbestands des Krankenhauses) muss innerhalb des gültigen Kalkulationszeitraums annähernd vollständig neu beschafft worden sein.

Die Kalkulationsteilnehmer übermitteln unter Beachtung der genannten Voraussetzungen die Investitionskosten je Modul an das InEK. Das Kostenvolumen je Modul musste mindestens 5.000 EUR betragen (diese Vorgabe wurde für Module der psychiatrischen Leistungsbereiche ausgesetzt).

Für die Datenübermittlung bereiten die teilnehmenden Krankenhäuser die Kalkulationsdaten in bis zu drei Dateien auf:

- Datei „INV-Kosten“
Die Datei enthält investitionsbezogene Daten, insbesondere die Investitionskosten je Modul,
- Datei „INV-Fallliste“
Die Datei ist für Module mit Kostenauswahl auf der Kostenstellenebene zu erstellen und enthält fallbezogene Daten zur Inanspruchnahme der im Modulwert enthaltenen Anlagegüter,
- Datei „INV-Leistungsbereich“
Krankenhäuser ohne Teilnahme an den Kalkulationen im DRG- bzw. PEPP-Entgeltbereich übermitteln in dieser Datei fallbezogene Angaben zu den an der Behandlung beteiligten Leistungsbereichen.

Neben diesen im Rahmen der IBR-Kostenerhebung abgefragten Daten beruht die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen auf Falldaten (Leistungsdaten), die aus der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zur Verfügung stehen, sowie auf fallbezogenen Kostendaten, die die Krankenhäuser für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Krankenhaus übermitteln (siehe Kap. 5).

3.3 Datenprüfung

Die vom InEK durchgeführten Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen analysieren, ob die aus den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze den formalen Anforderungen genügen und sich auch inhaltlich ein stimmiges Bild aus den einem Modul zugeordneten Kosten und den dazugehörigen Leistungen ergibt.

Die Prüfungen im Zuge der Datenannahme (Fehlerverfahren) stellten sicher, dass die formalen Anforderungen der Datenübermittlung erfüllt sind. Grundlegende Kalkulations- und Dokumentationsfehler (z.B. Gültigkeit der für ein Modul angegebenen Kombination aus Anlagenkonto und Kostenstellengruppe, Übereinstimmung des für einen Fall angegebenen KH-internen Kennzeichens mit den bereits vorliegenden Angaben aus der §-21-Datenlieferung) sowie technische Formatfehler wurden aufgezeigt und dem Kalkulationskrankenhause direkt elektronisch übermittelt. Eine Korrektur dieser Fehler war Voraussetzung für das erfolgreiche Einlesen der Datensätze.

Die inhaltliche Prüfung der Datensätze umfasste zunächst schematisierte Datenprüfungen, die unter Anwendung automatisierter Prüfroutinen auf der Modul- und der Fallebene durchgeführt wurden:

- Prüfungen auf der Modulebene bezogen sich auf die für das Modul übermittelten Kosten, wobei neben der absoluten Kostenhöhe auch der auf Basis der modulrelevanten Leistungen errechnete Kostensatz je Leistungseinheit analysiert wurde,
- Prüfungen auf der Fallebene waren darauf gerichtet, anhand der fallbezogen dokumentierten Leistungsmerkmale einen Zusammenhang zwischen der Modulausstattung und ihrer vom Krankenhaus angezeigten Inanspruchnahme durch den einzelnen Fall zu bestätigen.

Die Datensätze durchliefen auf jeder Prüfebene ein Prüfprogramm, das fest definierte Prüfkriterien vorgab. Die Analyse bezog sich auf das Vorhandensein bzw. Fehlen von Merkmalen und die Plausibilität von Kostenwerten. Für die festzulegenden Grenzwerte, die den plausiblen Wertebereich markieren, lagen nur in begrenztem Umfang Anhaltswerte aus den vergangenen Kalkulationen vor. Die Grenzwerte je Prüfung wurden daher bewusst weit gefasst.

Ergänzend zu dem automatisierten Prüfprogramm erfolgte im Rahmen von Konformitätsprüfungen eine Individualanalyse der übermittelten Datensätze. Aufgrund der bei der Erstkalkulation noch fehlenden Kalkulationshistorie waren die von den Krankenhäusern in der Datei „Informationen zur Kalkulationsgrundlage“ (KGI) mitgeteilten Angaben von großer Bedeutung für die Einschätzung der Plausibilität der übermittelten Daten. Zu den die Kalkulationsbasis beschreibenden Daten zählten u.a.:

- Darstellung der einem einzelnen Modul zugeordneten Anlagegüter nach Art, Menge und AHK (für einzelne Anlagegüter oder Sammelbeschaffungen mit AHK > 5.000 EUR)
- Angabe des Umfangs auszugliedernder Kosten je Modul
- Übersicht über die Gebäudekosten bei Baumaßnahmen
- Verfahren der Umlagerechnung zur Ermittlung anteiliger Gebäudekosten je Kostenstellengruppe
- Darstellung der Gliederung der Basis-Kostenstelle in Funktionsbereiche gem. DIN 13080 und Aufstellung der in die Kalkulation einbezogenen Kosten

Insbesondere die Detailangaben zu den je Modul einbezogenen Anlagegütern ermöglichten eine Gegenüberstellung mit den einheitlichen Zuordnungsvorgaben in Anlage 5 des Kalkulationshandbuchs. Bei Abweichungen oder Zweifelsfällen wurden mit den Kalkulationskrankenhäusern in direktem Kontakt Klärungen herbeigeführt, um durch eine einheitliche Vorgehensweise eine zwischen den Krankenhäusern vergleichbare Datenbasis je Modul zu schaffen. Auch die erforderliche Vollständigkeit der Modulausstattung war ein wesentlicher Aspekt der modulbezogenen Analysen.

Ein besonderes Augenmerk galt auch den Gebäudekosten, die einen bedeutenden Teil der gesamten Investitionskosten eines Krankenhauses ausmachen. Bei in die Kalkulation einbezogenen Baumaßnahmen sind die Gebäudekosten mittels einer Umlagerechnung den das Gebäude nutzenden Leistungsbereichen (Kostenstellengruppen) flächenanteilig zuzurechnen. Die Prüfungen bezogen sich auf die Nachvollziehbarkeit der Umlagerechnung und die Übereinstimmung mit den übermittelten Gebäudekostenwerten.

Mit Hilfe der ergänzenden Informationen aus den Krankenhäusern konnte die Kalkulationsgrundlage je Modul transparent gemacht und so die inhaltlich korrekte Umsetzung fundamentaler Kalkulationsgrundsätze geprüft werden.

Zwischen den Kalkulationskrankenhäusern und dem InEK wurde eine intensive Kommunikation gepflegt. Die Krankenhäuser erhielten einen detaillierten fallbezogenen Bericht über das Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen und ergänzend die Ergebnisse der krankenhausbezogenen bzw. systematischen Konformitätsprüfungen in einem eigenständigen Report. Auf Grundlage der Reporte haben die Krankenhäuser die Kalkulationsdatensätze überarbeitet und erneut an das InEK übermittelt. Mehrheitlich wurden in Absprache mit dem InEK mehrere Korrekturlieferungen bis zum Erreichen der erforderlichen Datenqualität durchgeführt. Alternativ zu einer Korrekturlieferung von Datensätzen konnte das Kalkulationskrankenhaus plausible, krankenhausindividuelle Erklärungen für einzelne Auffälligkeiten übermitteln.

Dabei wurden teilweise Kalkulationsergebnisse erzielt, die keine Abweichung von einem handbuchkonformen Vorgehen erkennen ließen, jedoch zu einem im Vergleich mit den übrigen Krankenhäusern auffälligen Kostensatz je Leistungseinheit führten. Diese Auffälligkeit war häufig auf die krankenhausindividuelle Anlagenauslastung zurückzuführen, die beispielsweise durch regionale Versorgungsstrukturen und daraus bedingte Vorhaltesituationen begründet sein konnte.

Für die Investitionskostenkalkulation lassen sich Maßstäbe zur Einschätzung der Datenqualität, wie z.B. die Festlegung plausibler Wertekorridore, erst aus den im Zeitablauf übermittelten Daten entwickeln. In den Prüfungen auffällige Kalkulationsdatensätze wurden daher nur dann nicht für die Kalkulation verwendet, wenn ihre Einbeziehung in die nachfolgenden Verfahrensschritte sicher erkennbar zu falschen Berechnungsergebnissen geführt hätte. Die herangezogenen Ausschlussgründe und die Anzahl der dadurch nicht in die Kalkulation einbezogenen Modulwerte zeigt Tabelle 5.

Ausschlussgrund	Anz. ausgeschl. Modulwerte
Auffälliger Kostensatz (Abweichung von plausiblen Grenzen > 100 %) mit dominierendem Einfluss auf den mittleren Modulkostensatz	51
Leistungsmenge fehlt oder falsch mit erheblichen Auswirkungen auf die Kostensatzberechnung (fehlerhafte Fallauswahl des KH)	24
Fehlerhafte Kostenübermittlung (Kennzeichnung Miete/AHK)	12
Falsche Kontozuordnung mit daraus folgender falscher Kostenverrechnung (abweichende Nutzungsdauer, Verteilschlüssel)	5

Tabelle 5: Plausibilitätsprüfungen: Ausschlussgründe und Anzahl der ausgeschlossenen Modulwerte

4 Kalkulationsdatenbasis

Die für die IBR-Berechnung benötigten Daten setzen sich aus den auf der Krankenhausebene übermittelten Kosteninformationen (Kostendatensätze) und den fallbezogenen Leistungsdaten (Falldatensätze) zusammen. Die Kostendaten durchlaufen im Zuge der Aufbereitung der Kalkulationsdatenbasis verschiedene Schritte der Bereinigung, Korrektur und Ergänzung und sind anschließend in einen Bezug zu einzelnen Behandlungsfällen zu setzen. Ausgehend von den fallbezogen nach Entgeltbereichen aufbereiteten Investitionskosten werden die Investitionsbewertungsrelationen für die DRG- bzw. PEPP-Entgelte für das betrachtete Systemjahr berechnet.

4.1 Kostendaten

4.1.1 Datenaufbereitung

Die Aufbereitung der von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze beinhaltet verschiedene Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen. Die nachfolgende Abbildung 1 stellt den Prozess der Datenaufbereitung schematisch in der Übersicht dar.

Investitionskosten für Ausbildungsstätten wurden aus der Datenbasis ausgeschlossen, da diese einen separaten Finanzierungsbereich betreffen.

Soweit für die Erstellung zusatzentgeltrelevanter Leistungen eine spezifische Anlagenausstattung erforderlich ist, wurden die dafür übermittelten Investitionskosten in eine separate Datenhaltung überführt. Aus dem Katalog der Zusatzentgelte betraf dies Verfahren bzw. Interventionen mit dem Einsatz von ECMO-Therapieeinheiten, Herzassistenzsystemen und Intraaortaler Ballonpumpe.

Die für die Anlagenausstattung der Dialyseabteilung übermittelten Investitionskosten wurden ebenfalls von der Kalkulationsdatenbasis separiert. Die für die Module der Kostenstellengruppe 3 übermittelten Kosten standen als Basis für die Bewertung der für Dialysen und verwandte Verfahren definierten Zusatzentgelte zur Verfügung. Die Investitionskosten der Dialyseabteilung wurden außerdem in die Bewertung derjenigen DRG-Fallpauschalen einbezogen, bei denen die Dialyse Teil der mit dem Entgelt vergüteten Leistung ist.

Module, die im Zuge der Plausibilitäts- und Konformitätsprüfungen als fehlerhaft erkannt wurden (siehe Kap. 3.3), wurden aus der Kalkulationsdatenbasis ausgeschlossen.

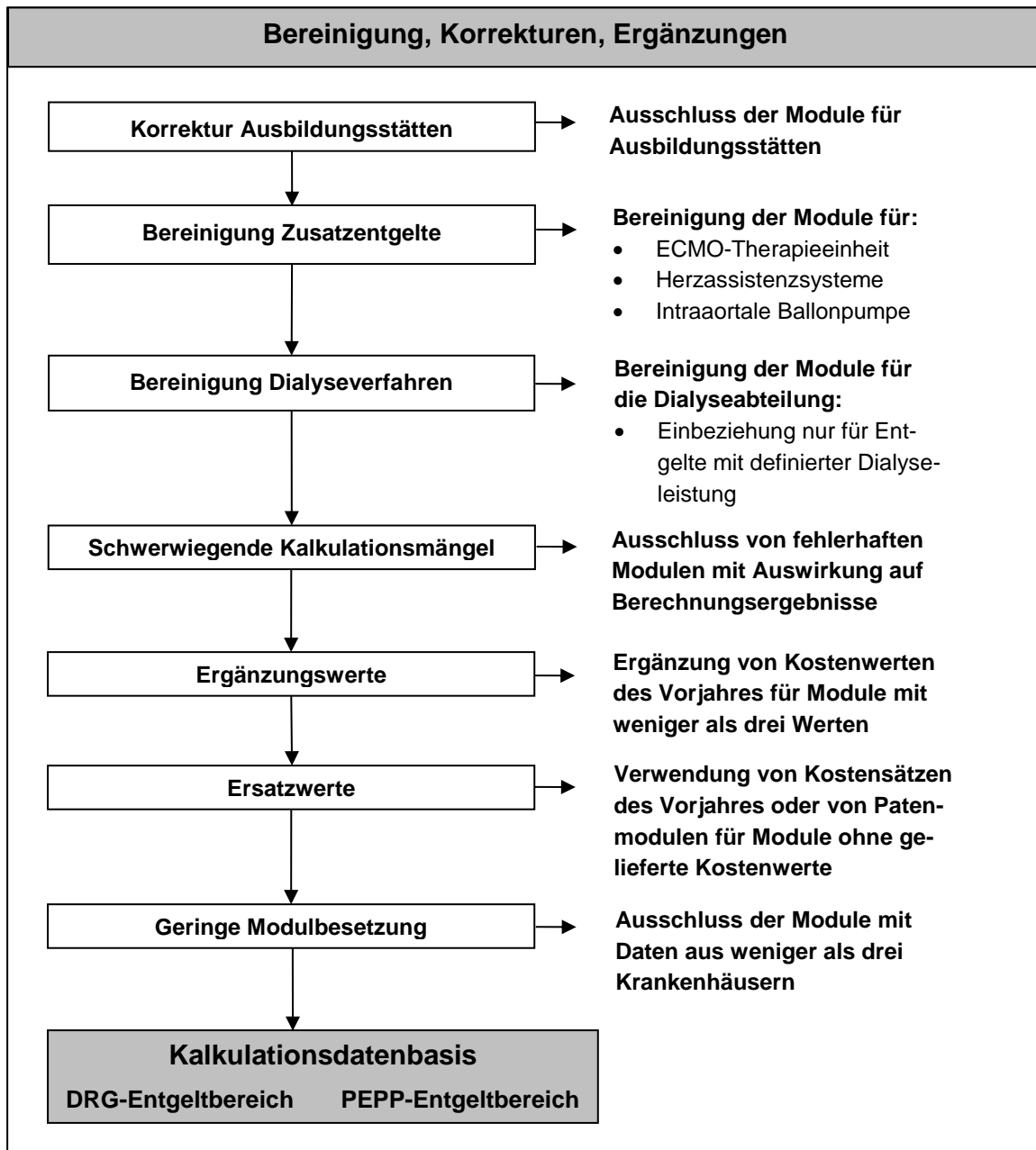


Abbildung 1: Übersicht Prozess – Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

Vereinbarungsgemäß mussten für jedes Kostenmodul Kostenwerte aus mindestens drei Krankenhäusern vorliegen, um einen dominierenden Einfluss eines einzelnen Krankenhauses zu verhindern. Für den Fall, dass für ein Modul keine Kosten übermittelt wurden oder Kostenwerte aus weniger als drei Krankenhäusern vorlagen, konnten der Datenbasis Ergänzungs- oder Ersatzwerte hinzugefügt werden. Voraussetzung dafür war das Vorliegen entsprechender Kostenwerte aus der Kalkulation des Vorjahres oder die Möglichkeit zur Bestimmung eines geeigneten Patentmoduls (für nähere Erläuterungen zu Ergänzungs- und Ersatzwerten siehe Kap. 4.1.2).

Module mit weniger als drei Kostenwerten und ohne verfügbare Ergänzungs- oder Ersatzwerte wurden aus der Kalkulationsdatenbasis ausgeschlossen.

4.1.2 Ergänzungs- und Ersatzwerte

Vereinbarungsgemäß konnten zur Verringerung möglicher Datenlücken der Datenbasis Ergänzungs- oder Ersatzwerte hinzugefügt werden. Dies kam für den Fall in Betracht, dass für ein bestimmtes Modul kein Kostenwert geliefert wurde oder nach abgeschlossenen Plausibilitätsprüfungen weniger als drei akzeptierte Kostenwerte vorlagen. Zur Datenergänzung standen die Daten der zurückliegenden Kalkulationen zur Verfügung.

Ergänzungswerte sind von Krankenhäusern in Vorjahren für dasselbe Modul gelieferte Daten (Kostenwerte und das damit verbundene Leistungsvolumen der Fälle aus Vorjahren). Falls für ein Modul in der aktuellen Datenerhebung nicht mehr als zwei Kostenwerte übermittelt wurden, wurden diese – sofern vorhanden – um die in Vorjahren gelieferten und akzeptierten Daten ergänzt, um einen Datenbestand von mindestens drei Kostenwerten je Modul zu erreichen. Es darf sich dabei jedoch nicht um Vorjahresdaten derselben Krankenhäuser handeln, die auch im Zuge der aktuellen Kostenerhebung Daten übermittelt haben.

Werden bei der aktuellen Datenerhebung für ein Modul keine Daten übermittelt, können **Ersatzwerte** herangezogen werden. Ersatzwerte sind für ein Modul verwendbare Kostensätze

- desselben Moduls aus der Datenerhebung der Vorjahre, sofern entsprechende Daten verfügbar sind,
- eines anderen Moduls mit ähnlicher Ausstattung (Patenmodul), für das in der aktuellen Datenerhebung Kostenwerte vorliegen.

Als Patenmodul wurde nur ein Modul aus demselben Entgeltbereich bestimmt. Das Patenmodul wurde dabei aus dem Kreis der für ein bestimmtes Anlagenkonto definierten Module bestimmt, sofern bei dem als Paten herangezogenen Leistungsbereich eine vergleichbare Anlagenausstattung erwartet werden konnte.

Eine Übersicht über die in die Kalkulationsdatenbasis einbezogenen Ergänzungs- und Ersatzwerte enthalten die Tabellen A-1-1 und A-1-2 im Anhang.

4.1.3 Datenbasis nach Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

Die im Zusammenhang mit der Aufbereitung der Kalkulationsdatenbasis von Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen betroffenen Module zeigt Tabelle 6 in der Übersicht:

Datenaufbereitung	Anzahl Module
Ausbildungsstätten	9
Zusatzentgelte	22
Geringe Modulbesetzung	96
Ergänzungs- und Ersatzwerte	43

Tabelle 6: Module mit Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

Die Angaben in der Spalte „Anzahl Module“ beziehen sich auf die für die Kalkulation für 2017 als gültig definierten Module, für die die Kalkulationskrankenhäuser mindestens einen Kostenwert übermittelt haben (Ausbildungsstätten, Zusatzentgelte) bzw. die für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen benötigten Module (geringe Modulbesetzung, Ergänzungs- und Ersatzwerte).

Nach der Umsetzung der einzelnen Schritte zur Datenaufbereitung muss die Kalkulationsdatenbasis ein vollständiges Bild der gesamten Anlagenausstattung vermitteln, so als handelte es sich um die Anlagenausstattung eines einzigen Krankenhauses. Zur Beurteilung des vorliegenden Datenumfangs und als Grundlage für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen wurde die Datenbasis nach Entgeltbereichen separiert. Einzelheiten zu der je Entgeltbereich vorliegenden Kalkulationsdatenbasis enthält Kapitel 4.3 für den DRG-Entgeltbereich und Kapitel 4.4 für den PEPP-Entgeltbereich.

4.2 Fallmengen

Fälle der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG

Aus der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG liegen fallbezogene Angaben zu sämtlichen in Deutschland voll- oder teilstationär versorgten Patienten vor. Den Umfang dieser Datenlieferung nach erfolgten Fehlerprüfungen in der Datenstelle und vor Durchführung von Datenprüfungen durch das InEK gibt Tabelle 7 wieder.

Kriterium	Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG
Anzahl Krankenhäuser	1.517
Anzahl Fälle	22.080.459

Tabelle 7: Umfang der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG, Datenerhebung 2015 (Stand: 31. Mai 2016)

Sämtliche in Zusammenhang mit den einzelnen Kostenerhebungen (IBR-, DRG-, PEPP-Kalkulation) stehenden Fälle bilden eine Teilmenge der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG. Im Zuge der IBR-Berechnung wurde die Fallmenge der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG zur Berechnung der Bezugsgröße verwendet (siehe Kap. 5.2).

Fälle der IBR-Kalkulation

Den von den Krankenhäusern der IBR-Datenerhebung übermittelten Investitionskosten sind diejenigen Fälle gegenüberzustellen, die während der Behandlung in diesen Krankenhäusern die entsprechende Anlagenausstattung in Anspruch genommen haben. Den Umfang der Kostendaten und die damit verbundene Fallzahl nach Durchführung von Datenprüfungen durch das InEK zeigt Tabelle 8.

Kriterium	IBR-Kalkulation
Anzahl Krankenhäuser	45
Anzahl Modulkostenwerte	1.800
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	1.042.762

Tabelle 8: Umfang der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2015

Die Anzahl der Modulkostenwerte umfasst alle von den Krankenhäusern übermittelten und nach Prüfungen für die IBR-Berechnung akzeptierten Kostenwerte unter Einschluss von Ersatz- und Ergänzungswerten. Die angegebene Fallzahl bezieht sich auf alle für die IBR-Berechnung akzeptierten vollstationären Fälle, die aufgrund ihrer Leistungsmerkmale diese Module während ihrer Behandlung in Anspruch genommen haben. Dabei wurde jeder Fall – unabhängig von der Anzahl der genutzten Module – nur einmal gezählt.

Die Fallmenge der IBR-Stichprobe diene als Grundlage für die Berechnung modulbezogener Kostensätze je Leistungseinheit. Die Kostensätze errechnen sich durch Zusammenfassung der je Modul aus verschiedenen Krankenhäusern gelieferten Kosten und dem kumulierten Leistungsumfang der die jeweiligen Module nutzenden Fälle.

Fälle der DRG- bzw. PEPP-Kalkulation

Für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen diene die Menge der für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems verwendeten Kalkulationsfälle als Ausgangspunkt für die Bewertung mit Investitionskosten. Die aus den Datenlieferungen für das Datenjahr 2015 zur Verfügung stehenden Fallmengen gibt Tabelle 9 wieder.

Kriterium	DRG-Kalkulation	PEPP-Kalkulation
Anzahl Krankenhäuser	245	105
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	3.694.815	262.059

Tabelle 9: Umfang der Datenlieferungen:

Datenstand nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen

Nähere Erläuterungen zur Zusammensetzung der Fallmengen enthalten die Abschlussberichte zur Weiterentwicklung des DRG- bzw. PEPP-Entgeltsystems.

Jedem Fall wurden anhand seiner dokumentierten Leistungsmerkmale und entsprechend dem erkennbaren Leistungsumfang anteilige Investitionskosten der während der Behandlung in Anspruch genommenen Module zugerechnet. Unter Verwendung des Entgeltmerkmals wurden die den Fällen zugerechneten Investitionskosten für eine Fallgruppe kumuliert und bildeten so die Bewertungsbasis für die Bestimmung der Investitionsbewertungsrelationen. Die für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen verwendeten mittleren Fallkosten und die Anzahl der verwendeten Module je Entgelt sind aus der Übersicht in Tabelle A-2 des Anhangs ersichtlich.

4.3 Datenbasis – DRG-Entgeltbereich

4.3.1 Verfügbare Daten

Die Datenbasis für den DRG-Entgeltbereich umfasst alle für die Kalkulation definierten Investitionskostenmodule der Kostenstellengruppen 1 bis 11 sowie die Kostenstellengruppe 30. Die Kostenstellengruppen 1 bis 11 entsprechen der für die Fallkostenkalkulation zur Weiterentwicklung des G-DRG-Systems vorgegebenen Struktur. Die Kostenstellengruppe 30 (Basis-Kostenstelle) wird von den Kalkulationskrankenhäusern für die Investitionskostenkalkulation eingerichtet und fasst die Kostenstellen des patientenfernen Bereichs zusammen. Die für die Kostenstellengruppe 30 übermittelten Daten sind für die IBR-Berechnungen sowohl im DRG- als auch im PEPP-Entgeltbereich relevant.

Für die Kalkulation für 2017 wurde eine Gesamtanzahl von 201 Investitionskostenmodulen benötigt, die die Anlagenausstattung des DRG-Entgeltbereichs im Krankenhaus umfassend beschreiben und die vollständige Kostendatenbasis zur IBR-Berechnung bilden. In dieser Zahl ist bereits die Zusammenführung einzelner Module berücksichtigt, die zur Komprimierung einer durch die KHBV vorgegebenen, für die Investitionskostenkalkulation jedoch nicht benötigten Kontendifferenzierung sowie zur Sicherstellung einer korrekten Kostenzurechnung auf die Fälle bei nicht eindeutigem Leistungsort (z.B. Röntgen im OP / in der Radiologie) vorgenommen wurde.

Den Umfang der für die benötigten 201 Module gelieferten Kostenwerte (Modulbesetzung) zeigt Abbildung 2:

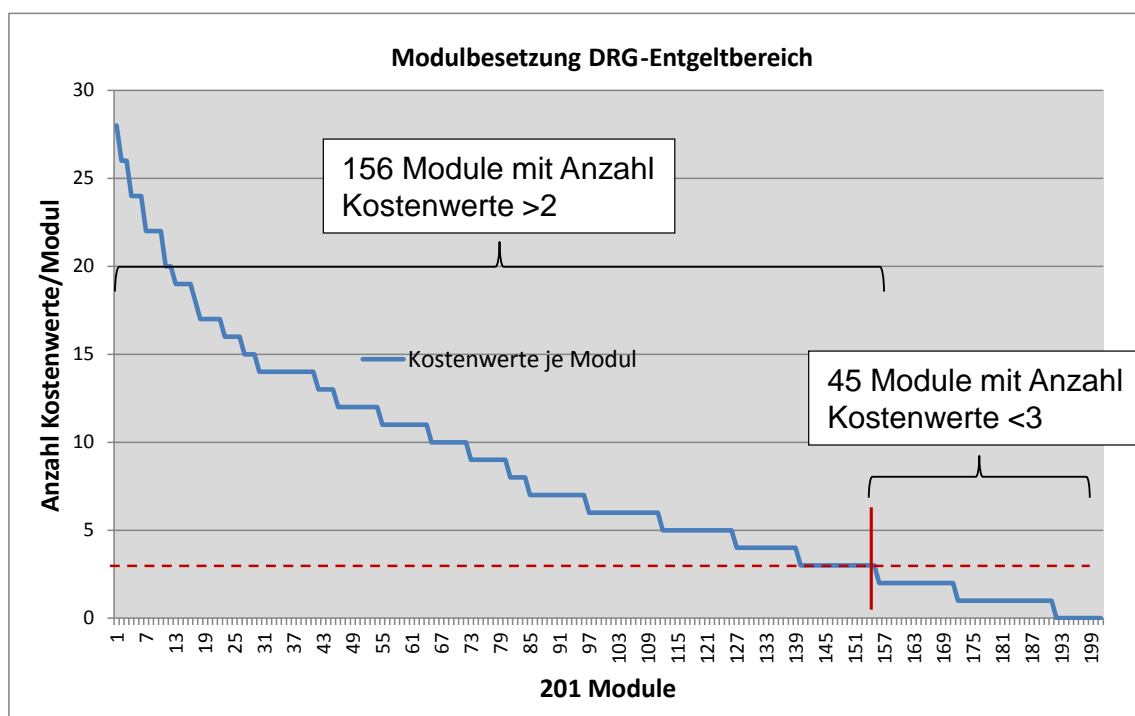


Abbildung 2: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

Für 156 Module wurden drei oder mehr nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte von den Kalkulationskrankenhäusern geliefert. Diese Module konnten unmittelbar für die IBR-Berechnung verwendet werden. Dagegen lagen für 45 Module weni-

ger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 45 Module zeigt Tabelle 10 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	10
Module mit 1 Kostenwert	20
Module mit 2 Kostenwerten	15
Gesamt von 201	45

Tabelle 10: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Module mit weniger als drei akzeptierten Modulwerten

Für die Module mit weniger als drei vorliegenden Kostenwerten wurde die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzkostenwerten geprüft. Im Ergebnis konnte für insgesamt 35 Module von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden (siehe Tabelle 11 sowie Tabellen A-1-1 und A-1-2 im Anhang).

Kostenwert	Verwendet für Anzahl Module
Ergänzungswerte Vorjahre Insgesamt 52 von den KH in Vorjahren gelieferte Kostenwerte	24
Ersatzwerte Vorjahre Modulkostensätze für dasselbe Modul	6
Ersatzwerte Datenjahr Modulkostensätze eines Patenmoduls	5

Tabelle 11: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Verwendung von Ergänzungs- und Ersatzkostenwerten für die Menge der benötigten Module

Eine Gegenüberstellung der für die IBR-Berechnung im DRG-Entgeltbereich benötigten Datenbasis mit den aus der Datenerhebung für die Berechnung verfügbaren Modulen unter Berücksichtigung der geforderten Mindest-Modulbesetzung sowie unter Einschluss von Ergänzungs- und Ersatzwerten zeigt Tabelle 12:

Module	Anzahl
Benötigte Module	201
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	45
zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	35
Für Kalkulation verwendbare Module	191
Saldo: fehlende Module	10

Tabelle 12: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Für die IBR-Berechnung benötigte und verwendbare Module

Für 191 von benötigten 201 Modulen lag eine ausreichende Anzahl von Kostenwerten vor. Diese bildeten zugleich die Datenbasis, die für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen im DRG-Entgeltbereich zur Verfügung stand.

Zu den 191 für die Berechnung verwendeten Modulen zählten auch 13 Module der Basis-Kostenstellengruppe 30, die die Kostenstellen des patientenfernen Bereichs (z.B. Verwaltung, Betriebstechnik) eines Krankenhauses zusammenfasst. Dieser Bereich ist in den einzelnen Krankenhäusern individuell strukturiert und heterogen zusammengesetzt. Da die Investitionen in diesem Bereich einen hohen Umfang erreichen müssten, um die geforderte vollständige Neubeschaffung auf der Modulebene innerhalb des Kalkulationszeitraums zu erreichen, ist eine Übermittlung von Investitionskosten für einzelne Kostenstellen zulässig. Damit ist der mit den vorliegenden Daten beschriebene Umfang der im patientenfernen Bereich vorhandenen Ausstattung jedoch hinsichtlich seines Anteils am Gesamtumfang der Ausstattung in einem gedachten „idealen“ Krankenhaus nicht bestimmbar. Für eine diesbezügliche Aussage wären als Maßstab die Daten von im Bereich der Kostenstellengruppe 30 vollständig neu investierten Krankenhäusern erforderlich. Diese Situation traf jedoch nur auf ein Krankenhaus der IBR-Datenerhebung zu. Eine gesicherte Einschätzung des für die Kostenstellengruppe 30 vorliegenden Datenumfanges ist vor diesem Hintergrund nicht möglich.

Für 10 für die IBR-Berechnung im DRG-Entgeltbereich benötigte Module lagen keine oder eine nicht ausreichende Anzahl an Kostenwerten vor. Einzelheiten zu den betroffenen Modulen und eine Einschätzung hinsichtlich der Bedeutung dieser Datenlücke enthält Kapitel 4.3.2.

4.3.2 Fehlende Daten

Die Krankenhäuser der IBR-Stichprobe bereiten Kostendaten für die innerhalb des gültigen Kalkulationszeitraums vorgenommenen Investitionen auf. Die übermittelten Daten bilden daher in der Regel einen Ausschnitt der gesamten Anlagenausstattung ab. In Abhängigkeit vom Umfang dieser Investitionen und der Anzahl der Krankenhäuser in der Stichprobe kann im Ergebnis der Datenerhebung bei einzelnen Investitionskostenmodulen eine zu geringe Anzahl an Kostenwerten vorliegen oder auch eine Lieferung von Kosten ausbleiben. Die Möglichkeit zur Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzwerten kann eine mögliche Datenlücke zumindest verringern. Für die Kalkulation für 2017 konnte auf die Daten der zurückliegenden Kalkulationen zurückgegriffen werden.

Module, für die keine oder eine nicht ausreichende Anzahl an Kostenwerten vorliegen und für die keine Ergänzungs- oder Ersatzwerte zur Verfügung stehen, können für den damit beschriebenen Teil der Anlagenausstattung im Krankenhaus keinen Bewertungsbeitrag für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen leisten. Sie gehen mit dem Kostenwert 0 in die Berechnungen ein. Ein Modul ohne Kosten wirkt sich bei jedem Entgelt, für das es aufgrund der Inanspruchnahme durch die Fälle Relevanz besitzt, bei der IBR-Berechnung aus. Je nach Art der Ausstattung können einzelne Entgelte aufgrund des unterschiedlichen Anteils der darin mit den fehlenden Modulkosten in Verbindung stehenden Fälle mehr oder weniger stark betroffen sein. Für jedes Modul lässt sich anhand der Anzahl der die betreffende Ausstattung nutzenden Fälle das Ausmaß der Datenlücke näherungsweise einschätzen. Die kostenmäßige Quantifizierung einer Datenlücke bleibt jedoch unmöglich.

Bei der Kalkulation für 2017 konnten für 10 Module keine Kosten in die IBR-Berechnung einbezogen werden, da die Anzahl der gelieferten Kostenwerte nicht ausreichte und

keine geeigneten Ergänzungs- oder Ersatzwerte zur Verfügung standen. Tabelle 13 stellt die betreffenden Module in der Übersicht dar:

KStGr	KStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung	Ausstattung / Fallspektrum
1	Normalstation	7001030	Basis-Ausstattung 15J	Anlagegüter mit einer vom KH festgelegten Nutzungsdauer zw. 10 und 15 Jahren ("Reste"-Konto: Ziel ist die Zuordnung möglichst weniger Anlagegüter), nur sehr geringer Umfang in Frage kommender Ausstattung (z.B. Personenwaage); betrifft grds. alle Fälle eines Leistungsbereichs
2	Intensivstation	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
4	OP-Bereich	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
5	Anästhesie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
6	Kreißaal	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
9	Radiologie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
10	Laboratorien	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
11	Übrige Diag./Ther.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	

Tabelle 13: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Module ohne Kosten für die IBR-Berechnung

Die dem Anlagenkonto „Basis-Ausstattung“ zuzuordnenden Anlagegüter sind nicht als für die Patientenversorgung notwendiger Teil der Ausstattung im Krankenhaus anzusehen, ihr Vorhandensein kann nicht vorausgesetzt werden. Fehlende Kosten für diese Module bedeuten demzufolge keine Bewertungslücke in der IBR-Berechnung. Für die Module des Anlagenkontos 07001030 *Basis-Ausstattung 15J* wurden daher auch keine Ersatz-/Ergänzungswerte herangezogen.

Die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen für den DRG-Entgeltbereich konnte somit auf der Grundlage einer vollständigen Datenbasis erfolgen. Für 95% der benötigten Module lagen Kostendaten vor, die den an die Kalkulationsdatenbasis gestellten Anforderungen entsprachen. Die wenigen Module, auf die dies nicht zutraf, stellen keine Datenlücke im Sinne des Datenmodells dar.

4.4 Datenbasis – PEPP-Entgeltbereich

Die Datenbasis für den PEPP-Entgeltbereich umfasst alle für die Kalkulation definierten Investitionskostenmodule der Kostenstellengruppen 21 bis 26 sowie die Kostenstellengruppe 30. Die Kostenstellengruppen 21 bis 26 entsprechen der für die Kalkulation der Behandlungskosten zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems vorgegebenen Struktur. Die Kostenstellengruppe 30 (Basis-Kostenstelle) wird von den Kalkulationskrankenhäusern für die Investitionskostenkalkulation eingerichtet und fasst die Kostenstellen des patientenfernen Bereichs zusammen. Die für die Kostenstellengruppe 30 übermittelten Daten sind für die IBR-Berechnungen sowohl im DRG- als auch im PEPP-Entgeltbereich relevant.

Für die Kalkulation für 2017 wurde eine Gesamtanzahl von 84 Investitionskostenmodulen benötigt, die die Anlagenausstattung des PEPP-Entgeltbereichs im Krankenhaus umfassend beschreiben und die vollständige Kostendatenbasis zur IBR-Berechnung bilden. In dieser Zahl ist bereits die Zusammenführung einzelner Module berücksichtigt, die zur Komprimierung einer durch die KHBV vorgegebenen, für die Investitionskostenkalkulation jedoch nicht benötigten Kontendifferenzierung vorgenommen wurde.

Den Umfang der für die benötigten 84 Module gelieferten Kostenwerte (Modulbesetzung) zeigt Abbildung 3:

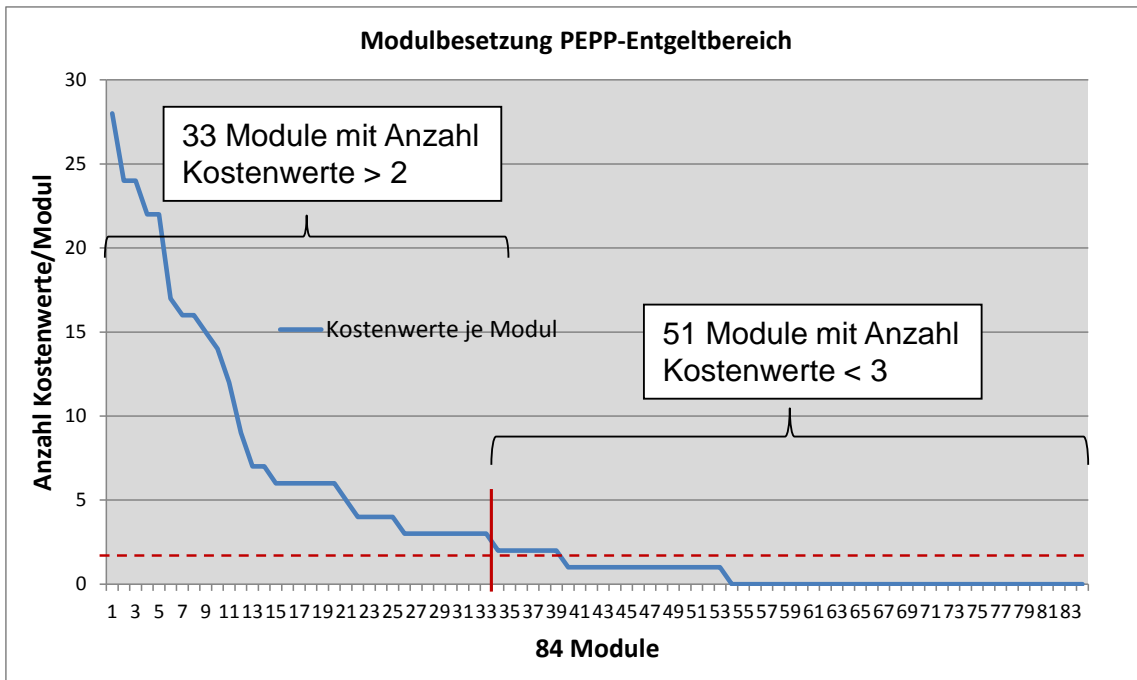


Abbildung 3: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

Für 33 Module wurden drei oder mehr nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte von den Kalkulationskrankenhäusern geliefert. Diese Module konnten unmittelbar für die IBR-Berechnung verwendet werden. Dagegen lagen für 51 Module weniger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 51 Module zeigt Tabelle 14 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	31
Module mit 1 Kostenwert	14
Module mit 2 Kostenwerten	6
Gesamt von 84	51

Tabelle 14: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Module mit weniger als drei akzeptierten Modulwerten

Für die Module mit einer Besetzung von weniger als drei Kostenwerten wurde die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzkostenwerten geprüft. Aus der schmalen Datenbasis der zurückliegenden Kalkulationen standen jedoch kaum geeignete Ergänzungs- oder Ersatzwerte zur Verfügung. Auch ließen sich keine geeigneten Patenmodule aus den zum PEPP-Entgeltbereich zählenden Modulen der aktuellen Datenbasis bestimmen.

Eine Gegenüberstellung der für die IBR-Berechnung im PEPP-Entgeltbereich benötigten Datenbasis mit den aus der Datenerhebung für die Berechnung verfügbaren Modulen unter Berücksichtigung der geforderten Mindest-Modulbesetzung zeigt Tabelle 15:

Module	Anzahl
Benötigte Module	84
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	51
zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	8
Für Kalkulation verwendbare Module	41
Saldo: fehlende Module	43

Tabelle 15: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Für die IBR-Berechnung benötigte und verwendbare Module

Für 33 von benötigten 84 Modulen lag eine ausreichende Anzahl von Kostenwerten vor. Diese bildeten zugleich die Datenbasis, die für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen im PEPP-Entgeltbereich zur Verfügung stand.

Darüber hinaus konnten acht Ergänzungs- bzw. Ersatzwerte herangezogen werden. Weitere Patenmodule ließen sich aus dem Kreis der für den PEPP-Entgeltbereich relevanten Module aufgrund der geringen Beteiligung im Vorjahr nicht bestimmen.

Den 41 für die Kalkulation verwendbaren Modulen aus dem PEPP-Entgeltbereich (darunter 13 Module der Basis-Kostenstellengruppe 30) mit einer ausreichenden Anzahl an Kostenwerten standen nach Abschluss der Datenerhebung 43 Module gegenüber, bei denen der Umfang der übermittelten Kostenwerte nicht den an die Kalkulationsdatenbasis gestellten Anforderungen entsprach. Damit standen lediglich für ca. die Hälfte der im PEPP-Entgeltbereich benötigten Module für die IBR-Berechnung verwendbare Kosten zur Verfügung.

Der unzureichende Umfang der Datenbasis liegt in der geringen Beteiligung von Einrichtungen aus dem PEPP-Entgeltbereich begründet. 15 teilnehmende Einrichtungen übermittelten für 71 benötigte Module (Module der Kostenstellengruppen 21–26, ohne Kostenstellengruppe 30) insgesamt 139 nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte.

Die großen Lücken in der Datenbasis verhinderten letztlich die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des PEPP-Entgeltsystems.

5 Ergebnisse

5.1 Investitionsbewertungsrelationen

5.1.1 Bewertungsrelationen für das G-DRG-System 2017

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des G-DRG-Systems 2017 wurden in einem separaten Katalog differenziert nach vollstationären und teilstationären Entgelten sowie Zusatzentgelten ausgewiesen.

Zur Berechnung der dimensionslosen Bewertungsrelationen ist der arithmetische Kostenmittelwert je Fall und Entgelt durch eine einheitliche, in Euro gemessene Bezugsgröße zu dividieren. Die mittleren Fallkosten je Entgelt resultieren aus den von den Kalkulationskrankenhäusern der IBR-Stichprobe übermittelten Investitionskosten und den für die Fälle der Kalkulationskrankenhäuser der DRG-Stichprobe vorliegenden Leistungsdaten. Zusätzlich liegt mit den Falldaten aus der Datenübermittlung gem. § 21 KHEntgG ein annähernd vollständiges Bild des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland vor.

Der IBR-Katalog für 2017 enthält wie bereits im Vorjahr für jedes Entgelt eine fallbezogene und eine tagesbezogene Bewertungsrelation. Die effektive Bewertungsrelation ist individuell für jeden einzelnen vollstationären Fall wie folgt zu ermitteln:

Addition von einmal Bewertungsrelation/Fall (Katalogspalte 5) und n-mal (n =Anzahl Verweildauertage) Bewertungsrelation/Tag (Katalogspalte 6).

Die Berechnung des fallbezogenen Bewertungsanteils basiert in erster Linie auf den Kosten der Leistungsbereiche der Hauptleistung (OP-Bereich, Anästhesie, Kreißsaal, kardiologische und endoskopische Diagnostik). Für die Berechnung des tagesbezogenen Bewertungsanteils werden in erster Linie die Kosten der stationären Leistungsbereiche herangezogen.

Analog zum Verfahren der Berechnung der Bewertungsrelationen für das G-DRG-System wurde zur Kompensation abweichender Häufigkeitsverteilungen der DRGs in den betrachteten Fallgesamtheiten die Bezugsgröße zur Ableitung der Investitionsbewertungsrelationen auf Basis der tatsächlichen in den Daten gem. § 21 KHEntgG vorliegenden Fallzahl bestimmt. Das Verfahren zur Bestimmung der Bezugsgröße wird in Kapitel 5.2 erläutert.

Unter Verwendung der Bezugsgröße und des arithmetischen Kostenmittelwerts je DRG wurde eine Bewertungsrelation berechnet, die für die Versorgung in Hauptabteilungen und Belegabteilungen gleichermaßen Gültigkeit besitzt. Zusätzlich wurde auch für diejenigen Fallgruppen eine Investitionsbewertungsrelation berechnet, die als unbewertete Fallpauschalen im DRG-Entgeltkatalog in Anlage 3a (vollstationäre Versorgung) bzw. in Anlage 3b (teilstationäre Versorgung) aufgeführt sind.

5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im G-DRG-System 2017

Von den im G-DRG-System 2017 definierten Zusatzentgelten (ZE) kamen für die Berechnung einer Investitionsbewertungsrelation diejenigen Leistungen in Frage, deren Erbringung den Einsatz spezieller Anlagenausstattung erfordert. Dazu zählen Dialyseleistungen und verwandte Verfahren sowie Leistungen unter Einsatz von Herzassistenzsystemen („Kunstherz“), einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) und Verfahren der Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO).

Nach eingehender Prüfung der vorliegenden Daten wurden für Dialysen und verwandte Verfahren, die als Zusatzentgelt in Anlage 2 zum DRG-Fallpauschalen-Katalog aufgeführt sind, ZE-bezogene Investitionsbewertungsrelationen berechnet. Analog zur Vorgehensweise bei der Berechnung für die Zusatzentgelte des DRG-Katalogs dienten die für die Kostenstellengruppe 3 (Dialyseabteilung) übermittelten Investitionskosten als Grundlage der Berechnung. Obwohl für einzelne Module weniger als die Mindestanzahl von drei Kostenwerten vorlagen, wurde die vorhandene Datenbasis aufgrund der Bedeutung der Dialyseleistungen für das DRG-Entgeltsystem für die Berechnung von ZE-bezogenen Investitionsbewertungsrelationen verwendet. Für die Bewertung der Leistung *Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)* wurden die Kosten von Modul 3_7005010, dem die Dialysemaschinen zugeordnet sind, nicht berücksichtigt, da bei diesem Verfahren keine Dialysemaschinen zum Einsatz kommen.

Wie im Vorjahr konnten im IBR-Katalog für das Jahr 2017 auch die Zusatzentgelte mit Leistungen unter Einsatz einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) und von Verfahren der Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO) bewertet werden.

5.2 IBR-Bezugsgröße

Die Bezugsgröße zur Ableitung der Investitionsbewertungsrelationen ist für den DRG- und den PEPP-Entgeltbereich jeweils separat zu bestimmen. Aufgrund der Datenlage wurde lediglich die für den DRG-Entgeltbereich zu verwendende Bezugsgröße berechnet.

Die den Berechnungen zugrunde gelegte Fallmenge aus der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG umfasste die vollstationären Fälle in Haupt- und Belegabteilungen sowie die vollstationären Fälle der unbewerteten DRGs der Anlage 3a zum DRG-Fallpauschalen-Katalog. Nicht einbezogen wurden teilstationäre Fälle, rein vorstationäre Fälle sowie Begleitpersonen.

Die Investitionsbewertungsrelationen für den DRG-Entgeltbereich wurden so normiert, dass die durchschnittliche fallbezogene Bewertungsrelation in Deutschland bei 1,0 liegt.

Für die Bestimmung der für diese Normierung erforderlichen Bezugsgröße wurde die Bewertung der einzelnen Fälle (Fallmenge der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG) aufsummiert. Die Bezugsgröße für die Normierung wurde so bestimmt, dass die folgende Bedingung für die Gesamtheit der vollstationären Fälle im DRG-Entgeltbereich erfüllt ist:

$$\begin{aligned} \text{Summe der Bewertungsrelationen} &= \text{Fallzahl der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG} \\ &\text{bzw. Summe der Bewertungsrelationen} / \text{Fallzahl} = 1,0 \end{aligned}$$

Auf dieser Grundlage beträgt für das Jahr 2017 die für den DRG-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall 322,93 € (Vorjahr: 318,78 €).

Die berechnete Bezugsgröße liegt der Bestimmung sowohl der fall- als auch der tagesbezogenen Bewertungsrelation je Entgelt zugrunde.

Die moderate Veränderung der Bezugsgröße spiegelt Einflüsse wider, die auf die für die Berechnung verwendete Datenbasis wirken. Dazu zählen die in den Krankenhäusern der IBR-Stichprobe vorliegenden Kosten-/Leistungsrelationen in den einzelnen

Modulen. In der Datenbasis für 2017 sind für einzelne Module mit besonders hohem Leistungsvolumen (insbesondere Ausstattungen im Bereich Basis-Kostenstelle) teilweise deutlich veränderte Kostensätze zum Vorjahr zu verzeichnen. Zudem war bei einzelnen Modulen eine weitreichende Veränderung in der Stichprobenszusammensetzung festzustellen. Ein weiterer Einfluss resultiert aus der Fallmengendynamik in den Krankenhäusern, deren Daten die Basis für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bilden. Hier hat sich die Fallmenge im Vergleich zum Vorjahr um ca. 2% verringert.

6 Weiterentwicklung

Mit den Investitionsbewertungsrelationen steht ein Instrument zur Verfügung, das den Umfang der Investitionsförderung unmittelbar mit dem stationären Leistungsgeschehen im Krankenhaus verknüpft. Im Zuge der Entwicklung der Methodik, während der Vorbereitung und Durchführung der Datenerhebung und schließlich bei der Berechnung der Ergebnisse wurde von den Beteiligten teilweise Neuland betreten. Mit dem vorliegenden Ergebnis gilt es nun, Erfahrungen in der Anwendung zu sammeln und daraus Erkenntnisse für eine konstruktive Weiterentwicklung der Investitionsbewertungsrelationen zu gewinnen. Im diesjährigen Verfahren erkennbare Ansatzpunkte für die künftige Weiterentwicklung, die besondere Aufmerksamkeit verdienen, werden im Folgenden angesprochen.

Beteiligung an der Datenerhebung

Die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen erfordert valide und aktuelle Kosteninformationen zu den von den Krankenhäusern realisierten Investitionsmaßnahmen. Die von den Teilnehmern an der IBR-Kalkulation freiwillig übermittelten Investitionskosten bildeten dafür die entscheidende Grundlage. Die Datenlieferungen der 45 Kalkulationskrankenhäuser führten für den DRG-Entgeltbereich zu einer vollständigen Kalkulationsdatenbasis, während die für den PEPP-Entgeltbereich übermittelte Datenbasis für die IBR-Berechnung nicht ausreichte.

Für die Zukunft ist eine deutlich stärkere Beteiligung der Krankenhäuser an der Datenerhebung sehr zu wünschen. Eine breitere Datenbasis würde im PEPP-Entgeltbereich die IBR-Berechnung überhaupt erst ermöglichen und im DRG-Entgeltbereich die Berechnungen auf eine noch tragfähigere Grundlage stellen. Insbesondere Krankenhäuser, die Kostendaten zu umfangreichen Investitionsmaßnahmen zur Verfügung stellen können, sind als Kalkulationsteilnehmer geeignet. Einen besonders wichtigen Beitrag für die Kalkulation – nicht zuletzt mit Blick auf die für die Basis-Kostenstellengruppe 30 benötigten Daten – können Krankenhäuser leisten, die vollständig neu errichtet wurden. Im DRG-Entgeltbereich verweisen Module mit einer geringen Anzahl an gelieferten Kostenwerten (Module mit Verwendung von Ergänzungs- und Ersatzwerten bzw. ohne gelieferte Kosten) auf Ausstattungsbereiche, für die gezielt Daten weiterer Kalkulationsteilnehmer gewonnen werden sollten.

Datenaufbereitung

Die modulare Kostengliederung stellt einen vordefinierten, standardisierten Rahmen für die Aufbereitung der Kalkulationsdatenbasis dar. Die Struktur der Investitionskostenmodule ist vor dem Hintergrund der übermittelten Kalkulationsergebnisse regelmäßig auf ihre Eignung zur Abbildung der in den Krankenhäusern eingesetzten Anlagenausstattung zu prüfen. Mit Blick auf die tatsächlichen Verhältnisse in den Krankenhäusern und mögliche Entwicklungen in der Betriebs-, Medizin- und Informationstechnik kann dies sowohl die Streichung bestehender als auch die Definition neuer Module bedeuten. Dabei ist zwischen der Komplexität der Kalkulationsanforderungen und einem möglichst präzisen Kalkulationsergebnis abzuwägen.

Die den Kalkulationsteilnehmern vom InEK zur Verfügung gestellten Unterlagen für die Aufbereitung der Investitionskosten (insbesondere die Erläuterungen zur Kontozuordnung der Anlagegüter gem. Anlage 5 des Kalkulationshandbuchs) werden regelmäßig dem erweiterten Kenntnisstand angepasst und unterstützen damit die Aufbereitung einer unter den Kalkulationskrankenhäusern vergleichbaren Datenbasis.

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1-1:

Module mit Verwendung von Ergänzungswerten aus Datenerhebungen der Vorjahre

Tabelle A-1-2:

Module mit Verwendung von Ersatzwerten (aus Datenerhebungen der Vorjahre/eines Patenmoduls des Datenjahres)

Tabelle A-2:

Darstellung der mittleren Fallkosten und der Anzahl getroffener Module, deren Kosten der IBR-Berechnung zugrunde liegen, je DRG

Tabelle A-1-1:

Module mit Verwendung von Ergänzungswerten aus Datenerhebungen der Vorjahre (einschließlich ZE-relevanter Module)

KStGr	Module			Anzahl Kostenwerte	Herkunft Datenjahr
	KStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung		
1	Normalstation	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	3	2013
2	Intensivstation	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2	2014
3	Dialyseabteilung	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	1	2013
3	Dialyseabteilung	7001020	Basis 10J	1	2013
3	Dialyseabteilung	7002010	Med. Stationsausst.	1	2012
3	Dialyseabteilung	7002040	Patientenmonitoring	1	2012
3	Dialyseabteilung	9020000	Software (fremd)	2	2012
4	OP-Bereich	7001020	Basis 10J	1	2014
4	OP-Bereich	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	1	2014
4	OP-Bereich	7006110	Spezial-MT Zahnheilkunde	1	2013
5	Anästhesie	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	1	2013
5	Anästhesie	7001020	Basis 10J	2	2014
6	Kreißaal	7001010	Basis 5J	2	2012, 2013
6	Kreißaal	7001020	Basis 10J	2	2012, 2013
6	Kreißaal	7001050	DV-PC/Endgeräte	2	2013
6	Kreißaal	7002010	Med. Stationsausst.	2	2013
6	Kreißaal	7002030	Infusionspumpen	1	2014
6	Kreißaal	7002040	Patientenmonitoring	2	2014
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	2	2013, 2014
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	3	2014
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001020	Basis 10J	6	2013
8	Endoskop. Diag./Ther.	7011030	Angiographiegerät	1	2014
9	Radiologie	7002030	Infusionspumpen	2	2014
10	Laboratorien	7012030	Laboraausst. Spezialgeräte	4	2014
11	Übrige Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	3	2014
11	Übrige Diag./Ther.	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	2	2012
11	Übrige Diag./Ther.	7006090	Spezial-MT HNO	4	2014
30	Basis-Kostenstelle	6300000	Techn. Anl. Außenanlagen	2	2014
30	Basis-Kostenstelle	7002020	Patientenbetten/-liegen	1	2014

Tabelle A-1-2:

Module mit Verwendung von Ersatzwerten aus Datenerhebungen der Vorjahre/eines Patenmoduls des Datenjahres (einschließlich ZE-relevanter Module)

KStGr	Module			Herkunft Datenerhebung	Herkunft Modul	Bemerkung
	KStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung			
2	Intensivstation	7004040	Intraaortale Ballonpumpe	Datenjahr 2015	2_7004040	Ersatzwert als gemittelter Kostensatz zu den Modulen für Kto 7004040
4	OP-Bereich	7004040	Intraaortale Ballonpumpe	Datenjahr 2015	4_7004040	Ersatzwert als gemittelter Kostensatz zu den Modulen für Kto 7004040
6	Kreißaal	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	Patenmodul
6	Kreißaal	7002020	Patientenbetten/-liegen	Datenjahr 2015	8_7002020	Patenmodul
7	Kardiolog. Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	Patenmodul
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001020	Basis 10J	Datenjahr 2012	7_7001020	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002020	Patientenbetten/-liegen	Datenjahr 2014	8_7002020	Patenmodul
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	Datenjahr 2015	8_7002070	Patenmodul
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7004040	Intraaortale Ballonpumpe	Datenjahr 2015	7_7004040	Ersatzwert als gemittelter Kostensatz zu den Modulen für Kto 7004040
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7006040	OP-Besteck	Datenjahr 2012	7_7006040	
8	Endoskop. Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	Patenmodul
8	Endoskop. Diag./Ther.	7002030	Infusionspumpen	Datenjahr 2013	8_7002030	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7006040	OP-Besteck	Datenjahr 2012	7_7006040	Patenmodul
9	Radiologie	7011060	Nuklearmed. SPECT	Datenjahr 2014	9_7011060	

Tabelle A-2:

Darstellung der mittleren Fallkosten und der Anzahl getroffener Module, deren Kosten der IBR-Berechnung zugrunde liegen, je DRG

DRG	Bezeichnung	Un-bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation		4.338	167	6,428	0,120
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre		2.285	163	3,805	0,080
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre		1.791	166	2,996	0,074
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas		1.656	140	3,203	0,081
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden		3.764	161	5,516	0,143
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden		1.840	164	3,569	0,076
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allo-gen, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x				
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allo-gen, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost		5.673	144	3,796	0,147
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allo-gen, < 16 J., od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost, od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.		4.042	165	2,093	0,150
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allo-gen, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		3.201	172	1,749	0,157
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allo-gen, außer bei Plasmozytom		2.762	168	1,562	0,166
A04F	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allo-gen, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, Alter > 15 Jahre		2.019	137	0,668	0,172
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte		6.161	167	7,061	0,099
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte		3.728	163	4,755	0,077
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff		11.679	172	10,207	0,193
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte		11.069	168	9,333	0,185

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte		8.996	169	6,599	0,195
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.		7.649	172	8,341	0,165
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. ECMO ab 384 Stunden od. mit Polytrauma od. Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte		6.510	172	5,936	0,179
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2484 Punkte		5.595	172	4,668	0,185
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1656 / - und < 2353 / 1933 / 2485 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		5.511	162	4,077	0,178
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1656 / - Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		4.984	163	3,416	0,181
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - P. oder mit sehr kompl. Eingr. und IntK > - / 2208 / - P.		5.161	173	5,940	0,144
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre		4.159	174	4,623	0,164
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre		3.524	174	3,528	0,168
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte		3.376	166	2,633	0,172
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur		2.974	168	2,416	0,176

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur		2.813	166	2,190	0,179
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre		4.057	171	4,794	0,115
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung		3.179	168	4,338	0,127
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte., mit kompl. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder kompliz. Konst., od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.		2.579	174	3,094	0,148
A11D	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre		2.453	166	3,171	0,132
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte		2.133	187	2,347	0,160
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre		2.076	172	2,020	0,147
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder schwerste CC		1.731	159	1,477	0,149
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, mit äußerst schweren CC		1.919	164	1,408	0,146
A11I	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, ohne äußerst schwere CC		1.581	164	1,228	0,165
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingr. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / 1656 P. od. mit kompl. OR-Proz. u. int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. od. b. Lymphom und Leukämie, m. kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 J.		2.272	172	3,177	0,109

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.		2.128	174	3,670	0,106
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation		1.939	184	2,568	0,104
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkompl. od. sehr kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konst., ohne Eingr. bei angeb. Fehlbild. od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 828 / - P.		1.627	174	2,371	0,116
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre		1.402	187	1,625	0,117
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte		1.058	168	1,090	0,144
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC		1.011	169	0,959	0,124
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne auß. schw. CC		869	171	0,786	0,148
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x				
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder Stammzellboost oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.437	141	0,455	0,136
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost oder IntK > 392 / 368 / 368 Punkte		778	165	0,439	0,082
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost		612	162	0,322	0,077
A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas	x				
A16B	Injektion von Pankreasgewebe	x				
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation oder schwerste CC		1.399	165	2,187	0,079

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC		1.008	159	1,670	0,083
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion		11.481	167	12,469	0,175
A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung	x				
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen		3.402	186	3,305	0,145
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen		1.880	186	2,048	0,109
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen		1.627	174	1,642	0,101
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre		487	162	0,366	0,068
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre		356	137	0,353	0,086
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC		196	160	0,228	0,069
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	x				
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation		572	170	0,683	0,066
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre		207	156	0,292	0,071
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre		257	166	0,348	0,067
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag		118	157	0,234	0,131
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC		717	159	0,514	0,096
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC		204	163	0,227	0,124
A62Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Herztransplantation		729	160	0,988	0,074
A63Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation		584	159	0,933	0,067
A64Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation		544	166	0,891	0,065
A66Z	Evaluiierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation		230	163	0,459	0,074
A69Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste		539	166	0,819	0,068
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter < 18 Jahre		1.870	143	3,603	0,087

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter > 17 Jahre		1.858	172	3,942	0,074
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung oder mit schwersten CC, oder mit bestimmtem kompl. Eingriff bei Neubildung oder int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P., Alter < 6 J. oder mit schwersten CC		4.395	168	10,375	0,074
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder mit bestimmtem komplexen Eingriff bei Neubildung oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		2.178	167	4,433	0,087
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mit bestimmtem komplexen Eingriff außer bei Neubildung oder Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmten komplizierenden Faktoren		1.438	174	3,352	0,079
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren		800	170	1,397	0,087
B03Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit intraoperativem Monitoring od. Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit auß. schw. CC		922	172	1,826	0,069
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC		800	158	1,365	0,090
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC		888	162	1,553	0,077
B04C	Bestimmte interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		412	162	0,901	0,082
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte interventionelle Eingriffe		508	169	1,058	0,082
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom		134	157	0,286	0,084
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose		983	171	1,509	0,072
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel		394	167	0,776	0,069
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur		1.717	165	1,858	0,070
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen		713	163	1,125	0,078
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	x				
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		3.611	170	9,707	0,061
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen		2.033	162	5,675	0,063
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 11 Bestrahlungen		980	167	2,605	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplizierender Diagnose oder Implantation Ereignis-Rekorder		575	163	1,020	0,086
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Implantation Ereignis-Rekorder, mit komplexem Eingriff		416	158	0,982	0,069
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neurop., oh. kompl. Diagn., oh. Impl. Ereign.-Rek., ohne kompl. Eingr., Alt. < 19 J. od. schw. CC, Alt. > 15 J.		483	164	0,786	0,069
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne Impl. Ereign.-Rek., ohne schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.		316	171	0,654	0,068
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne äuß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.		213	160	0,480	0,076
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie		496	168	0,990	0,068
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre		942	126	2,201	0,080
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, mit intraop. neurophysiol. Monitoring oder komplexer Diagnose oder best. Gefäßinterventionen oder Bohrlochtrepanation mit äußerst schweren CC		1.233	173	2,981	0,077
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff		544	147	1,145	0,078
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, ohne intraop. neurophysiol. Monitoring, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Gefäßinterventionen, ohne Bohrlochtrepanation oder ohne äuß. schwere CC		688	165	1,336	0,076
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigemineuralgie		696	168	1,449	0,075
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigemineuralgie		580	165	1,090	0,076
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation		1.989	120	5,228	0,067
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation		233	118	0,421	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		2.932	166	3,201	0,156
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate		1.922	171	2,432	0,119
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.072	165	1,740	0,083
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Eingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte		807	172	1,378	0,085
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		725	169	1,308	0,081
B42A	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder fachübergreifende u. andere Frührehabilitation mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		789	158	0,671	0,074
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		578	163	0,365	0,066
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	x	1.462	162	0,762	0,069
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		853	163	0,648	0,074
B44B	Geriatrische frührehab. Komplexbehandlung bei Krankh. u. Stör. d. Nervensyst. m. schw. mot. Funktionseinschr., mit and. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls od. oh. schw. mot. Funktionseinschr., m. neurolog. Komplexbeh. d. akuten Schlaganfalls		792	165	0,613	0,075
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung oder ohne schwere mot. Funktionseinschränkung, mit anderer neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls		536	167	0,335	0,061
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		470	168	0,299	0,060
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.153	162	0,892	0,111

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch- psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	x	350	122	0,235	0,058
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage		402	157	0,257	0,059
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage		295	157	0,245	0,060
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neuro- logischen Erkrankungen		450	109	0,316	0,057
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	x	454	165	0,325	0,059
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Be- legungstag		325	161	0,480	0,067
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag		136	134	0,332	0,090
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rük- kenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Bele- gungstage, wegverlegt		959	166	2,163	0,098
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rük- kenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Bele- gungstage oder nicht wegverlegt	x	1.285	174	1,572	0,067
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion		262	166	0,371	0,067
B64Z	Delirium		240	164	0,328	0,072
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit kompli- zierender Konstellation		511	125	0,490	0,075
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizie- rende Konstellation		418	163	0,480	0,066
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		194	125	0,326	0,106
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		257	170	0,445	0,071
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung		355	165	0,311	0,061
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwers- te Beeinträchtigung		289	165	0,319	0,063
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schwe- ren CC, mehr als ein Belegungstag		454	140	0,419	0,063
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		266	139	0,545	0,070
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit kom- plexer Diagnose		318	159	0,568	0,067
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne kom- plexe Diagnose		271	164	0,417	0,063
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden		420	166	0,596	0,116

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC		481	157	0,587	0,085
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne auß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit auß. schw. CC		363	164	0,582	0,109
B69D	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne äußerst schwere CC		256	163	0,455	0,082
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose		570	180	0,675	0,090
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 /- Aufwandspunkte		494	168	0,648	0,095
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.		460	164	0,615	0,095
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.		433	166	0,625	0,093
B70E	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse		420	168	0,550	0,079
B70F	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse		335	169	0,488	0,071
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		323	155	0,492	0,206
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		256	140	0,397	0,166
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag		186	162	0,422	0,155
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC		641	157	0,607	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B71B	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung der Hand oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, bei Para- / Tetraplegie		372	160	0,379	0,065
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven u. periph. Nerven ohne Komplexb. d. Hand od. m. kompl. Diagnose, ohne schw. CC od. außer b. Para- / Tetraplegie od. ohne kompl. Diagn., m. äuß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.		303	166	0,401	0,067
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie		215	183	0,347	0,069
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre		280	141	0,378	0,070
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag		427	166	0,629	0,069
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		252	160	0,365	0,067
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		933	158	0,625	0,071
B75Z	Fieberkrämpfe		151	162	0,264	0,089
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	x	350	162	0,366	0,065
B76B	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter < 3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose		426	163	0,476	0,081
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit auß. schweren CC, ohne kompl. Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagnose, mit angeb. Fehlbildung		418	166	0,470	0,076
B76D	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG oder bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr		253	91	0,301	0,071
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre		270	166	0,393	0,075
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose		211	161	0,309	0,087
B76G	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose		199	181	0,331	0,085
B77Z	Kopfschmerzen		195	176	0,392	0,083
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose		346	167	0,474	0,086
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose		276	169	0,404	0,086

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor		204	168	0,308	0,110
B80Z	Andere Kopfverletzungen		123	177	0,216	0,087
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung		392	160	0,638	0,079
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung		243	185	0,421	0,071
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven		159	171	0,283	0,081
B84Z	Vaskuläre Myelopathien		456	156	0,776	0,070
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose		487	163	0,510	0,069
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose		367	178	0,423	0,070
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen		254	166	0,365	0,067
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose		226	168	0,356	0,070
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet		314	157	0,536	0,069
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen		504	138	1,079	0,065
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen		284	162	0,516	0,063
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung		692	152	1,640	0,065
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung		410	144	0,873	0,065
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates		340	162	0,758	0,065
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder bei bösartiger Neubildung des Auges		289	163	0,629	0,066
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, außer bei bösartiger Neubildung des Auges		252	161	0,529	0,066
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre		395	141	0,782	0,060
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre		339	156	0,665	0,060
C05Z	Dakryozystorhinostomie		235	159	0,518	0,070
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom		267	155	0,499	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE)		198	137	0,425	0,069
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE)		193	160	0,363	0,066
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extradktion der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse		203	118	0,463	0,073
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse		158	159	0,350	0,078
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand		205	100	0,511	0,084
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre		185	115	0,464	0,088
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre		188	140	0,467	0,087
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider		280	164	0,609	0,065
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen		193	145	0,430	0,071
C14Z	Andere Eingriffe am Auge		186	163	0,388	0,070
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina		242	159	0,535	0,069
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre		254	119	0,600	0,071
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen		221	125	0,518	0,081
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen		194	164	0,426	0,071
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen		199	161	0,224	0,061
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges		283	166	0,561	0,071
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen		145	159	0,259	0,072
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges		197	164	0,378	0,072
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides		112	139	0,215	0,079
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges		176	165	0,319	0,076
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus		206	140	0,324	0,065
D01A	Kochleaimplantation, bilateral	x	668	120	1,697	0,070
D01B	Kochleaimplantation, unilateral		470	163	1,108	0,069
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		2.065	171	4,715	0,071
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		1.061	161	2,285	0,071
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr		416	143	0,892	0,066
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter > 0 Jahre		452	143	1,043	0,064
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen		685	163	1,647	0,072
D05A	Komplexe Parotidektomie		628	143	1,579	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien		404	162	0,953	0,066
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins		392	144	0,863	0,069
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose, ohne Resektion des Felsenbeins		356	167	0,783	0,067
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose		320	168	0,737	0,068
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		704	148	1,330	0,068
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		296	163	0,620	0,069
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC		485	169	0,892	0,071
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		562	168	1,321	0,068
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		261	170	0,552	0,069
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose		231	146	0,534	0,078
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose		175	181	0,369	0,075
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese		851	164	1,226	0,069
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC		696	166	1,244	0,068
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht		241	142	0,577	0,073
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.954	169	10,537	0,059
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen		1.599	167	4,463	0,063
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 11 Bestrahlungen		863	166	2,373	0,069
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik		343	159	0,759	0,063
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik		219	164	0,461	0,070
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	x	422	120	1,025	0,069
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC		1.718	168	3,669	0,070
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff		921	168	2,045	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff		2.724	169	6,501	0,066
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		608	166	1,307	0,066
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		644	164	1,081	0,068
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		382	167	0,793	0,065
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen		399	168	0,909	0,067
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung		314	165	0,676	0,067
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Ingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Ingr. od. Ingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.		297	172	0,666	0,070
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals außer kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose		201	168	0,353	0,063
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals ohne äußerst schwere CC		171	166	0,373	0,082
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses		1.608	164	3,259	0,067
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen und Tonsillen bei bösartiger Neubildung		388	147	0,875	0,067
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen		353	143	0,838	0,070
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spaltnase oder plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		588	119	1,460	0,062
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		383	160	0,919	0,066
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen		252	159	0,547	0,067
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase		162	141	0,333	0,075
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung		210	162	0,478	0,075
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie		412	163	0,698	0,069
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie		303	167	0,379	0,063
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		244	172	0,536	0,073
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus		218	163	0,370	0,071
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus		196	179	0,342	0,075

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre		147	180	0,229	0,072
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre		115	161	0,168	0,074
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis		94	140	0,157	0,077
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase		154	162	0,294	0,082
D66Z	Anderen Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals		171	168	0,304	0,074
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle		182	168	0,345	0,073
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose		1.467	169	2,503	0,072
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		914	166	1,817	0,074
E02A	Anderen OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre		426	162	0,623	0,086
E02B	Anderen OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerste CC, Alter > 9 Jahre		626	167	0,894	0,067
E02C	Anderen OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag		385	168	0,698	0,067
E02D	Anderen OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag		200	162	0,509	0,109
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag		642	159	1,382	0,113
E05A	Anderen große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC		1.091	171	1,955	0,073
E05B	Anderen große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre		791	169	1,576	0,076
E05C	Anderen große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellen Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre		648	164	1,171	0,073
E06A	Anderen Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst schweren CC		823	170	1,234	0,072
E06B	Anderen Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit off. chirurg. Pleurolyse mit Eingriff an Lunge/Pleura od. best. atyp. Lungenresek. od. best. Brustkorbkorr.		661	159	1,207	0,077
E06C	Anderen Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, oh. äuß. schw. CC, Alter > 15 J., oh. off. chirurg. Pleurolyse m. Eingriff an Lunge/Pleura, oh. best. atyp. Lungenresek., oh. best. Brustkorbkorrektur		524	167	0,930	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E07Z	Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom		313	139	0,634	0,076
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden		2.363	162	5,473	0,071
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.637	168	9,596	0,060
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen		1.970	167	5,353	0,062
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen		952	169	2,460	0,065
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		1.471	171	1,175	0,142
E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x				
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., mehr als 2 Belegungstage, mit kompl. Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - P. oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 J., mit auß. schw. CC oder ARDS		890	167	0,856	0,113
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie		624	170	0,699	0,107
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie		535	168	0,551	0,115
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	845	135	0,460	0,062
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		533	163	0,320	0,061
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC		278	163	0,287	0,063
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		234	158	0,252	0,063
E63A	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre oder bestimmte invasive kardiologische Diagnostik		141	132	0,277	0,105
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik		128	163	0,254	0,080
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie		328	167	0,446	0,072
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre		239	110	0,249	0,094
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre		268	162	0,318	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag		131	156	0,244	0,162
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC od. mit komplizierender Diagnose od. best. hochaufw. Behandlung od. Bronchitis u. Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infekt.		446	166	0,466	0,067
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung oder starrer Bronchoskopie		305	164	0,365	0,067
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, ohne starre Bronchoskopie		247	167	0,317	0,068
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose		256	162	0,337	0,074
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose		185	173	0,272	0,074
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie		294	157	0,290	0,073
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äuß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äuß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J., od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.		235	166	0,296	0,067
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr oder flexible Bronchoskopie, Alter < 16 Jahre od. best. mäßig aufw. Behandl., ohne RS-Virus-Infektion		134	157	0,177	0,071
E69D	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 0 Jahre und Alter < 6 Jahre und ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode oder Alter < 16 Jahre außer bei Hyperventilation		123	158	0,177	0,073
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation		160	178	0,288	0,078
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre		147	107	0,166	0,067
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre		248	129	0,337	0,067
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		444	165	0,525	0,063
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie oder mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, mit Chemotherapie		349	167	0,635	0,066
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, ohne Chemotherapie		346	167	0,702	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt		199	172	0,334	0,069
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC		460	157	0,462	0,071
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC		245	163	0,353	0,069
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung		275	166	0,431	0,068
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre		420	139	0,391	0,119
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre		343	161	0,374	0,069
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose		212	183	0,329	0,072
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	x	956	168	0,555	0,059
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC		323	156	0,467	0,067
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax		276	162	0,354	0,076
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		936	109	0,517	0,111
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		573	162	0,496	0,075
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne kompliz. Konst., ohne hochkomplexe Diagnose, ohne kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / - / - Aufwandsp., mit schwersten oder äuß. schw. CC		568	164	0,527	0,066
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung		512	162	0,382	0,065
E77E	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane		422	163	0,404	0,068
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage		128	127	0,256	0,111
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung		338	167	0,359	0,066
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder bestimmte mäßig aufwendige Behandlung		327	163	0,310	0,064
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwendige Behandlung		183	138	0,208	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E79D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne best. mäßig aufwendige Behandlung		243	169	0,292	0,067
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Faktoren oder Zwei-Kammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren		777	163	1,330	0,074
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren		783	159	1,326	0,076
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne komplizierende Faktoren		473	166	0,924	0,073
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		718	160	1,264	0,072
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff oder Zwei-Kammer-Stimulation, ohne kompliz. Fakt., ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte mit äußerst schweren CC oder best. Sondenentfernung		677	165	1,037	0,072
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung		404	158	0,784	0,079
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung		349	161	0,690	0,074
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation		239	160	0,488	0,080
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation		232	160	0,491	0,081
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff		1.466	167	3,019	0,084
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.303	165	2,540	0,082
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Punkte, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit komplexem Eingriff		1.242	168	2,577	0,074
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler, Alter < 16 J.		967	136	2,266	0,083

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler		1.067	172	2,161	0,075
F03F	Herzklappeneingr. mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Dreifach- / Zweifacheingr., außer bei angeb. Herzfehler, ohne kompl. Eingr., außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.		883	164	1,780	0,075
F05Z	Koronare Bypass-Operation mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder intraoperativer Ablation, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bestimmte Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine in tiefer Hypothermie		1.365	160	2,770	0,083
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		2.048	163	3,758	0,080
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.604	163	2,805	0,067
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - P. oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, mit intraoperativer Ablation		1.174	163	2,214	0,086
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation		1.205	165	2,498	0,075
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingr., mit invasiv. kardiolog. Diagnostik od. mit intraoperativer Ablation od. schwersten CC, außer bei Infarkt, ohne Reop.		1.131	163	2,249	0,076
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC		920	168	1,880	0,075
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.324	167	2,649	0,089
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.211	165	2,476	0,075
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		962	166	1,988	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff		2.092	168	3,832	0,070
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe, ohne kompliz. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplex. Eingr. m. Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Re-OP od. best. Bypässen, mit äußerst schw. CC		1.384	169	2,637	0,070
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. ohne Mehretagen- od. Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., mit auß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.		1.092	166	1,953	0,069
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Reop. od. best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.		935	167	1,931	0,069
F08E	Rekonstr. Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit komplex. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.		776	165	1,577	0,069
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe, ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff		667	167	1,386	0,068
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre		684	141	1,266	0,082
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		665	165	1,208	0,083
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		530	159	0,978	0,080
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit auß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren		716	159	1,163	0,071
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren		391	156	0,797	0,071
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre		597	135	1,074	0,113
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff		613	158	1,142	0,074
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe		617	165	0,883	0,075

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen		495	158	0,944	0,070
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne isolierte offen chirurgische Sondenimplantation, ohne Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe		373	167	0,693	0,079
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders		235	160	0,443	0,072
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders		370	164	0,604	0,073
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen		1.114	167	1,274	0,062
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe		467	159	0,515	0,063
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC		386	155	0,505	0,061
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC		1.138	172	1,991	0,068
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		708	164	1,428	0,069
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. Angioplastie, Alt. < 16 J. oder inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konstellation od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage		912	167	1,191	0,069
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre		213	160	0,445	0,082
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre		215	156	0,443	0,081
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung		597	160	0,954	0,074
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit auß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. auß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe		490	154	0,798	0,071
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe		356	157	0,723	0,078
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff		225	158	0,470	0,081
F19A	Anderere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC		616	164	1,145	0,081

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre		352	140	0,824	0,096
F19C	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre		414	158	0,933	0,077
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre		337	108	0,769	0,072
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		467	116	0,884	0,061
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation II		1.121	163	1,531	0,064
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation II, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation I		693	165	0,754	0,061
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit mäßig komplexem Eingriff oder intensmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte		496	160	0,550	0,061
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne intensmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Punkte, mit bestimmtem anderen Eingriff		415	166	0,557	0,063
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, oh. hochkomplexen Eingriff, oh. komplexen Eingriff, oh. komplizierende Konstellation, oh. mäßig komplexen Eingriff, oh. intensmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Punkte, oh. bestimmten anderen Eingriff		335	161	0,344	0,061
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		712	168	1,159	0,077
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		504	164	1,004	0,082
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff		1.259	159	2,183	0,067
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff		680	165	0,731	0,061
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, mit mäßig komplexem Eingriff		447	164	0,520	0,060
F27D	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff		380	157	0,417	0,061
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		1.533	167	2,329	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		722	167	0,820	0,063
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC		579	156	0,689	0,061
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiotorakale Eingriffe	x	1.263	158	0,969	0,062
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern		1.231	142	2,500	0,094
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte		3.448	169	3,842	0,143
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. u. Störungen des Kreislaufsystems m. kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. od. > - / - / 552 P. mit best. Ao.stent, od. minimalinv. Eingr. an mehr. Herzklappen		2.520	170	3,414	0,126
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent, oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff		1.856	168	2,478	0,106
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x				
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		304	155	0,634	0,067
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		200	154	0,486	0,082
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC		780	130	1,148	0,074
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC		451	164	0,906	0,080
F42Z	Operation b. kompl. angeb. Herzfehler, Hybridchirurgie, best. Herzklappeneingriffe od. and. Eingriffe m. Herz-Lungen-Maschine m. invas. kardiolog. Diagnostik bei Kindern od. best. rekonstruktive Gefäßeingriffe oh. Herz-Lungen-Maschine m. kompl. Eingriff		1.219	167	2,596	0,080
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.314	168	0,967	0,117
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392 / 552 / 552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - Punkte		968	171	1,480	0,095
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur		609	165	0,759	0,104

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	747	155	0,502	0,061
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		528	168	0,313	0,060
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre		854	159	1,131	0,079
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre		837	165	1,143	0,071
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 15 Jahre		331	137	0,780	0,097
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, mit kardialem Mapping oder schweren CC bei mehr als einem Belegungstag		531	170	0,953	0,070
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, mit komplexer Diagnose		441	166	0,856	0,069
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne kompl. Diagnose, mit best. Eingr.		360	162	0,816	0,076
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingr.		327	167	0,769	0,077
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders		372	162	0,844	0,076
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders		352	162	0,776	0,081
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transeptaler Linksherz-Katheteruntersuchung oder mit bestimmter Ablation		334	155	0,772	0,086
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transeptale Linksherz-Katheteruntersuchung, ohne bestimmte Ablation		321	162	0,749	0,077
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination		819	165	1,668	0,077
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination		685	165	1,449	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC		649	166	1,039	0,078
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention		450	171	0,899	0,083
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC		605	161	1,112	0,074
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie		355	166	0,824	0,079
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC		569	162	1,014	0,076
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC		323	165	0,764	0,081
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotationsthrombektomie		689	171	1,195	0,069
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag		535	173	1,088	0,069
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		330	165	0,753	0,073
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne aufwendigen oder bestimmten Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		314	167	0,718	0,074
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC		441	167	0,503	0,075
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC		236	164	0,306	0,078
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation		778	163	0,569	0,066
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		723	169	0,551	0,063
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation		648	163	0,523	0,072
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne komplizierende Konstellation		561	163	0,456	0,067
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag mit best. akuten Nierenversagen mit äußerst schweren CC		573	166	0,497	0,067
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als ein Belegungstag, ohne best. akutes Nierenversagen oder ohne äußerst schwere CC		291	171	0,317	0,067
F62E	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag		124	159	0,250	0,134
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC		409	163	0,566	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC		215	163	0,330	0,067
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen		249	157	0,240	0,061
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		442	165	0,471	0,066
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		241	172	0,395	0,067
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC		427	159	0,413	0,067
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC		184	163	0,278	0,074
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung		389	160	0,391	0,067
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC oder bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung		275	166	0,372	0,068
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre		159	109	0,251	0,072
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre		175	166	0,262	0,072
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		236	157	0,305	0,106
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		178	156	0,347	0,090
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC		404	167	0,453	0,067
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC		202	164	0,283	0,071
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC		401	162	0,465	0,083
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC		206	165	0,291	0,088
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung		385	166	0,534	0,071
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		176	179	0,271	0,080
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC		378	162	0,511	0,070
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC		171	164	0,283	0,081
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag		92	118	0,177	0,108
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag		185	181	0,286	0,074
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems		134	178	0,247	0,085
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag		513	169	0,591	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre		249	139	0,283	0,094
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre		242	154	0,328	0,085
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre		273	169	0,471	0,074
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		653	163	0,543	0,062
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss		396	165	0,851	0,080
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre		299	126	0,720	0,078
F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x				
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre		845	165	1,343	0,073
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff		791	168	1,430	0,075
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff		687	162	1,179	0,078
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens		1.838	144	3,816	0,069
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre od. best. Eingriffe an Dünn-/Dickdarm mit kompliz. Diagnose od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Aufwandsp. od. Komplexbeh. MRE od. komplexer Eingriff u. Alter < 10 J.		1.143	171	1,957	0,073
G02B	Kompl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm oh. Eingriffe an den Verdauungsorg. bei angeb. Fehlbildung, Alt. > 1 J., oh. best. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. kompliz. Diag., oh. IntK > 392 / - / - P., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Eingriff od. Alt. > 9 J.		871	165	1,567	0,071
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.393	163	2,789	0,071
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff		1.198	161	2,345	0,070
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, ohne komplexen Eingriff		1.113	165	2,111	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G04Z	Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte Eingriffe an abdominalen Gefäßen mit äußerst schweren CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems		922	171	1,520	0,072
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. oder schw. CC oder kleine Eingr. an Dünn- und Dickdarm od. an abdom. Gefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit bestimmten Eingriffen an abdominalen Gefäßen		423	165	0,830	0,079
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsioolyse od. Rektopexie		501	160	0,992	0,066
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne laparoskopische Rektopexie		435	163	0,805	0,065
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC		756	161	1,258	0,068
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC		359	166	0,764	0,065
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis		294	162	0,731	0,076
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz		881	164	1,611	0,071
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre		365	138	0,577	0,085
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre		223	151	0,422	0,064
G12A	Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur		672	164	1,264	0,071
G12B	Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag		501	181	0,767	0,065
G12C	Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur		326	168	0,649	0,068
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.268	167	1,531	0,067
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff		2.078	166	4,805	0,064
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, mit komplizierender Konstellation oder plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.868	164	3,615	0,073
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.148	167	2,211	0,070
G17A	Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung		996	167	1,967	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung		825	165	1,623	0,071
G18A	Best. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. Enterostomaanl. od. andere Eingr. am Darm m. äuß. schw. CC, m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufwend. Eingr. m. äuß. schw. CC, m. IntK > - / 368 / - Punkte od. m. Komplexbeh. MRE		1.061	167	1,894	0,072
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äuß. schw. CC, mit sehr komplexem Eingriff oder aufwend. Eingriff mit äuß. schw. CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne Komplexbeh. MRE		771	170	1,449	0,070
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff		636	168	1,175	0,068
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		363	159	0,717	0,067
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte		738	168	1,339	0,071
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff		639	164	1,156	0,074
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne komplexen Eingriff		459	163	0,963	0,067
G21A	Komplexe Adhäsiole am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC		379	140	0,739	0,072
G21B	Komplexe Adhäsiole am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, mit äußerst schweren CC oder aufwendigem Eingriff am Darm		490	164	0,923	0,068
G21C	Bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm		288	158	0,564	0,065
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		401	159	0,734	0,066
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiole oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		412	158	0,809	0,067
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		365	173	0,727	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioleue außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		277	143	0,573	0,068
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioleue außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsioleue oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		285	175	0,621	0,069
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioleue außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		265	170	0,569	0,071
G24A	Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand		405	138	0,864	0,066
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand		230	169	0,531	0,076
G26A	Anderer Eingriffe am Anus, Alter < 14 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder mit kleinem Eingriff am Rektum		215	161	0,403	0,071
G26B	Anderer Eingriffe am Anus, Alter > 13 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum		164	178	0,325	0,073
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC		4.284	168	10,882	0,063
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC		2.998	165	8,036	0,060
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen		1.488	165	4,183	0,064
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen		954	167	2,580	0,068
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.777	166	3,291	0,072
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.420	167	3,919	0,069
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		3.604	165	4,056	0,140
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.744	162	3,291	0,126
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.928	170	2,513	0,101
G37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.336	163	2,695	0,070
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem		1.845	170	3,667	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		763	164	0,895	0,077
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC, Alter < 15 Jahre oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre		616	166	0,805	0,069
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastroskopie bei auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verdauungsorgane, Alter > 14 Jahre, od. bestimmte Gastroskopie, Alter < 15 Jahre od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.		498	169	0,712	0,068
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorgane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.		358	170	0,645	0,069
G47Z	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe		308	171	0,594	0,067
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation		483	160	0,610	0,064
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation		397	166	0,644	0,066
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre		447	180	0,645	0,066
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	x	1.463	139	1,277	0,063
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		561	162	0,379	0,060
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung		352	164	0,367	0,063
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		166	170	0,276	0,069
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC		400	165	0,452	0,068
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC		218	174	0,369	0,066
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes		199	180	0,324	0,070
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC		225	161	0,372	0,069
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmten komplizierenden Faktoren		256	182	0,372	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC		199	181	0,325	0,068
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC		178	180	0,332	0,072
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		195	140	0,306	0,074
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		276	176	0,444	0,066
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		201	182	0,411	0,072
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre		108	136	0,198	0,086
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC		134	176	0,257	0,077
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		331	168	0,559	0,069
G74Z	Hämorrhoiden		204	168	0,417	0,072
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		555	160	0,521	0,062
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.453	167	2,879	0,072
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.195	169	2,297	0,070
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung oder Alter < 14 Jahre oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose		1.124	168	2,059	0,070
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose		1.026	158	1,865	0,068
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen		704	165	1,272	0,069
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		700	166	1,139	0,068
H06B	Selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie		564	158	1,178	0,173
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisation, ohne selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie		362	164	0,852	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H06D	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisation, ohne selektive intravaskuläre Radionuklidtherapie		324	166	0,583	0,066
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		838	165	1,562	0,071
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		560	177	1,050	0,068
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		582	165	1,103	0,065
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		331	170	0,728	0,068
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallengängen		1.063	170	1,709	0,069
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung		735	162	1,430	0,073
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas, außer bei bösartiger Neubildung		535	161	1,066	0,070
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff		921	168	1,264	0,066
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen, ohne äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff		415	166	0,693	0,065
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		3.728	144	10,186	0,058
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen		2.555	141	7,318	0,062
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen		700	146	1,833	0,086
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.949	168	3,505	0,069
H36A	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte		2.486	164	2,906	0,106
H36B	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte		1.678	165	1,840	0,100
H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	x				

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.805	163	3,091	0,076
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC		590	160	0,757	0,076
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC		391	160	0,637	0,075
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie		791	168	1,065	0,067
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie		602	162	0,917	0,062
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation		430	165	0,673	0,064
H41D	Anderer ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation oder bestimmte endoskopische Eingriffe		304	168	0,592	0,067
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		549	158	0,350	0,060
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC		473	165	0,502	0,067
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose		357	164	0,433	0,063
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre		215	119	0,340	0,118
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre		198	169	0,333	0,068
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 Jahre		210	136	0,312	0,069
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre		275	168	0,390	0,067
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis		237	159	0,391	0,067
H63A	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und best. nichtinfekt. Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose und äußerst schw. oder schw. CC oder mit kompl. Diagnose oder äußerst schw. oder schw. CC, Alter < 1 J.		371	163	0,417	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre		322	163	0,437	0,065
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC		193	165	0,331	0,070
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen		203	179	0,335	0,069
H77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		494	166	0,577	0,064
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		899	168	1,227	0,076
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose		1.483	168	2,033	0,066
I02A	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit schwerem Weichteilschaden, mit äußerst schweren CC und komplexer OR-Prozedur		2.860	165	4,640	0,066
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur		2.108	172	3,337	0,065
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne auß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur		1.250	168	1,716	0,064
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC		997	169	1,184	0,064
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.		1.393	169	2,207	0,067
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.		878	167	1,398	0,067
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodese		798	162	1,307	0,068
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC		727	167	1,037	0,072
I05B	Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk		541	166	0,952	0,066
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk		527	161	0,964	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC		1.747	167	3,629	0,072
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung		1.252	159	2,705	0,073
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff an Wirbelsäule		1.476	171	3,026	0,071
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		712	161	0,904	0,063
I08A	Anderer Eingr. an Hüftgelenk und Femur, mit kompl. Mehrfacheingriff oder äuß. schw. CC bei Zerebralpar. und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralpar. oder Kontraktur oder mit best. Eingr. bei Beckenfraktur oder IntK > 392 / 368 / - P.		1.329	165	2,043	0,072
I08B	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule		1.084	169	1,607	0,067
I08C	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur ohne äußerst schwere CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit anderem Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule oder Alter < 6 Jahre		809	167	1,359	0,069
I08D	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre		610	169	0,960	0,068
I08E	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie oder großer Eingriff untere Extremität oder bestimmte Knocheninfektion		586	167	1,006	0,067
I08F	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, mehr als ein Belegungstag		452	173	0,672	0,068
I08G	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochen transplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel, mehr als ein Belegungstag		383	166	0,705	0,067
I08H	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmte Knochen transplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel oder ein Belegungstag		277	167	0,550	0,069
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitiger komplexer Eingriff oder komplexer Eingriff mit Wirbelkörperersatz oder verschiedene komplexe Eingriffe an mehreren Segmenten		1.410	173	2,726	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr komplexe Osteosynthese, ohne mehrzeitigen komplexen Eingriff, mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC		1.380	171	2,488	0,069
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. Wirbelsäuleneingr., mit best. Kyphoplastie, mit best. Eingr. am Schädel, Gehirn, Rückenmark od. WS		1.024	172	2,122	0,069
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. Wirbelsäuleneingr., mit best. Kyphoplastie, ohne best. Eingr. an Schädel, Gehirn, Rückenmark od. WS		790	170	1,683	0,068
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., mit best. WS-Osteosynthesen, od. bei Para- / Tetraplegie od. bei HWS-Fraktur, od. m. intervertebralen Cages > 2 Seg.		565	167	1,125	0,066
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., ohne best. WS-Osteosynthesen, ohne Para- / Tetraplegie ohne HWS-Fraktur, ohne intervertebrale Cages > 2 Seg.		390	170	0,644	0,065
I10A	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC		1.060	170	1,869	0,068
I10B	Anderer Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne äuß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit äuß. schw. CC und > 1 BT		573	167	1,178	0,067
I10C	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, mit intervertebralem Cage 1 Segment oder bei best. Spinalkanalstenose oder best. Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat		422	160	0,887	0,068
I10D	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat		476	170	0,955	0,064
I10E	Anderer mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule		388	168	0,760	0,064
I10F	Anderer mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule		368	184	0,712	0,065
I10G	Anderer wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag		238	117	0,474	0,069
I10H	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag		187	141	0,398	0,074
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität		556	116	1,252	0,062
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC		953	170	1,283	0,066
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre		630	165	0,914	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre		387	163	0,646	0,063
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese		794	164	1,379	0,064
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, ohne komplizierenden Eingriff an Humerus und Tibia, ohne aufwendige Osteosynthese		654	164	1,232	0,064
I13C	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit best. Mehrfacheingr. od. kompl. Diagn. od. best. kompl. Osteotomie bei kompl. Eingriff od. schw. Weichteilschaden, oder bestimmte Eingriffe bei Endoprothese der oberen Extremität		524	183	0,997	0,066
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie oder bestimmter E-piphyseodese bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose oder BNB bestimmter Knochen		415	168	0,773	0,066
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel oder BNB bestimmter Knochen		416	169	0,816	0,066
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, mit bestimmter offener Reposition oder Implantation von alloplastischem Knochenersatz		353	155	0,660	0,066
I13G	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, ohne bestimmte offene Reposition, ohne Implantation von alloplastischem Knochenersatz		288	164	0,563	0,069
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes		381	139	0,492	0,061
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre		770	152	1,722	0,084
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre		582	150	1,259	0,069
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafaktur		253	162	0,561	0,075
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel		448	164	0,965	0,066
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk		240	159	0,516	0,072
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk		209	160	0,473	0,078
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodese		657	159	1,227	0,063

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes		494	159	0,942	0,063
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren		362	160	0,642	0,064
I20D	Eingriffe am Fuß ohne mehrere kompl. Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit Knochen-Tx od. schwerem Weichteilschaden od. Eingriff an Knochen/Knorpel des Fußes, oh. komplexen Eingriff od. ohne komplexe Diagnose, ohne Eingriff an Sehnen des Rückfußes		339	140	0,729	0,068
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits oder Diabetes mellitus mit Komplikation		293	157	0,610	0,069
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre		220	135	0,474	0,074
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx oder bestimmter Knochen-Tx oder wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl oder Osteotomie oder Synovialektomie		249	141	0,525	0,071
I20H	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx, ohne bestimmte Knochen-Tx, ohne wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl, ohne Osteotomie, ohne Synovialektomie		224	161	0,474	0,074
I21Z	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule oder komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte Eingriffe an der Klavikula		269	167	0,577	0,072
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC		960	161	1,531	0,062
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC		768	166	1,000	0,062
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen		238	143	0,548	0,077
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen		192	162	0,427	0,080
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm		190	161	0,434	0,083
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation		2.009	169	2,294	0,102
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff oder mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC, mit bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff		1.083	168	2,081	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe- transplantationen mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder Transplantation einer Zehe als Fingerer- satz, ohne bestimmte Diagnose oder ohne komplexen Ein- griff		892	168	1,419	0,066
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe- transplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Be- legungstag		420	170	0,737	0,065
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx ohne bestimmte Diagnose oder ohne bestimmten Eingriff, ohne Tx einer Zehe als Fingerersatz, ohne auß. schw. CC oder schw. CC oder ohne bestimmten Eingriff am Weichteil- gewebe oder ein Belegungstag		267	168	0,546	0,069
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe		396	141	0,757	0,070
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag		410	171	0,654	0,064
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe oder ein Belegungstag		227	163	0,441	0,070
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Oste- osynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		402	157	0,900	0,069
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Oste- osynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen		298	159	0,682	0,072
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk		319	164	0,732	0,071
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unter- arm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei ange- borenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm		544	158	1,106	0,065
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unter- arm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei ange- borenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella		415	163	0,867	0,067
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehl- bildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand		638	160	1,198	0,062
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Kom- plexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. b. angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand u. Alter < 16 J.		386	136	0,872	0,062
I32C	Eingr. an Handg. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. oh. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Eingr. od. kompl. Diag.		458	136	0,944	0,064
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff, oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen		304	157	0,697	0,069
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre		219	114	0,463	0,086

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre		235	161	0,527	0,074
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe		176	143	0,390	0,080
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen		623	115	1,520	0,063
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		826	171	0,850	0,064
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk		784	142	1,562	0,067
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität		1.151	140	2,021	0,063
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		3.858	168	10,470	0,060
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	x	781	160	0,413	0,059
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		492	164	0,282	0,059
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage		409	160	0,250	0,059
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage		284	161	0,245	0,060
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC		1.193	158	1,819	0,067
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC		639	166	1,167	0,067
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität		860	162	1,466	0,068
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität		601	167	1,140	0,066
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk		464	160	0,833	0,065
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment		499	134	1,149	0,074
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente		421	116	0,912	0,072
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		1.090	166	1,688	0,070
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen		737	166	1,290	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese oder Inlaywechsel Hüfte		591	163	1,026	0,067
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, mit komplexer Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit bestimmtem endoprothetischen Eingriff		523	169	0,805	0,068
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel oder ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff		511	168	0,884	0,067
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC		518	167	0,804	0,061
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen		2.102	165	5,841	0,062
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen		1.143	168	3,017	0,067
I59Z	Anderer Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese		217	157	0,485	0,079
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre		290	115	0,272	0,061
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre		394	116	0,505	0,061
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC		379	161	0,431	0,062
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		241	159	0,355	0,065
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie		289	126	0,348	0,072
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie		270	170	0,398	0,073
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC		236	170	0,382	0,066
I66A	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte		633	161	0,569	0,069
I66B	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		528	168	0,557	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I66C	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		427	161	0,416	0,067
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage		238	100	0,210	0,061
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropatie, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schw. CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage		303	164	0,444	0,065
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		259	161	0,283	0,065
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne Amyloidose, ohne Arthropatie, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung		242	168	0,316	0,064
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag		94	159	0,189	0,101
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie, bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie		746	160	0,783	0,062
I68B	Nicht op. beh. Erkr. und Verl. im WS-Bereich, mehr als 1 BT, auß. bei Diszitis, mit äußerst schw. oder schw. CC od. bei Para- / Tetrapl., mit kompl. Diagn. oder ohne äußerst schw. oder schw. CC, ohne Para- / Tetrapl. bei Diszitis		412	164	0,476	0,065
I68C	Nicht operativ behandelte Erkr. und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein BT, oder and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie oder mit äußerst schw. CC oder mit schw. CC und Alter > 65 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder Kreuzbeinfraktur		349	166	0,428	0,065
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur		227	185	0,331	0,066
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag		111	181	0,243	0,102
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenkrankungen bei Para- / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag		267	165	0,293	0,063
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag		228	167	0,296	0,066
I71A	Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur		193	116	0,241	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur		180	165	0,285	0,071
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre		334	164	0,365	0,068
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes		223	161	0,271	0,065
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien		212	163	0,290	0,066
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre		127	133	0,272	0,096
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre		155	168	0,263	0,076
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC		274	158	0,304	0,067
I75B	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne CC oder Entzündungen von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln ohne äußerst schwere oder schwere CC		190	165	0,279	0,069
I76A	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre		275	167	0,372	0,067
I76B	Anderer Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		189	167	0,308	0,070
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		174	175	0,274	0,072
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		149	156	0,280	0,081
I79Z	Fibromyalgie		275	159	0,267	0,062
I87Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		413	139	0,362	0,061
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur		1.146	148	2,087	0,067
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	x	1.391	165	1,496	0,063
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		383	138	0,259	0,060
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		1.621	169	2,269	0,063
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma		1.094	162	2,650	0,071
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit äuß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.		1.195	167	1,873	0,063

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. äuß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Eingr.		828	165	1,129	0,062
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		520	165	0,656	0,059
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		320	161	0,376	0,061
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		217	161	0,384	0,067
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung		555	157	1,253	0,063
J07A	Kleine Eingr. an der Mamma mit axillärer LK-Exzision od. äuß. schw. oder schw. CC bei BNB, mit beids. Eingr. od. Eingr. am Ovar oder große Eingr. an der Mamma bei BNB ohne kompl. Eingr., ohne best. Eingr. weibl. Geschlechtsorg. bei BNB mit Eingr. am Ovar		551	157	1,303	0,067
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff, ohne Eingriff am Ovar		428	162	0,986	0,069
J08A	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit kompl. Diagnose oder mit Eingr. an Kopf u. Hals od. äußerst schw. CC, mit kompl. Proz. od. Eingr. an d. Haut der unt. Extremität b. Ulkus od. Infekt. / Entzünd. b. Para- / Tetrapl., mit äußerst schw. CC		636	164	1,190	0,064
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC		660	170	0,766	0,063
J08C	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma oder ohne äußerst schwere CC		382	162	0,645	0,063
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre		152	133	0,274	0,070
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre		139	155	0,271	0,075
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung		239	160	0,472	0,065
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung		216	141	0,454	0,068
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom		368	163	0,424	0,062
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose		259	184	0,477	0,067
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff		173	183	0,335	0,071

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J11D	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff		161	164	0,306	0,071
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma		1.426	118	3,590	0,071
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwend. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei BNB oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. oder Impl. eines Hautexpanders		652	141	1,477	0,063
J14B	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwendige Rekonstruktion		319	118	0,690	0,069
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung		551	141	1,158	0,065
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		2.044	164	5,917	0,069
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		4.277	165	11,446	0,060
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen		2.083	145	5,660	0,062
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen		1.355	164	3,637	0,064
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC		416	168	0,760	0,063
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel		259	167	0,460	0,063
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		431	182	0,908	0,065
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik		370	154	0,832	0,062
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik		428	158	1,032	0,066
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff		278	138	0,647	0,070
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		181	140	0,397	0,077
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC		261	159	0,588	0,074
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff oder bestimmtem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		1.070	142	2,358	0,067
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.332	166	1,808	0,062

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		526	163	0,314	0,060
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose oder Epidermolysis bullosa, Alter < 10 Jahre		352	160	0,311	0,065
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose		265	162	0,225	0,060
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag		200	172	0,216	0,062
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		355	164	0,390	0,063
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC		179	181	0,271	0,067
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC		414	163	0,380	0,066
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC		192	182	0,223	0,064
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma		141	179	0,235	0,078
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen		160	169	0,228	0,067
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 10 Jahre		99	144	0,206	0,101
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 9 Jahre		92	159	0,184	0,100
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		420	168	0,402	0,060
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	x	1.191	157	1,000	0,062
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre		797	141	1,692	0,076
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre		851	168	1,875	0,070
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas		474	159	1,030	0,075
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie		1.333	165	2,673	0,081
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie		450	169	1,029	0,078
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. äuß. schw. oder schw. CC, mit Eingriffen an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, oh. Thyreoidektomie durch Sternotomie		387	164	0,933	0,074

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K06D	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Pkt., außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC		312	156	0,736	0,075
K07Z	Anderer Eingriffe bei Adipositas		474	139	1,045	0,062
K09A	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC		903	168	1,276	0,069
K09B	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff		547	171	1,068	0,067
K09C	Anderer Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		305	161	0,656	0,067
K14Z	Anderer Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie		588	166	1,314	0,074
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie		364	76	0,550	0,172
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie		1.122	164	2,779	0,083
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, bei bösartiger Neubildung		416	112	0,665	0,169
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung		507	88	0,410	0,150
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie		312	155	0,367	0,166
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		937	160	0,990	0,061
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		1.802	145	3,478	0,067
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen		481	160	0,520	0,068
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	x	865	135	0,472	0,063
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		524	163	0,336	0,060
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		406	161	0,308	0,074
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		251	135	0,184	0,060
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag		436	165	0,470	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		165	139	0,176	0,065
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag		283	166	0,267	0,063
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose		215	165	0,252	0,065
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie, oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung		310	165	0,350	0,068
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung		210	181	0,297	0,070
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		254	161	0,302	0,088
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		227	162	0,334	0,067
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		85	139	0,192	0,071
K63D	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		101	134	0,200	0,112
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		447	162	0,482	0,073
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		267	141	0,451	0,113
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik		320	168	0,476	0,070
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik		217	172	0,352	0,069
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		621	157	0,464	0,067
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie		1.529	162	3,229	0,069
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse		553	165	0,656	0,063
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse		287	154	0,525	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm		1.212	176	2,383	0,070
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter < 16 Jahre		640	144	1,405	0,065
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre		700	167	1,539	0,065
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC		703	168	1,305	0,067
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase, ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte kleine Eingriffe		285	167	0,615	0,068
L06C	Injektionsbehandlung an Ureter oder Harnblase		226	164	0,523	0,074
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre		355	143	0,774	0,060
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre		472	144	0,971	0,060
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie, od. mit kompl. OR-Proz. od. kompl. Ingr., Alter < 2 J. od. äuß. schw. CC		1.005	169	1,497	0,066
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse oder außer Anlage e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, Alter > 1 Jahr, ohne äußerst schwere CC		538	165	0,934	0,064
L09C	Andere Ingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphylaxie, oh. Ingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. äuß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Ingr., od. Alter > 1 Jahr, oh. äuß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion		640	165	0,957	0,066
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion		289	168	0,632	0,070
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszerealeingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm		1.566	169	3,210	0,069
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC		902	159	2,222	0,063
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		4.026	169	10,516	0,061
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen		1.168	166	3,011	0,065
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC		781	170	1,665	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff		670	167	1,495	0,068
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne bestimmten Eingriff		821	143	2,186	0,075
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre		241	142	0,495	0,068
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre		221	162	0,467	0,071
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC		819	167	1,483	0,066
L18B	Kompl. transurethrale, perkut.-transr. / and. retroperitoneale Eingr. oh. ESWL, oh. äuß. schw. CC od. best. Eingr. Niere od. bei Neurostimulatoren, od. transurethr. Eingr. außer Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. äuß. schw. CC		519	168	1,185	0,066
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere		628	159	1,640	0,069
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC		603	168	1,139	0,065
L20B	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgest. TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äuß. schw. CC od. Alter < 16 J. od. Alter > 89 J.		354	163	0,867	0,071
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgest. TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.		324	167	0,757	0,070
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		2.169	165	4,116	0,071
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.530	167	1,517	0,106
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.344	167	2,736	0,069
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.736	170	3,162	0,072
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie		279	163	0,655	0,075
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie		504	140	1,312	0,073
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie		335	137	0,869	0,082
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		551	165	0,352	0,060

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre		805	179	0,590	0,096
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		574	179	0,467	0,093
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		410	180	0,417	0,077
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		276	183	0,340	0,067
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC		391	166	0,459	0,063
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		195	125	0,317	0,100
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		185	170	0,296	0,068
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter < 6 Jahre		286	134	0,244	0,062
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter > 5 Jahre		454	142	0,364	0,062
L63C	Infektionen der Harnorgane mit auß. schw. CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder best. aufw. Beh.		353	168	0,375	0,064
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder Alter > 89 Jahre oder bestimmte schwere Infektionen oder bestimmte mäßig aufwendige Behandlung		209	165	0,254	0,065
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 2 und < 6 Jahre		158	137	0,203	0,065
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 5 und < 90 Jahre		195	179	0,266	0,067
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie		246	183	0,514	0,072
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		136	137	0,262	0,080

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L64C	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		128	182	0,243	0,081
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre		193	146	0,357	0,069
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre		189	166	0,322	0,071
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		230	120	0,242	0,065
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		263	164	0,372	0,066
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre		164	91	0,394	0,115
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre		110	160	0,232	0,108
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse		161	170	0,268	0,231
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom		467	163	0,396	0,071
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag		287	140	0,520	0,064
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie		235	161	0,375	0,068
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.418	165	3,067	0,068
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.165	172	3,015	0,066
M02A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC		730	169	1,396	0,064
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC		422	169	0,934	0,064
M03A	Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre		402	143	0,833	0,058
M03B	Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre		344	137	0,727	0,058
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre		330	162	0,692	0,065
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän		829	171	1,863	0,066
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden, oder Orchitis mit Abszess		296	164	0,648	0,069
M04C	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter < 3 Jahre		215	140	0,513	0,091
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter > 2 Jahre		200	164	0,442	0,075
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut		167	165	0,373	0,080
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag		207	166	0,464	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds		375	119	1,049	0,096
M09A	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC		589	168	1,148	0,064
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		471	167	1,099	0,066
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		4.338	163	11,648	0,061
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie		917	148	2,466	0,086
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata		432	164	0,998	0,065
M37Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Erkrankungen und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane oder Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän mit äußerst schweren CC		1.334	168	2,424	0,069
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane		1.867	146	3,757	0,071
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC		473	167	0,647	0,063
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie		204	163	0,263	0,064
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie		206	174	0,358	0,068
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie		208	166	0,403	0,071
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane		166	163	0,227	0,065
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann		145	162	0,267	0,074
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff		1.516	161	3,249	0,071
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff		1.281	168	2,591	0,070
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC		1.024	163	2,197	0,070
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC		871	166	1,964	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC		975	168	1,646	0,068
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, mit CC oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstr. von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenekt.		628	168	1,236	0,066
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne CC, ohne best. Eingriffe am Darm, ohne Rekonstr. von Vagina u. Vulva, ohne Vulvektomie mit Lymphadenekt.		441	166	0,973	0,067
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff		501	162	1,025	0,065
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel		589	167	1,163	0,066
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Verschluss einer vesikovaginalen Fistel, Alter > 15 Jahre		286	173	0,667	0,070
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen		314	163	0,629	0,064
N07Z	Anderer Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus		278	160	0,616	0,068
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen		269	176	0,624	0,072
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag		781	124	2,315	0,102
N09B	Anderer Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase oder Uterus		162	179	0,353	0,079
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva		153	175	0,344	0,086
N11A	Anderer OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC		755	161	1,083	0,064
N11B	Anderer OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC		355	164	0,592	0,065
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC		531	162	0,978	0,064
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		244	143	0,515	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N14Z	Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachyth. b. Krankh./Stör. weibl. Geschl.Org., > 1 BT, m. auß. schw. CC/selekt. Gefäßembol. od. Ovariekt./kompl. Eingr. an Tubae ut. auß. b. BNB, oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. Fistelverschl., Alter < 16 J.		389	163	0,829	0,063
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		4.179	163	11,252	0,059
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen		1.848	142	5,241	0,063
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie		1.045	162	2,961	0,072
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukulation, mit aufwendigem Eingriff		376	172	0,858	0,066
N21B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukulation, ohne aufwendigen Eingriff		330	158	0,787	0,067
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukulation		364	159	0,853	0,068
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien		229	173	0,538	0,075
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		2.449	161	4,610	0,066
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		1.212	165	2,447	0,070
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation		2.147	164	4,313	0,069
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC		450	166	0,601	0,063
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		182	167	0,288	0,067
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane		142	167	0,197	0,066
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose		146	174	0,257	0,072
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose		103	135	0,183	0,081
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft		670	168	0,660	0,057

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
O01B	Sectio caesarea m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsd. > 25 vollend. W. (SSW), oh. inraut. Ther., oh. kompliz. Konstell., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. äuß. schw. CC		710	173	1,141	0,068
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC		462	170	0,601	0,058
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. inraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. äuß. schw. CC		329	174	0,603	0,062
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		300	171	0,592	0,063
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen		295	172	0,589	0,063
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		289	175	0,583	0,063
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		271	174	0,577	0,064
O02A	Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder kompliz. Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC		337	166	0,562	0,065
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC		230	153	0,446	0,065
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität		264	149	0,606	0,076
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff		356	133	0,729	0,068
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff		175	170	0,333	0,070
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder Cholezystektomie oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag		326	167	0,377	0,057
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag od. oh. Cerclage, oh. Muttermundverschluss, oh. Cholezystektomie, oh. kompl. OR-Prozedur, oh. bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen		245	171	0,465	0,065
O05C	Intrauterine Therapie des Feten		136	97	0,241	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion		136	149	0,283	0,080
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation		410	162	0,380	0,056
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33. vollend. SSW		218	168	0,377	0,062
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33. vollendete Wochen		199	167	0,368	0,064
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen		181	172	0,356	0,066
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma		133	167	0,195	0,066
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie		107	147	0,182	0,074
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag		134	174	0,260	0,068
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag		176	172	0,263	0,062
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur		572	136	0,794	0,318
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden		7.081	179	7,677	0,172
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen		2.824	161	3,863	0,113
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden, ohne Eingriffe bei univentrikulärem Herzen		1.623	137	2,815	0,094
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden		4.430	157	2,163	0,164
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden		2.347	120	0,883	0,124
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		2.229	139	0,870	0,117
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden		3.230	153	1,600	0,151

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden		1.681	158	0,728	0,123
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren		2.248	165	1,535	0,147
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.319	124	0,960	0,117
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.149	160	0,641	0,138
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse		2.168	168	1,586	0,162
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Dialyse		1.045	167	1,158	0,103
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme		694	165	0,715	0,131
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur		238	134	0,253	0,341
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden		238	137	0,216	0,260
P60C	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, nicht zuverlegt, ohne Beatmung > 24 Stunden (Mindestverweildauer 24 Stunden für das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfindet)		75	119	0,132	0,074
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur		7.747	156	4,366	0,178
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur		7.500	135	3,421	0,170
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur		8.319	123	4,544	0,175
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur		6.109	119	2,720	0,167
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.280	116	0,924	0,254
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur		5.351	122	3,017	0,164
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur		4.566	118	1,999	0,156
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur		3.634	118	1,490	0,139
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.707	116	1,224	0,239

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden		1.410	118	0,399	0,090
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden		1.198	154	0,356	0,098
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen		1.167	119	0,405	0,108
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		945	118	0,359	0,104
P65C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		747	106	0,275	0,106
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem		402	89	0,215	0,093
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegew. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung		838	142	0,401	0,117
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		604	120	0,325	0,106
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		459	153	0,241	0,107
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem		148	118	0,150	0,068
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung		507	166	0,354	0,115
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Proz., ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., neugeborener Mehrling		328	178	0,262	0,108
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Proz., ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., neugeborener Einling		213	163	0,200	0,094
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder neugeborener Mehrling		142	132	0,158	0,064
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur		106	148	0,131	0,064
Q01Z	Eingriffe an der Milz		629	164	1,089	0,074
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC		833	170	1,243	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre		368	140	0,654	0,069
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre		402	170	0,775	0,066
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre		252	137	0,461	0,065
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre		241	165	0,501	0,071
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre		301	116	0,326	0,083
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr		206	135	0,222	0,077
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre		222	180	0,284	0,066
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre		141	142	0,207	0,069
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre		182	164	0,297	0,070
Q61A	Anderer Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC		422	163	0,527	0,065
Q61B	Anderer Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC		257	165	0,434	0,067
Q62Z	Anderer Anämie		252	165	0,355	0,069
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre		118	136	0,183	0,077
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre		212	163	0,268	0,066
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur		1.551	170	2,792	0,069
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule		1.313	167	2,445	0,067
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule		1.084	168	2,412	0,070
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur		457	164	0,906	0,065
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.289	171	2,444	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC, oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre		1.025	171	1,717	0,065
R04A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		718	170	1,362	0,066
R04B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		468	163	0,752	0,064
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC		3.933	167	9,584	0,064
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		3.742	165	10,056	0,060
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mindestens 10 Bestrahlungen		2.327	168	6,267	0,063
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, weniger als 10 Bestrahlungen		1.114	165	3,011	0,065
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		606	170	0,911	0,064
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC		348	171	0,650	0,066
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC		306	163	0,555	0,066
R12A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		886	167	1,597	0,069
R12B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur		656	171	1,428	0,068
R12C	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		463	167	0,982	0,067
R13A	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		400	163	0,817	0,064
R13B	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation		348	171	0,735	0,066
R14Z	Anderer hämatologische und solide Neubildungen mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Therapie mit offenen Nukliden bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als ein Belegungstag		276	147	0,555	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.431	168	1,771	0,074
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen		2.320	166	2,036	0,120
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre		1.302	164	0,571	0,064
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC		906	166	0,487	0,070
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., auß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. auß. schw. CC od. schwerste CC		641	169	0,396	0,068
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. auß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC		425	167	0,332	0,068
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		310	157	0,232	0,072
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		237	165	0,260	0,064
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC		835	170	0,992	0,067
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimpl., mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, od. mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrisis, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC		563	167	0,593	0,065
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre		537	141	0,956	0,070
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrisis, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie, ohne schwerste CC		408	170	0,406	0,064
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		384	169	0,551	0,063

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre		219	133	0,230	0,083
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre		212	172	0,284	0,066
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne äuß. schw. CC, ohne kompl. Diagnose, ohne Knochenaffektionen		217	172	0,299	0,066
R62A	Anderer hämatologischer und solider Neubildungen mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose		599	168	1,001	0,064
R62B	Anderer hämatologischer und solider Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose		389	173	0,602	0,064
R62C	Anderer hämatologischer und solider Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre		257	169	0,416	0,065
R63A	Anderer akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre		3.033	162	5,388	0,066
R63B	Anderer akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC		1.071	166	1,021	0,067
R63C	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		950	157	0,611	0,080
R63D	Anderer akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äuß. schw. CC		608	162	0,554	0,073
R63E	Anderer akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, mit äußerst schweren CC oder mit lokaler Chemotherapie, mit schwersten CC		552	140	0,325	0,070
R63F	Anderer akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC		388	156	0,354	0,078
R63G	Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		294	127	0,245	0,078
R63H	Anderer akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		199	159	0,200	0,081

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		104	162	0,216	0,107
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		119	171	0,263	0,105
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre		1.989	157	0,946	0,094
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur		484	161	0,766	0,069
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag		123	168	0,274	0,106
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit		248	154	0,293	0,066
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation		837	157	0,817	0,069
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation		363	162	0,406	0,066
S65A	Anderer Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC		558	158	0,675	0,065
S65B	Anderer Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC		293	159	0,427	0,064
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte		1.098	174	1,597	0,071
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne best. kompl. OR-Prozedur, ohne kompliz. Konstellation, außer bei Zustand nach Organ-Tx, mit best. Eingr. bei Sepsis od. best. Eingr. bei Hüftendoprothese od. plast. Rekonstr. Brustwand		793	171	1,047	0,068
T01C	OR-Proz. bei infektiösen/parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei Sepsis, oh. best. Eingr. bei Hüftendoproth. od. plast. Rekonstr. Brustwand, mit best. maß. kompl. Eingr.		461	175	0,662	0,062
T01D	OR-Proz. bei infektiösen/parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei Sepsis, oh. best. Eingr. bei Hüftendoproth. od. plast. Rekonstr. Brustwand, oh. best. maß. kompl. Eingr.		239	135	0,350	0,061
T36Z	Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. N. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.		1.469	171	1,304	0,118
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten		611	164	0,388	0,062
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		748	168	0,654	0,081

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. äuß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC		505	164	0,456	0,080
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC		504	171	0,504	0,072
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		364	165	0,323	0,089
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., mehr als ein Belegungstag		325	184	0,361	0,067
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme		177	164	0,306	0,160
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., ein Belegungstag		142	153	0,278	0,163
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen		196	165	0,235	0,063
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre		290	161	0,366	0,066
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre		164	174	0,258	0,071
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation		373	164	0,317	0,076
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation		267	142	0,299	0,063
T63C	Anderer virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation		151	179	0,212	0,069
T64A	Anderer infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre		236	124	0,244	0,071
T64B	Anderer infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag		285	165	0,346	0,066
T64C	Anderer infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose		218	182	0,291	0,068
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten		491	168	0,474	0,066
U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation	x	638	120	1,166	0,056
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen		467	128	0,270	0,059
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch- psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	x	458	154	0,188	0,055
U42A	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter < 19 Jahre	x	414	105	0,201	0,055

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage		441	160	0,229	0,058
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage		331	107	0,278	0,060
U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre	x	653	88	0,235	0,056
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		105	137	0,222	0,102
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		110	171	0,226	0,114
U61Z	Schizophrene, wahnhafte und akut psychotische Störungen		247	137	0,338	0,076
U63Z	Schwere affektive Störungen		255	161	0,372	0,066
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen		229	165	0,375	0,071
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit		223	165	0,322	0,067
V40Z	Qualifizierter Entzug		282	127	0,209	0,060
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit		266	142	0,318	0,081
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit		135	163	0,214	0,095
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug		172	154	0,229	0,083
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit		171	125	0,231	0,122
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit		148	157	0,227	0,175
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation	x				
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		2.630	165	4,053	0,111
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		1.422	165	2,311	0,095
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen		1.559	169	3,115	0,071
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen		1.063	166	1,859	0,074
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen		1.302	163	2,502	0,071

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen		805	168	1,326	0,074
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	x	1.877	160	2,494	0,064
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta		2.930	164	4,003	0,135
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	x	901	108	0,620	0,062
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme		416	160	0,933	0,236
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose		452	159	0,574	0,082
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose		372	160	0,500	0,078
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC		1.091	165	1,497	0,064
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT		499	164	0,799	0,061
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT		260	142	0,507	0,068
X04Z	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität		266	154	0,479	0,069
X05A	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff		261	117	0,530	0,069
X05B	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff		187	117	0,375	0,075
X06A	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC		682	166	0,956	0,073
X06B	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff		314	169	0,549	0,068
X06C	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff		217	168	0,404	0,069
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers		1.834	133	4,256	0,066
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe		929	134	2,148	0,066
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten		1.339	165	2,276	0,069
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen		133	179	0,225	0,087
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata		164	184	0,253	0,092
X64Z	Anderer Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung		115	175	0,198	0,107

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	x	3.558	146	4,765	0,149
Y02A	Anderen Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.994	159	2,455	0,102
Y02B	Anderen Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.		952	160	1,215	0,079
Y02C	Anderen Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.		577	132	1,012	0,068
Y02D	Anderen Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.		551	139	0,666	0,077
Y03A	Anderen Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC		304	140	0,433	0,082
Y03B	Anderen Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC		347	161	0,470	0,075
Y61Z	Schwere Verbrennungen	x	253	116	0,396	0,090
Y62A	Anderen Verbrennungen, Alter < 6 Jahre		150	134	0,179	0,068
Y62B	Anderen Verbrennungen, Alter > 5 Jahre		189	168	0,202	0,067
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag		89	116	0,162	0,113
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		425	159	0,821	0,065
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von Harnblasengewebe		253	181	0,489	0,076
Z02Z	Leberspende (Lebendspende)	x	1.084	153	2,285	0,075
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)		658	138	1,350	0,085
Z04Z	Lungenspende (Lebendspende)	x				
Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender	x	387	114	0,611	0,143
Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender	x	107	85	0,161	0,112
Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	x	170	114	0,301	0,104
Z64A	Anderen Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik		334	76	0,561	0,184
Z64B	Anderen Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik		381	75	0,755	0,191

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontak Anlass		159	162	0,336	0,085
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage		126	183	0,232	0,081
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung		179	168	0,293	0,071
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende		257	144	0,584	0,098
801A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.152	183	1,664	0,073
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation		953	174	1,512	0,069
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie		777	171	1,101	0,069
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		709	185	1,030	0,067
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur		512	171	0,813	0,066
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte		541	185	0,881	0,066
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur		386	182	0,656	0,064
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur		318	183	0,543	0,066
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose		220	167	0,410	0,072
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht		230	115	0,237	0,126
960Z	Nicht gruppierbar					
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose					
962Z	Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea					