

# InEK

## Abschlussbericht

Entwicklung von  
Investitionsbewertungs-  
relationen (IBR)  
gem. § 10 KHG  
für das Jahr 2015

Siegburg, den 25.9.2015

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
<b>VORWORT .....</b>	<b>1</b>
<b>1 EINFÜHRUNG .....</b>	<b>2</b>
<b>2 METHODISCHER ANSATZ.....</b>	<b>4</b>
2.1 Leistungsorientierung.....	4
2.2 Investitionskosten .....	5
2.3 Modulare Kostengliederung .....	6
2.4 Fallbezug und Kostenbewertung je Entgelt.....	8
<b>3 ERHEBUNG VON KOSTENDATEN.....</b>	<b>10</b>
3.1 Beteiligung .....	10
3.2 Umfang der Datenlieferung.....	11
3.3 Datenprüfung .....	12
<b>4 KALKULATIONSDATENBASIS.....</b>	<b>15</b>
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.....	24
<b>5 ERGEBNISSE.....</b>	<b>27</b>
5.1 Investitionsbewertungsrelationen .....	27
5.1.1 Bewertungsrelationen für das G-DRG-System 2015.....	27
5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im G-DRG-System 2015.....	28
5.2 IBR-Bezugsgröße.....	28
<b>6 WEITERENTWICKLUNG .....</b>	<b>30</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>31</b>

## 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 2015 vor.

Den 44 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 2015. 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 2015. 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 (KH) 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 2015 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 27. Januar 2015 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 2015 am 9. März 2015 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 zukünftig 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 September 2015



## 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 krankenhausespezifischen 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 2015 hatten 48 Krankenhäuser eine Vereinbarung mit dem InEK geschlossen, davon hatten 44 Krankenhäuser während der Datenlieferungsphase zwischen dem 31. Juli und dem 15. September 2014 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 2015	Anzahl Vorjahr
Krankenhäuser mit Vereinbarung	48	45
Krankenhäuser mit Datenlieferung	44	39
davon Teilnehmer DRG-/PEPP-Kalkulation	39	34
davon Teilnehmer nur IBR-Kalkulation	5	5

Tabelle 1: Kalkulationskrankenhäuser der IBR-Datenerhebung für 2015

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

Bundesland	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	2
Bayern	3
Berlin	2
Brandenburg	2
Bremen	2
Hamburg	1
Hessen	2
Niedersachsen	4
Nordrhein-Westfalen	15
Rheinland-Pfalz	4
Saarland	1
Sachsen	3
Schleswig-Holstein	3

Tabelle 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Mit 15 Teilnehmern stellt Nordrhein-Westfalen den mit Abstand größten Anteil der Krankenhäuser (ca. 40%). 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. Zehn Teilnehmer haben Daten sowohl für den DRG- als auch den PEPP-Entgeltbereich zur Verfügung gestellt.

Entgeltbereich	Anzahl Krankenhäuser 2015	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr
Datenübermittlung für den DRG-Entgeltbereich	43	38
Datenübermittlung für den PEPP-Entgeltbereich	11	10

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 2015	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr
Frei-gemeinnützig	23	20
Öffentlich	21	19
davon Universitätskliniken	4	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 2015 gilt das Datenjahr 2013).
- Die Kosten müssen mit Investitionsmaßnahmen in Verbindung stehen, die innerhalb des für die Erhebung gültigen Kalkulationszeitraums durchgeführt wurden. Der für die Kalkulation für 2015 gültige Kalkulationszeitraum umfasst die



Jahre 2007 bis 2013. 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 der Probekalkulation 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.

<b>Ausschlussgrund</b>	<b>Anz. ausgeschl. Modulwerte</b>
Leistungsmenge fehlt oder falsch mit erheblichen Auswirkungen auf die Kostensatzberechnung (fehlerhafte Fallauswahl des KH)	53
Auffälliger Kostensatz (Abweichung von plausiblen Grenzen > 100 %) mit dominierendem Einfluss auf den mittleren Modulkostensatz	24
Falsche Kontozuordnung mit daraus folgender falscher Kostenverrechnung (abweichende Nutzungsdauer, Verteilschlüssel)	17
Fehlerhafte Kostenübermittlung (Kennzeichnung Miete/AHK)	1

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 Leistungsinformationen (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.

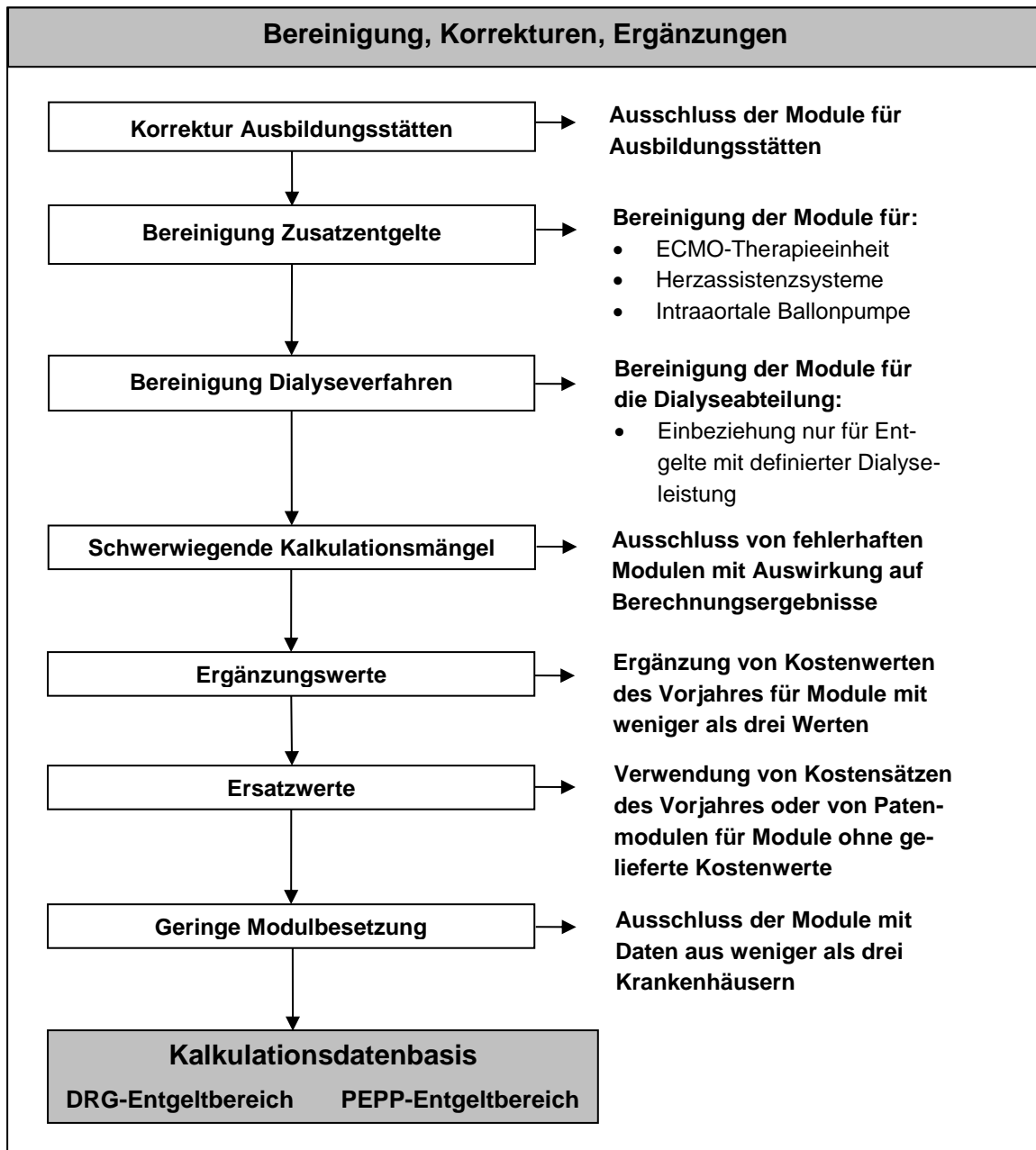


Abbildung 1: Übersicht Prozess – Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

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 Kalkulation des Vorjahres (Datenjahr 2012, Kalkulationszeitraum 2006–2012) zur Verfügung.

**Ergänzungswerte** sind von Krankenhäusern im Vorjahr für dasselbe Modul gelieferte Daten (Kostenwerte und das damit verbundene Leistungsvolumen der Fälle des Vorjahres). Falls für ein Modul in der aktuellen Datenerhebung nicht mehr als zwei Kostenwerte übermittelt wurden, wurden diese – sofern vorhanden – um die im Vorjahr 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 des Vorjahres, 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	100
Ergänzungs- und Ersatzwerte	38

Tabelle 6: Module mit Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

Die Angaben in der Spalte „Anzahl Module“ beziehen sich auf die für die Kalkulation für 2015 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	1.552
Anzahl Fälle	21.403.452

Tabelle 7: Umfang der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG, Datenerhebung 2013 (Stand: 31. Mai 2014)

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	44
Anzahl Modulkostenwerte	1.830
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	1.007.019

Tabelle 8: Umfang der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2013

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 2013 zur Verfügung stehenden Fallmengen gibt Tabelle 9 wieder.

Kriterium	DRG-Kalkulation	PEPP-Kalkulation
Anzahl Krankenhäuser	249	85
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	3.735.784	205.537

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 2015 wurde eine Gesamtanzahl von 204 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 204 Module gelieferten Kostenwerte (Modulbesetzung) zeigt Abbildung 2:

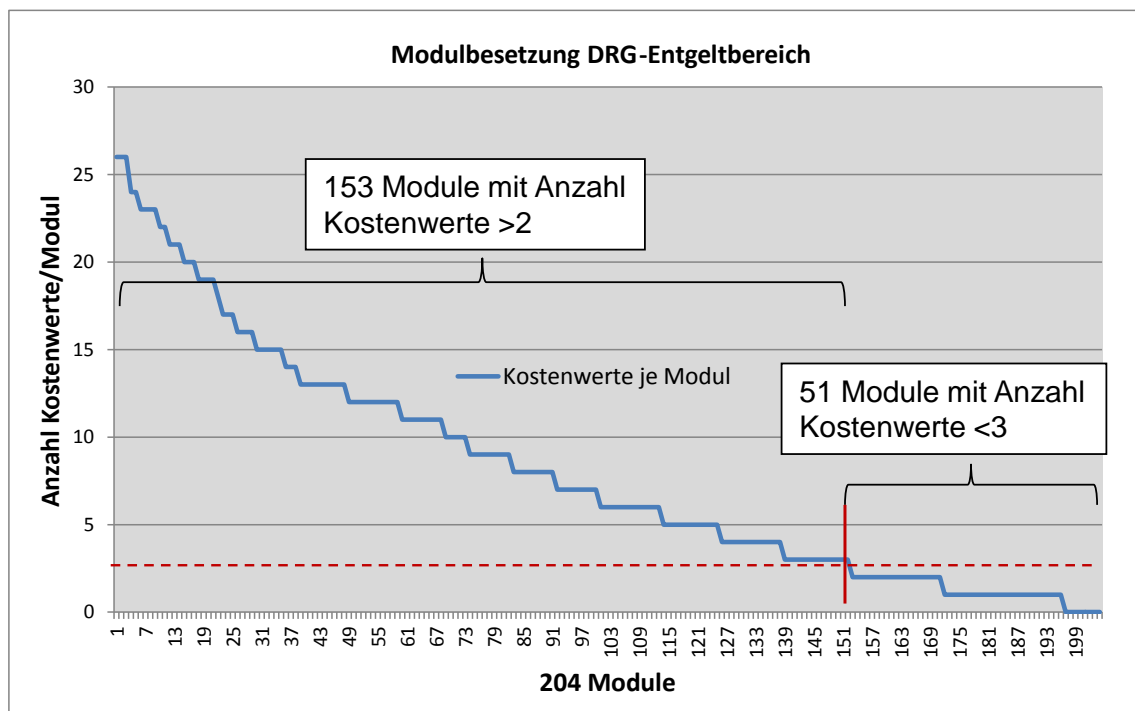


Abbildung 2: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

Für 153 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 weni-

ger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 51 Module zeigt Tabelle 10 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	8
Module mit 1 Kostenwert	25
Module mit 2 Kostenwerten	18
Gesamt von 205	51

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 38 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
<b>Ergänzungswerte Vorjahr</b> Insgesamt 55 von den KH im Vorjahr gelieferte Kostenwerte	26
<b>Ersatzwerte Vorjahr</b> Modulkostensätze für dasselbe Modul	4
<b>Ersatzwerte Datenjahr</b> Modulkostensätze eines Patenmoduls	8

Tabelle 11: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Verwendung von Ergänzungs- und Ersatzkostenwerten

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	204
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	51
zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	38
Für Kalkulation verwendbare Module	191
Saldo: fehlende Module	13

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

Für 191 von benötigten 204 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 13 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 2015 konnte auf die Daten der im Vorjahr durchgeführten Erstkalkulation 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 2015 konnten für 13 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	Status Datenlieferung
1	Normalstation	7001030	Basis-Ausstattung 15J	weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte
2	Intensivstation	7001030	Basis-Ausstattung 15J	weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte
4	OP-Bereich	7001030	Basis-Ausstattung 15J	kein Kostenwert geliefert
5	Anästhesie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte
6	Kreißaal	7001030	Basis-Ausstattung 15J	kein Kostenwert geliefert
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	kein Kostenwert geliefert
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7006030	OP-Tisch	kein Kostenwert geliefert
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte
9	Radiologie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	kein Kostenwert geliefert
9	Radiologie	7006070	OP-Navigations-/Stereotaxiegerät	kein Kostenwert geliefert
10	Laboratorien	7001030	Basis-Ausstattung 15J	weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte
11	Übrige Diag./Ther.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	kein Kostenwert geliefert
11	Übrige Diag./Ther.	7014010	Spezial-MT Psychotherapie	weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte

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

Die Bedeutung der durch die fehlenden Kosten bestehenden Datenlücke für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen ist je nach Modul unterschiedlich einzuschätzen:

Die nachfolgend dargestellten Module umfassen besondere Ausstattung, die in Anspruch genommen werden kann, wenn die Leistung in dem betreffenden Leistungsbereich erbracht wird (siehe Tab. 14).

KStGr	KStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung	Ausstattung / Fallspektrum
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7006030	OP-Tisch	OP-Tisch einschl. Säule und Zubehör; Patientengeräteauflage i.d.R. Systembestandteil der kardiolog. Ausstattung (z.B. Herzkathetermessplatz); Kosten dann in Modul 7_07009010 erfasst
9	Radiologie	7006070	OP-Navigations-/Stereotaxiegerät	OP-Navigations-/Stereotaxiegeräte, in diesem Modul Ausstattung für Strahlentherapie; betrifft Fälle mit stereotakt. Bestrahlung
11	Übrige Diag./Ther.	7014010	Spezial-MT Psychotherapie	z.B. Biofeedbackgeräte, Geräte für psychol. Testverfahren, EKT-Geräte; betrifft grds. Fälle mit psych. Krankheitsbild, überwiegender Einsatz in KStGr 21-26

Tabelle 14: Module ohne Kosten: Ausstattung für spezialisierte Leistungserbringung

Die Ausstattung der aufgeführten Module ist weitgehend durch weitere Module in anderen Leistungsbereichen (z.B. OP-Navigations-/Stereotaxiegerät, Geräte Psychotherapie) abgebildet oder kann als Teil einer Gerätekombination einem anderen Anlagenkonto (und damit Modul) zugeordnet sein (z.B. OP-Tisch im Leistungsbereich Kardiologie).

Das Vorliegen einer Datenlücke im Sinne einer für die betreffende Ausstattung lückenhaften Bewertung ist daher als fraglich anzusehen.

Die übrigen Module betreffen eine Anlagenausstattung, deren Vorhandensein im Krankenhaus nicht vorausgesetzt werden kann (siehe Tab. 15).

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	Kreißsaal	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 15: Module ohne Kosten: Nicht als notwendig anzusehende Ausstattung

Die dem Anlagenkonto „Basis-Ausstattung“ zuzuordnenden Anlagegüter sind nicht als für die Patientenversorgung notwendiger Teil der Ausstattung im Krankenhaus anzusehen. 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.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass für den DRG-Entgeltbereich für über 90% der für die IBR-Berechnung benötigten Module Kostendaten vorlagen, die den an die Kalkulationsdatenbasis gestellten Anforderungen entsprachen. Die auf wenige Module beschränkten Datenlücken besitzen für eine kleine Anzahl von Entgelten eine eher untergeordnete Bedeutung, haben auf die große Mehrzahl der Entgelte jedoch keine Auswirkung.

#### 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 2015 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:

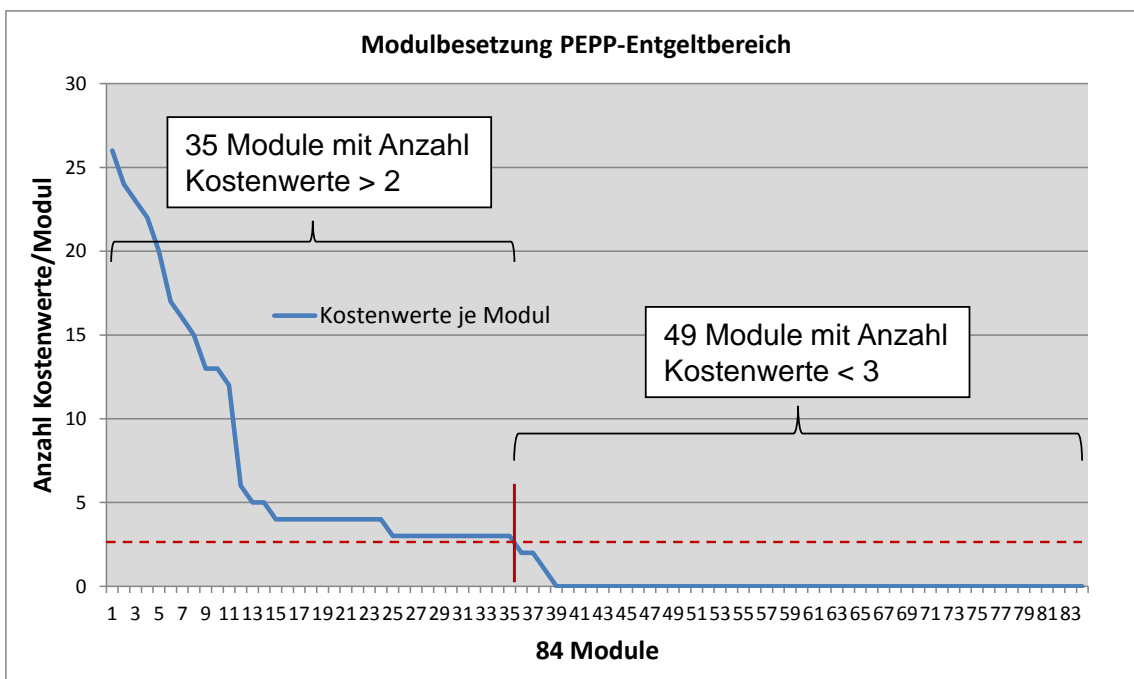


Abbildung 3: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

Für 35 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 49 Module weniger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 49 Module zeigt Tabelle 16 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	46
Module mit 1 Kostenwert	1
Module mit 2 Kostenwerten	2
Gesamt von 84	49

Tabelle 16: 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 Erstkalkulation des Vorjahres standen jedoch keine geeigneten 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 17:

Module	Anzahl
Benötigte Module	84
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	49
zugl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	0
Für Kalkulation verwendbare Module	35
Saldo: fehlende Module	49

Tabelle 17: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Für die IBR-Berechnung benötigte und verwendbare Module

Für 35 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.

Den 35 zum PEPP-Entgeltbereich zählenden Modulen (darunter 13 Module der Basis-Kostenstellengruppe 30) mit einer ausreichenden Anzahl an Kostenwerten standen nach Abschluss der Datenerhebung 49 Module gegenüber, bei denen der Umfang der übermittelten Kostenwerte nicht den an die Kalkulationsdatenbasis gestellten Anforderungen entsprach. Damit standen lediglich für ca. ein Drittel 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. 11 teilnehmende Einrichtungen übermittelten für 71 benötigte Module (Module der Kostenstellengruppen 21–26, ohne Kostenstellengruppe 30) insgesamt 102 nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte.

Weitere Ergänzungs- und Ersatzwerte konnten nicht herangezogen werden, da auch bei der Kalkulation im Vorjahr nur eine sehr geringe Beteiligung von Einrichtungen aus dem PEPP-Entgeltbereich zu verzeichnen war. Geeignete Patenmodule ließen sich aus dem Kreis der für den PEPP-Entgeltbereich relevanten Module nicht bestimmen.

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 2015

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des G-DRG-Systems 2015 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.

Zur besseren Berücksichtigung von Unterschieden in der verweildauergeprägten Nutzung bestimmter Ausstattungsbereiche (insbesondere bei einer Häufung von Kurz- bzw. Langliegerfällen) enthält der IBR-Katalog für 2015 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. Verweildauerabhängige Zu- oder Abschläge sind gemäß Vereinbarung nicht vorgesehen und wurden daher nicht berechnet.

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. Der IBR-Katalog enthält für diese Entgelte neben der fallbezogenen Bewertungsrelation ergänzend zur Unterstützung im Abrechnungsverkehr eine auf die mittlere Verweildauer der Fälle der jeweiligen Fallpauschale berechnete tagesbezogene Bewertungsrelation.



### 5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im G-DRG-System 2015

Von den im G-DRG-System 2015 definierten Zusatzentgelten (ZE) kamen für die Berechnung einer Investitionsbewertungsrelation diejenigen Leistungen in Frage, deren Erstellung 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-Fallpauschalenkatalog 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.

Erstmals lag für den IBR-Katalog für das Jahr 2015 eine ausreichende Datenbasis zur Bewertung der Zusatzentgelte mit Leistungen unter Einsatz einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) und von Verfahren der Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO) vor.

## 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-Fallpauschalenkatalog. 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:

Summe der Bewertungsrelationen = Fallzahl der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG

bzw. Summe der Bewertungsrelationen / Fallzahl = 1,0

Auf dieser Grundlage beträgt für das Jahr 2015 die für den DRG-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall 313,07 € (Vorjahr: 286,06 €).

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

Die 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 2015 sind für einzelne Module mit besonders hohem Leistungsvolumen (u.a. Gebäude Normalstation, Ausstattungen im Bereich Basis-Kostenstelle) teilweise deutlich höhere Kostensätze als im Vorjahr zu verzeichnen. Dies führt zu einem Zuwachs des insgesamt verrechneten Kostenvolumens im Vorjahresvergleich. Ein weiterer wesentlicher 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 5,4% erhöht.

## 6 Weiterentwicklung

Mit den Investitionsbewertungsrelationen steht erstmals 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 allen Beteiligten vielfach 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 44 Kalkulationskrankenhäuser führten für den DRG-Entgeltbereich zu einer annähernd 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 der Datenerhebung des Vorjahres

#### **Tabelle A-1-2:**

Module mit Verwendung von Ersatzwerten (aus der Datenerhebung des Vorjahres/  
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 der Datenerhebung des Vorjahres

KStGr	KStGr Bezeichnung	Module		Anzahl Kostenwerte
		Konto	Konto Bezeichnung	
1	Normalstation	7006100	Spezial-MT Urologie	1
2	Intensivstation	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	5
4	OP-Bereich	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2
4	OP-Bereich	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	1
5	Anästhesie	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2
5	Anästhesie	7001020	Basis 10J	2
6	Kreißaal	7001010	Basis 5J	2
6	Kreißaal	7001020	Basis 10J	2
6	Kreißaal	7001040	Mobiliar	2
6	Kreißaal	7001050	DV-PC/Endgeräte	7
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	2
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002030	Infusionspumpen	3
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	1
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001060	DV-Anlagen	1
8	Endoskop. Diag./Ther.	7002030	Infusionspumpen	2
9	Radiologie	7001020	Basis 10J	1
9	Radiologie	7002020	Patientenbetten/-liegen	1
9	Radiologie	7002030	Infusionspumpen	2
9	Radiologie	7011060	Nuklearmed. SPECT	1
9	Radiologie	7011090	Strahlenther. - Beschleuniger	3
9	Radiologie	7011100	Strahlenther. - Behandlungsger.	1
10	Laboratorien	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2
10	Laboratorien	7001020	Basis 10J	3
10	Laboratorien	7001040	Mobiliar	3
11	Übrige Diag./Ther.	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	2
11	Übrige Diag./Ther.	7006110	Spezial-MT Zahnheilkunde	1

**Tabelle A-1-2:**

Module mit Verwendung von Ersatzwerten (aus der Datenerhebung des Vorjahres/ eines Patenmoduls des Datenjahres)

KStGr	KStGr Bezeichnung	Module		Herkunft Datenerhebung	Herkunft Modul	Bemerkung
		Konto	Konto Bezeichnung			
1	Normalstation	6010000	Techn. Anl. Nuklearmedizin	Datenjahr		berechnet auf Basis von 2 KH-Werten
6	Kreißaal	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr	11_6000000	
6	Kreißaal	7002020	Patientenbetten/-liegen	Datenjahr	8_7002020	
6	Kreißaal	7002030	Infusionspumpen	Vorjahr	6_7002030	
6	Kreißaal	9020000	Software (fremd)	Datenjahr	8_9020000	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr	11_6000000	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001020	Basis 10J	Vorjahr	7_7001020	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002020	Patientenbetten/-liegen	Datenjahr	8_7002020	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	Datenjahr	8_7002070	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7006040	OP-Besteck	Vorjahr	7_7006040	
8	Endoskop. Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr	11_6000000	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7006040	OP-Besteck	Vorjahr	7_7006040	
11	Übrige Diag./Ther.	7002060	Beatmung	Datenjahr	1_7002060	

**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		5.037	163	6,890	0,121
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre		2.239	166	3,576	0,089
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre		1.538	143	2,757	0,078
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas		1.658	159	3,069	0,072
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden		4.286	161	5,353	0,162
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden		1.798	162	3,348	0,077
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x	3.241	139	1,750	0,070
A04B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 16 Jahre		1.702	166	1,477	0,059
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre		1.474	167	1,440	0,063
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch		1.210	168	1,217	0,063
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, Alter > 15 Jahre		886	156	0,711	0,060
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre		5.509	164	5,760	0,112
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre		5.211	163	4,972	0,085
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und mit intensivmed. Komplexbehandlung > - / 3680 / 3680 Aufwandspunkte		14.832	171	10,848	0,263
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma		11.887	171	8,024	0,249
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.		8.476	166	8,263	0,212

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte		7.632	172	6,114	0,224
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Punkte		6.979	171	4,935	0,241
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose		5.517	160	4,221	0,208
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose		5.386	164	4,043	0,203
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. oder mit sehr kompl. Eingr. und int. Komplexbeh. > -/2208/- P.		5.540	184	5,425	0,184
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorekr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. und Alter < 16 Jahre		4.699	174	4,670	0,201
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1754/1656/2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre		4.077	172	3,652	0,215
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470/1380/1380 und < 1765/1657/2209 Aufwandspunkte		3.993	169	2,764	0,235
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/1380/1380 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur		3.240	166	2,505	0,195
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470/1380/1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur		3.106	164	2,353	0,204
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkompl. Eingriff oder Alter < 2 J. bei angeb. Fehlbildung od. mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 J.		3.639	172	4,237	0,134
A11B	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.		2.778	175	3,135	0,183

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A11C	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre		2.759	182	3,187	0,156
A11D	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		2.469	176	2,511	0,201
A11E	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		2.242	172	2,063	0,166
A11F	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 Jahre		1.904	165	1,546	0,194
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose od. Prozedur, mit äußerst schweren CC		1.759	165	1,462	0,171
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC		1.488	159	1,304	0,168
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.		2.147	171	3,115	0,127
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.		2.163	174	3,504	0,120
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		2.110	171	2,531	0,110
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.		1.667	175	2,250	0,134
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		1.504	187	1,695	0,130



DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		1.110	169	1,117	0,171
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		998	167	0,968	0,147
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		890	168	0,850	0,151
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x	1.630	122	1,737	0,061
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre		622	137	0,358	0,053
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre		632	160	0,558	0,062
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom		502	161	0,350	0,061
A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas	x	1.195	137	2,020	0,069
A16B	Injektion von Pankreasgewebe	x	1.959	116		
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder ABO-inkompatible Transplantation		1.194	166	1,911	0,072
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne ABO-inkompatible Transplantation		898	162	1,492	0,072
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion		10.634	170	9,833	0,191
A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung	x				
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen		3.283	167	2,628	0,135
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 1177 / 1657 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen		1.905	185	1,970	0,107
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie		453	160	0,415	0,060
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter < 16 Jahre		246	135	0,404	0,073
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre		170	159	0,231	0,067
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	x	2.578	158	1,810	0,084
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC		593	167	0,757	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		245	158	0,363	0,068
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		266	167	0,354	0,065
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag		94	158	0,203	0,096
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC		699	160	0,624	0,065
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC		136	157	0,229	0,075
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation		644	162	0,940	0,070
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation		697	163	1,467	0,064
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm oder Nieren-Pankreas-Transplantation		519	169	0,825	0,066
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation		278	158	0,623	0,075
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste		560	168	0,878	0,066
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.667	171	3,510	0,077
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems oder Alter < 6 Jahre und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel		3.899	168	9,328	0,072
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und äuß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel		3.063	165	7,184	0,072
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur		1.243	173	2,837	0,084
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur		782	168	1,363	0,083
B03Z	Operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösart. Neubild. od. mit schw. CC od. mit intraop. Monitoring od. Eingriffe b. zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit äuß. schw. CC		790	172	1,564	0,070
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC		916	162	1,715	0,083
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC		834	163	1,484	0,080

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		442	161	1,031	0,085
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC		512	168	1,064	0,086
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom		143	156	0,308	0,081
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose		915	173	1,433	0,072
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel		349	163	0,714	0,069
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	x	1.774	169	1,838	0,069
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen		721	166	1,172	0,077
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	x	2.049	136	5,206	0,069
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen		2.602	169	6,740	0,061
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen		1.012	170	2,546	0,065
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		736	162	1,696	0,077
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		348	161	0,820	0,068
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. Ingr., Alt. < 19 J. od. m. schw. CC, Alt. > 15 J.		436	163	0,767	0,070
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. Ingr.		291	168	0,596	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. Ingr., ohne auß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.		204	161	0,452	0,076
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelschuntes		480	168	0,951	0,068
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre		846	162	1,919	0,081
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose		1.149	184	2,804	0,081

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff		576	128	1,176	0,078
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose		660	165	1,332	0,080
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie		674	170	1,431	0,077
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie		571	167	1,124	0,076
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation		1.821	162	4,790	0,071
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation		238	129	0,450	0,068
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		2.985	171	3,266	0,163
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.918	171	2,369	0,132
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation		941	167	1,600	0,087
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation		828	173	1,471	0,083
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation		754	169	1,368	0,084
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		857	135	0,793	0,081
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		572	118	0,407	0,064
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	x	1.298	165	0,523	0,064
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		950	159	0,679	0,081
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		872	163	0,674	0,082

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		564	166	0,398	0,063
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		495	162	0,355	0,061
B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	x	391	121	0,254	0,058
B47Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		322	139	0,243	0,059
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen		441	111	0,342	0,057
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	x	472	164	0,328	0,060
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag		322	161	0,456	0,064
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag		116	136	0,285	0,085
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt		880	160	1,779	0,122
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	x	1.169	174	1,302	0,068
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion		273	165	0,390	0,067
B64Z	Delirium		259	164	0,344	0,069
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation		446	154	0,507	0,068
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation		396	165	0,490	0,068
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr		200	138	0,375	0,075
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre		251	171	0,453	0,070
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung		372	164	0,311	0,061
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung		301	162	0,339	0,062
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		411	160	0,391	0,064
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		285	126	0,584	0,070
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose		351	160	0,672	0,067
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose		260	162	0,419	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden		388	161	0,658	0,091
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC		504	159	0,659	0,086
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äuß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. CC		362	164	0,623	0,100
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		255	178	0,473	0,076
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose		548	165	0,729	0,083
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus		479	169	0,710	0,085
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.		452	166	0,650	0,086
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.		439	168	0,668	0,090
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		426	168	0,604	0,077
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		339	169	0,503	0,070
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		275	139	0,498	0,151
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		243	131	0,408	0,154
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag		204	159	0,565	0,086

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC		686	154	0,762	0,074
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		357	159	0,401	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. auß. schw. od. schw. CC, auß. b. Para- / Tetrapl. od. ohne schw. CC, b. Para- / Tetrapl.		294	164	0,396	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		222	181	0,368	0,069
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre		268	155	0,367	0,069
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 15 Jahre		412	165	0,676	0,070
B73Z	Virusmeningitis		244	158	0,353	0,067
B75Z	Fieberkrämpfe		143	163	0,268	0,081
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	x	335	165	0,400	0,063
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		405	165	0,484	0,081
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, mit angeborener Fehlbildung		411	166	0,478	0,076
B76D	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung		266	167	0,400	0,074
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose		201	165	0,323	0,081
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose		193	180	0,343	0,079
B77Z	Kopfschmerzen		194	174	0,406	0,079
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose		349	167	0,506	0,084
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose		278	165	0,427	0,081
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor		188	167	0,337	0,082
B80Z	Andere Kopfverletzungen		120	179	0,227	0,084

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose		392	165	0,754	0,077
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose		245	170	0,450	0,070
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven		157	172	0,289	0,077
B84Z	Vaskuläre Myelopathien		424	159	0,800	0,073
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose		453	165	0,509	0,065
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose		346	167	0,463	0,068
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen		261	164	0,402	0,068
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose		230	165	0,378	0,069
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet		322	111	0,597	0,067
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen		433	158	0,910	0,064
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen		277	164	0,508	0,063
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung		569	165	1,307	0,066
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung		352	165	0,757	0,066
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates		305	155	0,678	0,064
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina		258	157	0,574	0,066
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina		274	161	0,594	0,065
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina		237	159	0,508	0,066
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre		378	136	0,773	0,061
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre		322	163	0,630	0,061
C05Z	Dakryozystorhinostomie		233	159	0,506	0,069
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom		252	164	0,462	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)		196	154	0,425	0,068
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE)		181	159	0,328	0,065
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extradktion der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse		209	156	0,445	0,068
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse		148	158	0,332	0,078
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand		202	117	0,511	0,080
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre		180	103	0,448	0,083
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre		179	156	0,444	0,084
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider		272	162	0,594	0,066
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen		203	161	0,465	0,072
C14Z	Andere Eingriffe am Auge		204	164	0,447	0,069
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina		232	162	0,496	0,067
C16Z	Aufwändige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre		288	119	0,659	0,068
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre		193	139	0,462	0,076
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre		191	166	0,422	0,071
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen		202	158	0,228	0,061
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges		277	179	0,561	0,070
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen		134	157	0,243	0,070
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges		183	166	0,369	0,071
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides		104	158	0,189	0,076
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges		178	163	0,337	0,073
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus		195	159	0,339	0,067
D01A	Kochleaimplantation, bilateral	x	581	117	1,522	0,067
D01B	Kochleaimplantation, unilateral		470	164	1,144	0,069
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		1.844	171	4,131	0,078
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		1.022	164	2,147	0,075
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr		409	160	0,908	0,069
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter > 0 Jahre		435	159	1,031	0,065
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen		661	162	1,601	0,076
D05A	Komplexe Parotidektomie		518	161	1,286	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien		391	166	0,931	0,067
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre		380	160	0,838	0,068
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		344	167	0,766	0,068
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose		301	167	0,687	0,068
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		660	166	1,231	0,076
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		290	168	0,611	0,071
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC		401	169	0,774	0,073
D12A	Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		388	168	0,855	0,069
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		259	168	0,549	0,070
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund mit komplizierender Diagnose		229	142	0,533	0,075
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose		177	170	0,389	0,075
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese		778	164	1,223	0,075
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC		627	163	1,119	0,068
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht		239	162	0,580	0,074
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen		2.732	168	7,212	0,060
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag		787	165	2,091	0,066
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund mit Mundboden- oder Vestibulumplastik		341	140	0,768	0,065
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik		226	165	0,496	0,072
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	x	454	139	1,150	0,068
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC		1.469	169	3,001	0,074
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff		876	167	1,892	0,073
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff		1.804	170	4,009	0,069
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		561	166	1,199	0,069
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		648	164	1,123	0,073
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		372	166	0,797	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen		385	167	0,886	0,069
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung		308	165	0,677	0,069
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne äuß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Ves-tib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.		285	169	0,651	0,070
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose		203	167	0,375	0,065
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses		1.229	145	2,519	0,070
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung		397	146	0,909	0,068
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen		334	160	0,804	0,071
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gau-menspalte oder Spaltnase oder Septorhinoplastik mit Rippenknor-peltransplantation		505	121	1,252	0,064
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gau-menspalte oder Spaltnase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknor-peltransplantation		372	161	0,897	0,065
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen		248	165	0,540	0,067
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase		171	156	0,357	0,073
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung		194	162	0,454	0,078
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie		415	162	0,740	0,070
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie		318	167	0,419	0,064
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungs-tag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		223	170	0,486	0,074
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus		235	162	0,425	0,070
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichts-störungen, Hörverlust, Tinnitus		212	176	0,400	0,073
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre		154	181	0,265	0,072
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre		126	160	0,206	0,073
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis		105	139	0,193	0,076
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase		159	164	0,328	0,080
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals		182	181	0,351	0,073
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle		187	180	0,380	0,072
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose		1.191	169	2,051	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		829	169	1,568	0,079
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre		360	161	0,674	0,078
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwändigem Eingriff, Alter > 9 Jahre		535	167	0,791	0,070
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre		374	173	0,681	0,068
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag		399	140	0,871	0,108
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC		986	173	1,663	0,079
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung		737	168	1,372	0,080
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung		620	164	1,071	0,078
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst schweren CC		772	165	1,100	0,076
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre, mit offen chirurgischer Pleurolyse oder mit bestimmten atypischen Lungenresektionen		608	160	1,059	0,079
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse, ohne bestimmte atypische Lungenresektionen		501	169	0,849	0,077
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom		251	144	0,492	0,074
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden		1.542	146	3,203	0,075
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		2.573	168	6,652	0,061
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen		826	169	2,025	0,065
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		1.702	171	1,223	0,166
E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	1.233	85		
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., mehr als 2 Belegungstage, mit kompl. Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / - / - P. oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 J., mit auß. schw. CC oder ARDS		674	161	0,713	0,117

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		695	168	0,793	0,108
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		581	169	0,619	0,114
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	887	154	0,595	0,065
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		576	164	0,367	0,062
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC		282	166	0,301	0,063
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		260	173	0,287	0,062
E63Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage		125	164	0,260	0,079
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie		342	169	0,474	0,072
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre		229	137	0,302	0,081
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre		272	160	0,352	0,070
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag		108	156	0,271	0,073
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion		428	166	0,460	0,067
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr		299	164	0,367	0,067
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre		255	166	0,327	0,068
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose		265	159	0,350	0,075
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose		193	174	0,287	0,073
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie		229	140	0,274	0,068
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag u. Alter > 55 Jahre oder mit äußerst schweren od. schw. CC, Alt. > 0 J., außer b. Para- / Tetraplegie od. ein Belegungstag od. ohne äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J., m. RS-Virus-Infektion		236	166	0,304	0,067
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr, ohne RS-Virus-Infektion		135	156	0,182	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		126	158	0,193	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		162	180	0,301	0,075
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre		154	138	0,179	0,067
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre		228	156	0,325	0,067
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC		401	168	0,509	0,065
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie		349	170	0,664	0,068
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie		206	172	0,364	0,070
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC		460	163	0,473	0,068
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC		256	162	0,382	0,068
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung		277	165	0,441	0,067
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre		253	159	0,389	0,074
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre		324	163	0,383	0,067
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose		215	170	0,339	0,070
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	x	1.022	167	0,579	0,061
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC		276	123	0,412	0,065
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax		280	162	0,375	0,075
E77A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		598	134	0,418	0,096
E77B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder komplexer Diagnose bei Z.n. Organtransplantation		579	161	0,561	0,068
E77C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne komplexe Diagnose bei Z.n. Organtransplantation, mit äußerst schweren CC		527	178	0,509	0,066
E77D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom		413	163	0,373	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E77E	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mit sehr komplexer Diagnose mit äußerst schweren oder schweren CC		364	164	0,423	0,066
E77F	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC		325	167	0,346	0,066
E77G	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		299	157	0,317	0,065
E77H	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		186	156	0,228	0,069
E77I	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		249	180	0,305	0,067
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage		121	111	0,259	0,091
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems		763	163	1,404	0,074
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff		804	160	1,457	0,079
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff		489	166	0,959	0,074
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff		822	160	1,368	0,079
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC		712	163	1,076	0,078
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff		476	166	0,879	0,075
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC		371	163	0,743	0,076
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation		251	156	0,508	0,077
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation		236	159	0,497	0,079
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie		1.379	170	2,778	0,087
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie		1.129	164	2,256	0,088
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff		1.232	167	2,489	0,078

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingr. oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre		878	157	1,940	0,081
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingriff oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler		1.037	167	2,056	0,080
F03F	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne Dreifach- / Zweifacheingriff, außer bei angeborenem Herzfehler, ohne komplexen Eingriff, außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.		870	165	1,700	0,082
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		1.285	164	2,792	0,091
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff		1.879	161	3,305	0,078
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff		1.513	161	2,615	0,072
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation		1.167	161	2,381	0,089
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation		1.184	167	2,409	0,081
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation, außer bei Infarkt, ohne Reoperation		1.126	167	2,325	0,080
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation		859	167	1,742	0,083
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation		1.063	166	2,147	0,083
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation		897	166	1,825	0,085
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma oder komplexem Aorteneingriff		1.444	165	2,814	0,081
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, mit auß. schw. CC		1.340	170	2,506	0,074



DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, mit auß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.		1.142	166	2,016	0,073
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., mit Mehretagen- oder Aorteneingr. oder Reoperation, ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.		887	167	1,807	0,073
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.		742	165	1,505	0,070
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff		579	163	1,233	0,070
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre		627	138	1,212	0,090
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		620	165	1,193	0,094
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		482	158	0,973	0,080
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA oder Implantation mit Revision mit komplexem Eingriff, mit auß. schw. CC oder mit Sondenentf. mit Excimer-Laser od. Alter < 16 Jahre		775	158	1,190	0,075
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne auß. schw. CC, oh. ablativ. Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser		443	160	0,905	0,073
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre		474	135	0,948	0,075
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff		662	161	1,246	0,076
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		612	169	0,891	0,076
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre		527	164	0,994	0,071
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne äußerst schwere CC oder isolierte offen chirurgische Sondenimplantation		371	168	0,701	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders		246	162	0,441	0,069
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders		389	163	0,615	0,073
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen		1.050	165	1,202	0,065
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe		495	158	0,609	0,064
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC		398	156	0,514	0,062
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit äußerst schweren CC		1.049	165	1,884	0,072
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC		718	167	1,439	0,070
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis		958	170	1,383	0,087
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre		207	159	0,446	0,080
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre		207	157	0,429	0,077
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff		533	156	0,925	0,077
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff		489	158	0,752	0,073
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff		346	155	0,701	0,078
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff		230	155	0,485	0,078
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC		610	160	1,111	0,076

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F19B	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminale Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 16 Jahre		333	137	0,805	0,089
F19C	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		425	160	0,943	0,080
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 15 Jahre		395	157	0,969	0,075
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		447	136	0,907	0,065
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff		891	166	1,047	0,062
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff		534	167	0,759	0,067
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff		407	169	0,416	0,062
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		697	166	1,205	0,079
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		496	165	1,023	0,084
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff		1.348	164	2,226	0,068
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes		572	163	0,584	0,062
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes		457	164	0,508	0,061
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		1.507	169	2,152	0,067
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		668	161	0,724	0,064
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC		551	154	0,611	0,062
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe	x	1.645	157	1,962	0,060
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern		1.092	160	2,168	0,093
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur		3.618	166	3,733	0,167
F36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > - / 1104 / 1104 P., mit bestimmter OR-Proz. od. > 588 / 552 / 552 P. mit endovaskulärem Aortenstentgraft oder minimalinvasiver Eingriff an mehr. Herzklappen		3.035	167	3,540	0,133

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder bestimmter komplizierender Konstellation oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff		2.049	170	2,666	0,124
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	2.727	153	0,692	0,075
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		279	156	0,584	0,069
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		191	157	0,464	0,083
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC		783	160	1,159	0,076
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC		450	163	0,932	0,082
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		1.164	165	2,398	0,085
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.237	164	1,185	0,118
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur		906	169	1,289	0,105
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur		658	165	0,821	0,114
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	878	126	0,539	0,062
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		584	167	0,384	0,063
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff		753	161	1,177	0,075
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff		668	163	1,071	0,072
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre		315	127	0,777	0,083
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping oder schweren CC		492	167	0,950	0,071
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, mit komplexer Diagnose		444	163	0,883	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff		376	162	0,853	0,074
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff		325	167	0,790	0,077
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders		395	161	0,906	0,080
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders		374	160	0,828	0,077
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transeptaler Linksherz-Katheteruntersuchung		338	139	0,811	0,079
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transeptale Linksherz-Katheteruntersuchung		323	164	0,771	0,078
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination		886	165	1,826	0,082
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination		721	167	1,534	0,082
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC		631	169	1,067	0,078
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie		468	172	0,941	0,086
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC		591	161	1,131	0,077
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie		360	165	0,853	0,080
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC		569	162	1,057	0,075
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC		329	167	0,797	0,082
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne komplizierende Diagnose, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit auß. schweren CC oder Rotationsthrombektomie		720	170	1,294	0,072
F59B	Mäßig kompl. Gefäßeingr. od. kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konstell., ohne Revis., ohne kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., ohne best. beids. Gefäßeingr., ohne auß. schw. CC, ohne Rotationsthromb., mit aufwänd. Eingr. od. best. Diagn. od. Alt. < 16 J.		530	170	1,106	0,070
F59C	Mäßig kompl. Gefäßeingr. oder kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. auß. schwere CC, oh. Rot.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt. > 15 J., mit best. Eingr.		374	168	0,851	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F59D	Mäßig kompl. Gefäßeingr. od. kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. äuß. schw. CC, oh. Rotat.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt. > 15 J., oh. best. Eingr.		340	165	0,814	0,074
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC		420	163	0,507	0,076
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC		255	169	0,341	0,077
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation		803	161	0,632	0,064
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		680	166	0,522	0,064
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose		530	164	0,471	0,071
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose		284	172	0,331	0,067
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC		371	159	0,426	0,065
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC		226	165	0,351	0,067
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen		257	158	0,259	0,061
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC		426	160	0,476	0,066
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC		254	171	0,440	0,068
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC		443	163	0,455	0,071
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC		193	163	0,293	0,071
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC		363	162	0,401	0,069
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC		262	167	0,358	0,068
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre		163	128	0,275	0,072
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre		181	168	0,285	0,071
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre		195	160	0,301	0,075
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre		174	158	0,348	0,078
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC		370	163	0,438	0,068
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC		202	161	0,295	0,069
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC		429	159	0,497	0,079
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC		205	164	0,325	0,076
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens		359	165	0,522	0,074
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens		182	180	0,291	0,077
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC		321	162	0,420	0,068
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC		167	164	0,289	0,076

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F73Z	Synkope und Kollaps		178	178	0,290	0,072
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems		135	176	0,264	0,079
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC		452	169	0,537	0,069
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre		231	154	0,297	0,066
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre		245	154	0,399	0,073
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre		269	178	0,475	0,072
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		404	160	0,363	0,065
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss		385	159	0,870	0,082
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre		297	157	0,743	0,082
F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	684	104		
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre		946	167	1,559	0,079
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		864	170	1,571	0,079
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		695	162	1,161	0,082
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / - / - Aufwandspunkte		1.591	161	2,913	0,075
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / - / - Punkte oder bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose		1.101	169	1,777	0,078
G02B	Komplexe Eingriffe an Dün- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / - / - Punkte, ohne best. Eingriffe an Dün- und Dickdarm, mit kompliz. Diagnose		889	167	1,497	0,076
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		1.318	167	2,516	0,077
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit komplexem Eingriff		1.188	159	2,182	0,077
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexen Eingriff		1.052	168	1,883	0,076
G04A	Adhäsionolyse am Peritoneum, Alter < 4 J. oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dün-/Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter < 6 J., od. bestimmte PTAs an abdominalen Gefäßen mit äuß. schw. CC, oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / - / - Punkte		730	163	1,258	0,076

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G04B	Adhäsioleure am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen		820	168	1,238	0,076
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioleure bei Peritonitis mit äuß. schw. oder schweren CC oder kleine Eingr. an Dünn- und Dickdarm od. a. abd. Gef. ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit best. perkutan-translumin. Eingr. an abdom. Gefäßen		418	166	0,815	0,077
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioleure bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, mit laparoskopischer Adhäsioleure od. Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre		410	140	0,761	0,069
G07C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioleure bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre		408	165	0,734	0,067
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC		935	162	1,457	0,073
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC		337	163	0,699	0,066
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis		270	162	0,656	0,075
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz		845	168	1,498	0,076
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre		339	157	0,555	0,075
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre		211	154	0,378	0,065
G12A	Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur		648	162	1,123	0,072
G12B	Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur		483	169	0,698	0,068
G12C	Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur		312	167	0,609	0,069
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.317	163	1,397	0,073
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominalen Eingriff		1.820	162	4,093	0,068
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, mit komplizierender Konstellation oder plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen		1.670	162	3,054	0,081
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen		1.111	169	2,027	0,075
G17A	Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung		925	166	1,718	0,075
G17B	Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung		747	167	1,418	0,074



DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose		973	171	1,703	0,075
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit sehr komplexem Eingriff oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma mit äußerst schweren CC		711	168	1,259	0,074
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff		589	169	1,036	0,071
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		354	159	0,646	0,068
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		696	166	1,196	0,075
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, mit komplexem Eingriff		645	165	1,090	0,078
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 komplexen Eingriff		447	163	0,920	0,071
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		349	158	0,683	0,071
G21B	Komplexe Adhäsiole am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte lokale Exzision am Darm, mit äußerst schweren CC		438	165	0,792	0,069
G21C	Bestimmte lokale Exzision am Darm, ohne äußerst schwere CC		221	155	0,417	0,067
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		386	161	0,713	0,069
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		387	162	0,734	0,068
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		344	173	0,660	0,070
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		246	155	0,498	0,070
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiole oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		256	160	0,544	0,070
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		240	172	0,505	0,072
G24A	Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand		440	139	0,909	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand		214	169	0,485	0,076
G26Z	Andere Eingriffe am Anus		159	169	0,308	0,073
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC		3.243	162	8,043	0,064
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC		2.273	166	6,000	0,061
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag		790	167	2,088	0,068
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.872	166	3,213	0,079
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.459	166	3,588	0,072
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		4.059	163	3,889	0,162
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		3.137	164	3,293	0,140
G37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.272	164	2,441	0,077
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem		1.589	167	2,783	0,081
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		706	162	0,888	0,077
G46A	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC oder verbunden mit äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern		526	167	0,696	0,070
G46B	Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC, schweren CC oder mit komplizierendem Eingriff oder verbunden mit schw. CC bei Kindern, oder Ösophagusperforation oder bestimmte Prozedur		418	166	0,613	0,068
G46C	Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopen bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit schw. CC oder bei nicht schw. Erkr. der Verdauungsorgane, mit schw. CC bei Kindern, ohne Ösophagusperforation, ohne bestimmte Prozedur		324	166	0,580	0,071
G47Z	Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre		303	170	0,580	0,067
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation		476	161	0,577	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation		351	162	0,563	0,065
G48C	Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation		365	166	0,589	0,069
G50Z	Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 14 Jahre		369	167	0,572	0,068
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	x	1.444	155	0,806	0,063
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		643	162	0,492	0,062
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		313	166	0,335	0,063
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC		159	172	0,279	0,071
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC		426	165	0,499	0,068
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC		214	175	0,366	0,067
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes		196	179	0,325	0,071
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC		226	161	0,375	0,069
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmter komplizierender Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit Dialyse		250	169	0,366	0,066
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder > 74 Jahre oder schweren CC bei bestimmter Diagnose		197	180	0,318	0,069
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC		178	181	0,336	0,072
G70A	Anderer schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		195	158	0,310	0,070
G70B	Anderer schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		266	164	0,439	0,067
G71Z	Anderer mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		198	168	0,408	0,073
G72A	Anderer leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre		106	136	0,204	0,083
G72B	Anderer leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC		135	179	0,267	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		313	162	0,532	0,071
G74Z	Hämorrhoiden		200	158	0,412	0,072
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		412	165	0,423	0,063
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff		1.287	165	2,450	0,075
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff		1.119	172	2,087	0,075
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung		1.089	162	1,894	0,074
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung		964	162	1,711	0,074
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen		691	167	1,183	0,074
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		811	167	1,395	0,075
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisierung		448	163	1,098	0,086
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisierung		351	164	0,763	0,070
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		747	161	1,297	0,075
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		527	167	0,934	0,071
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose		541	160	0,996	0,067
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose		302	169	0,642	0,069
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC		1.004	167	1,558	0,074
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Pankreas		726	165	1,351	0,077
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas		507	161	0,952	0,071
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff		807	168	0,993	0,069
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		364	164	0,593	0,066
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		2.662	144	7,150	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag		560	147	1,375	0,090
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.832	165	3,190	0,074
H36A	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte		2.850	169	3,078	0,134
H36B	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte		1.878	164	1,937	0,121
H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	x				
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.442	165	2,490	0,077
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC		581	163	0,733	0,080
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schweren CC		376	160	0,600	0,077
H41A	Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie oder ERCP mit perkutan-transluminalen Verfahren		684	167	0,917	0,068
H41B	Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 16 Jahre oder komplexer Eingriff, ohne perkutan-transluminale Verfahren		408	166	0,646	0,065
H41C	Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, oder andere ERCP		288	163	0,572	0,068
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		540	129	0,322	0,059
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC		454	162	0,508	0,069
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose		361	165	0,438	0,064
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose		197	173	0,339	0,068
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre		182	106	0,257	0,068
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC		290	169	0,438	0,067
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis		244	158	0,406	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.		388	164	0,444	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		308	162	0,433	0,067
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	162	0,342	0,070
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen		207	175	0,344	0,069
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		898	168	1,143	0,079
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose		1.392	167	1,767	0,070
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		2.465	165	3,942	0,068
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. äuß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur		1.894	173	2,811	0,068
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne äuß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur		1.270	169	1,614	0,067
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC		1.000	166	1,173	0,067
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthro-dese 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.		1.227	168	1,658	0,071
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthro-dese 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.		832	166	1,253	0,070
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniege-lenk mit komplizierender Diagnose oder Arthro-dese		801	163	1,209	0,069
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthro-dese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC		687	169	0,950	0,075
I05B	Anderer großer Gelenkersatz		526	166	0,912	0,067
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektur-eingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an meh- reren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC		1.652	169	3,252	0,074
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 entzünd-licher Erkrankung		1.176	162	2,483	0,079

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwer entz. Erkr. oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder Halotraktion		1.331	171	2,666	0,077
I06D	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne Wirbelkörperersatz, ohne schwere entzündliche Erkrankung, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Halotraktion		449	156	0,968	0,069
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		664	162	0,809	0,064
I08A	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder äußerst schweren CC bei Zerebralparese und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur		1.103	159	1,758	0,068
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		921	171	1,289	0,072
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		766	157	1,300	0,070
I08D	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC		578	172	0,873	0,070
I08E	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie oder Muskel- und Gelenkplastik		463	141	0,888	0,066
I08F	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- und Gelenkplastik		424	171	0,609	0,068
I08G	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmte Knochentransplantation, außer bei Pseudarthrose, ohne Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel		362	141	0,750	0,068
I08H	Anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel		260	164	0,510	0,070
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		1.214	169	2,302	0,074
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr komplexe Osteosynthese, ohne mehrzeitigen komplexen Eingriff, mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC		1.179	170	2,065	0,073
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., m. best. Eingr. am Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS		930	171	1,856	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., ohne best. Eingr. an Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS		731	171	1,500	0,071
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.		566	169	1,139	0,068
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.		420	168	0,750	0,067
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC		858	169	1,398	0,071
I10B	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an Wirbels., Spinalkanal und Bandscheibe ohne auß. schw. CC od. best. and. Operationen an der Wirbels. mit auß. schw. CC		543	170	1,057	0,068
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule, mit intervertebralem Cage 1 Segment oder bei bestimmter Spinalkanalstenose oder bestimmten Bandscheibenschäden		403	160	0,814	0,069
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne bestimmte Spinalkanalstenose, ohne bestimmte Bandscheibenschäden		433	165	0,834	0,065
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule		367	169	0,684	0,065
I10F	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule		305	159	0,707	0,069
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe		178	154	0,355	0,072
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität		543	121	1,191	0,063
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC		829	168	1,052	0,068
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		550	165	0,764	0,063
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		365	161	0,595	0,064
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese mit komplizierenden Eingriffen am Humerus		716	167	1,191	0,065
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese ohne komplizierenden Eingriff am Humerus		600	163	1,096	0,066



DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		496	169	0,913	0,067
I13D	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie oder bestimmter Epiphyseodese bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose		411	167	0,755	0,067
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel		380	182	0,670	0,067
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufwändige Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne Pseudarthrose		276	180	0,519	0,068
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes		406	156	0,534	0,062
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre		779	167	1,724	0,088
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre		557	162	1,174	0,069
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur		235	161	0,512	0,073
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel		403	166	0,856	0,067
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk		238	164	0,505	0,071
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk		191	158	0,427	0,076
I20A	Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks oder mit bestimmter Arthrodesse		629	158	1,109	0,064
I20B	Eingriffe am Fuß, mit mehreren komplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff, bei Zerebralparese, mit Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks, mit komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose, mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes		465	163	0,850	0,064
I20C	Eingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Eingr., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Eingr. Großz. m. kompl. Eingr. an mehr. Strah., m. Knochentx, m. Impl. Zehengel. od. bei Kalka., od. Einz. Mehrf. > 3 Mittelf.- / Zehenstr.		333	165	0,642	0,066
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritis oder bestimmtem Diabetes mellitus		288	153	0,599	0,069
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre		211	137	0,450	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur oder bestimmter Knochentransplantation oder wenig komplexem Eingriff an mehr als einem Strahl		258	154	0,550	0,071
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl		213	160	0,444	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		252	170	0,527	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		974	162	1,541	0,064
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Ingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC		797	167	1,010	0,063
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen		231	162	0,517	0,076
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen		182	163	0,405	0,080
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm		179	165	0,411	0,082
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation		1.964	172	2,110	0,112
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff, oder mit äußerst schweren CC oder bösartiger Neubildung und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff		944	164	1,821	0,075
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, mit äußerst schweren CC oder bei bösartiger Neubildung und schweren CC, ohne bestimmte Diagnose und komplexen Eingriff		717	170	1,056	0,070
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit schweren CC oder bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe		385	171	0,677	0,066
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe		250	172	0,505	0,069
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe		325	144	0,583	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe		375	168	0,622	0,066
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe		240	159	0,463	0,069
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		371	160	0,819	0,069
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen		282	162	0,639	0,071
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk		302	160	0,683	0,069
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwändigen Eingriffen am Unterarm		523	157	1,039	0,067
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella		375	166	0,749	0,068
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwändigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand		593	162	1,067	0,063
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. 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.		337	117	0,748	0,065
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.		417	135	0,821	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		294	160	0,662	0,069
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre		215	114	0,475	0,073
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre		225	160	0,512	0,074
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe		169	156	0,377	0,081
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen		593	115	1,359	0,063
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		825	170	0,789	0,066
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk		790	138	1,418	0,072
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageneingriffe an der unteren Extremität		1.103	139	1,793	0,067
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen		2.618	168	6,865	0,061
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	x	773	160	0,426	0,060

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		518	161	0,325	0,060
I42Z	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		331	160	0,257	0,060
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC		1.051	164	1,563	0,071
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC		652	162	1,184	0,069
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität		771	165	1,264	0,073
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität		595	167	1,109	0,068
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk		416	158	0,697	0,066
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment		501	118	1,151	0,074
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente		392	121	0,826	0,071
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		1.026	166	1,523	0,074
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen		676	164	1,120	0,072
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese oder Inlaywechsel Hüfte		525	167	0,865	0,069
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff		503	170	0,815	0,069
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC		507	166	0,763	0,062
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung		825	167	2,004	0,064
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm		203	139	0,452	0,077
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre		300	132	0,304	0,062
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre		327	138	0,539	0,064
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC		419	158	0,496	0,064
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		238	158	0,361	0,066
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie		251	158	0,359	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie		230	170	0,378	0,069
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC		232	170	0,392	0,067
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		521	162	0,562	0,067
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals		257	183	0,329	0,065
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag		91	162	0,187	0,102
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		756	160	0,763	0,065
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie, mit komplexer Diagnose		398	163	0,464	0,068
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie oder mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC und Alter > 65 Jahre, ohne komplexe Diagnose		364	162	0,445	0,065
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur		234	185	0,345	0,067
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag		109	163	0,250	0,098
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie		265	166	0,310	0,064
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose		234	166	0,313	0,065
I71A	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur		157	133	0,257	0,072
I71B	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur		184	183	0,308	0,070
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre		313	159	0,378	0,067
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes		203	162	0,280	0,068
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien		223	166	0,318	0,067
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre		123	133	0,271	0,091
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre		155	158	0,268	0,074

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC		269	159	0,306	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		191	165	0,291	0,069
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre		271	164	0,381	0,067
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		185	180	0,314	0,070
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		174	174	0,282	0,072
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		151	167	0,293	0,080
I79Z	Fibromyalgie		269	157	0,282	0,062
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur		1.109	163	1,952	0,074
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	x	1.419	147	1,414	0,064
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		389	138	0,318	0,060
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		1.569	170	1,969	0,066
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma		1.090	161	2,631	0,073
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit auß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.		1.166	165	1,730	0,064
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. auß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr.		846	166	1,170	0,063
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		547	180	0,701	0,061
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		356	161	0,406	0,062
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		249	161	0,407	0,064
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung		509	158	1,127	0,064
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff		487	156	1,143	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff		397	162	0,917	0,070
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		641	166	1,170	0,066
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC		653	168	0,743	0,064
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		320	156	0,599	0,063
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre		162	135	0,318	0,073
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre		136	153	0,260	0,074
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung		255	166	0,507	0,065
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung		220	163	0,454	0,067
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom		343	162	0,435	0,063
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		245	171	0,438	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		165	185	0,315	0,072
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwänd. 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		612	157	1,350	0,065
J14B	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwändige Rekonstruktion		306	103	0,645	0,068
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung		547	159	1,159	0,065
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		781	163	2,061	0,067
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		3.053	166	8,041	0,061
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag		896	167	2,160	0,064
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC		399	167	0,743	0,063
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung		255	164	0,477	0,062

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung		227	166	0,406	0,064
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		407	164	0,842	0,066
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik		350	120	0,779	0,064
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik		420	158	1,025	0,067
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff		253	118	0,578	0,071
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		179	176	0,395	0,079
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC		235	162	0,522	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		1.011	158	2,366	0,073
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.465	167	1,869	0,063
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		556	157	0,336	0,061
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		334	162	0,297	0,063
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose		270	161	0,228	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	170	0,222	0,062
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		345	166	0,384	0,064
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC		175	169	0,279	0,069
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC		395	162	0,386	0,066
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC		194	183	0,231	0,064
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma		140	180	0,240	0,076
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen		159	165	0,240	0,068
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose		108	161	0,243	0,102
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose		90	160	0,193	0,093
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		349	158	0,280	0,060



DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	x	1.342	154	1,375	0,064
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre		934	144	1,969	0,079
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre		718	166	1,515	0,073
K04A	Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff		528	159	1,097	0,082
K04B	Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff		385	135	0,818	0,074
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösart. Neubild. mit äuß. schw. CC oder Parathyreoidektomie mit äuß. schw. oder schw. CC oder Thyreoidektomie durch Sternotomie bei bösart. Neubild. od. mit äuß. schw. oder schw. CC		948	161	1,792	0,081
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Parathyreoidektomie		397	167	0,910	0,077
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC		313	166	0,738	0,076
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas		466	157	1,050	0,062
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC		799	166	1,139	0,073
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff		491	168	0,916	0,069
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		296	164	0,651	0,069
K14Z	Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie		561	165	1,227	0,076
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie		317	141	0,517	0,155
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie		742	164	1,729	0,087
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie		391	110	0,504	0,139
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie		277	155	0,352	0,148
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		743	161	0,757	0,062
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		1.225	158	2,432	0,073
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen		644	160	0,841	0,067
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	x	825	110	0,588	0,062

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		539	163	0,371	0,062
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		268	154	0,193	0,060
K60B	Diabetes mellitus mit äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		402	164	0,443	0,070
K60C	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		163	127	0,184	0,066
K60D	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre		281	163	0,288	0,064
K60E	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		212	164	0,250	0,065
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC		300	167	0,361	0,069
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC		210	168	0,307	0,070
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose		233	157	0,355	0,071
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose		258	164	0,409	0,067
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag		99	157	0,238	0,078
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC		435	160	0,531	0,070
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre		233	141	0,422	0,064
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik		327	167	0,501	0,070
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik		220	171	0,370	0,069
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		378	157	0,340	0,063
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie		1.372	162	2,599	0,074
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse		556	164	0,640	0,065
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse		255	154	0,474	0,070
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm		1.030	172	1,875	0,074

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter < 16 Jahre		559	163	1,190	0,064
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 15 Jahre		600	168	1,251	0,066
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC		677	164	1,195	0,068
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC		355	164	0,740	0,066
L06A	Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC		537	167	0,922	0,067
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC		235	168	0,483	0,068
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre		342	142	0,735	0,062
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre		423	162	0,840	0,063
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. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC		1.003	170	1,395	0,069
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		524	164	0,838	0,065
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, oh. Kalziphylaxie, oh. Eingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. auß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Eingr., od. Alter > 1 Jahr, oh. auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion		606	166	0,928	0,069
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion		287	166	0,604	0,069
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multi-viszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm		1.348	168	2,595	0,073
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC		704	140	1,576	0,065
L12Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag		1.075	168	2,628	0,064
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC		683	169	1,385	0,073
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC		569	166	1,205	0,071
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre		199	160	0,417	0,069
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre		204	163	0,400	0,070
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC		733	167	1,289	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale u. and. retroperitoneale Eingr. oh. ESWL, oder best. Eingr. Niere, ohne äuß. schw. CC od. transurethr. Eingr. außer Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskopien, b. Para- / Tetrapl., m. äuß. schw. CC		468	166	1,025	0,066
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere		461	161	1,119	0,068
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		515	167	0,912	0,067
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgestützter TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC od. Alter > 89 J.		316	167	0,741	0,071
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre		281	169	0,623	0,070
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		2.117	170	3,762	0,076
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.593	166	1,363	0,122
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.132	165	2,151	0,074
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.435	171	2,318	0,075
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie		231	163	0,506	0,075
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie		349	158	0,817	0,070
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie		237	140	0,566	0,078
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		558	164	0,378	0,062
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre		846	177	0,584	0,108
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		624	179	0,477	0,105
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie		419	182	0,420	0,079
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC		276	184	0,335	0,068
L61Z	Stationäre Aufnahme zur Dialyse	x	90	97	0,174	0,112

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC		368	166	0,432	0,064
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		165	143	0,312	0,074
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		182	169	0,291	0,068
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre		256	137	0,273	0,065
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre		357	141	0,358	0,063
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		322	165	0,343	0,065
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder Alter > 89 Jahre		195	163	0,239	0,066
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 2 Jahre und Alter < 6 Jahre		157	155	0,205	0,066
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder Alter < 90 Jahre		191	181	0,261	0,067
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Beleg.tag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie		194	185	0,376	0,072
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC		128	176	0,254	0,081
L68A	Anderer mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 6 Jahre		182	160	0,333	0,073
L68B	Anderer mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre		184	168	0,317	0,071
L69A	Anderer schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		233	155	0,251	0,066
L69B	Anderer schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		268	164	0,346	0,066
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre		147	137	0,365	0,104
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre		100	163	0,227	0,092
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse		151	170	0,296	0,188
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom		470	158	0,423	0,069
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag		208	139	0,333	0,065
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie		220	161	0,325	0,067
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.271	169	2,800	0,070
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		874	170	2,151	0,068
M02A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC		570	165	1,063	0,065
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC		380	168	0,809	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
M03A	Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre		343	125	0,712	0,058
M03B	Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre		322	119	0,662	0,059
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre		298	164	0,606	0,066
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän		614	170	1,296	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		264	161	0,598	0,073
M04C	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, Alter < 3 Jahre		193	144	0,471	0,081
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, Alter > 2 Jahre		190	164	0,408	0,073
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut		160	167	0,342	0,076
M06Z	Anderer OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen		304	162	0,594	0,067
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds		328	136	0,898	0,089
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		532	167	0,975	0,066
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		417	169	0,903	0,066
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		2.641	164	6,881	0,062
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie		669	146	1,784	0,076
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata		381	164	0,852	0,066
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		1.186	167	2,115	0,074
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane		1.416	165	2,835	0,079
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC		408	167	0,514	0,064
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie		200	166	0,262	0,064
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie		189	172	0,305	0,068
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie		159	161	0,313	0,075
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane		161	165	0,220	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann		137	163	0,252	0,075
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		1.743	158	3,387	0,070
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff		1.432	163	2,990	0,075
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff		1.167	167	2,266	0,075
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC		947	166	1,922	0,073
N01E	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC		789	168	1,716	0,073
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC		907	167	1,453	0,071
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mit CC oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva		585	168	1,121	0,069
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ohne CC		407	178	0,862	0,068
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff oder selektive Embolisation an viszeralen oder anderen abdominalen Gefäßen		440	166	0,877	0,066
N05A	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC		587	162	1,100	0,070
N05B	Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC		265	178	0,606	0,071
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen		310	162	0,610	0,064
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus		258	161	0,542	0,068
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen		245	161	0,557	0,073
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag		435	103	1,280	0,109
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva		138	174	0,293	0,080
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation		148	164	0,332	0,085
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		768	161	1,164	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC		369	160	0,605	0,066
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC		384	158	0,675	0,066
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		170	171	0,352	0,074
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		356	163	0,731	0,064
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		2.881	169	7,435	0,061
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag		764	163	2,074	0,069
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation		332	163	0,735	0,067
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation		314	172	0,739	0,071
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien		209	175	0,483	0,076
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		2.016	160	3,760	0,073
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		1.093	168	2,171	0,074
N38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		1.798	165	3,559	0,075
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC		390	165	0,442	0,063
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		178	170	0,294	0,069
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane		141	158	0,196	0,066
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose		139	175	0,250	0,074
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose		101	169	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		712	164	0,640	0,057
O01B	Sectio caesarea m. mehr. kompliz. Diag., Schwangerschaftsd. > 25 vollend. W. (SSW), oh. intraut. 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. auß. schw. CC		466	170	0,722	0,068



DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
O01C	Sectio caes. m. mehrer. kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer > 25 vollend. Wochen (SSW), oh. inraut. Ther., oh. kompliz. Konst., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. mit kompl. Diag., mit od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff od. äuß. schw. CC		449	170	0,600	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		326	171	0,589	0,062
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		299	168	0,589	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		285	171	0,571	0,063
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		283	153	0,566	0,063
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		262	150	0,552	0,064
O02A	Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen od. mit intrauteriner Therapie od. kompliz. Konstellation od. best. Operation am Uterus od. Nephrektomie		336	164	0,549	0,063
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. Operation am Uterus, ohne Nephrektomie		233	152	0,473	0,067
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität		243	150	0,553	0,076
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur mit komplexem Eingriff		380	150	0,736	0,070
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur ohne komplexen Eingriff		155	151	0,303	0,074
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten		310	167	0,346	0,057
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit anderer intrauteriner Therapie des Feten		218	156	0,435	0,068
O05C	Intrauterine Therapie des Feten		116	81	0,183	0,070
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie oder bestimmte Amnionpunktion		126	168	0,259	0,080
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation		389	164	0,411	0,057
O60B	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplizierende Konstellation oder Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur		226	169	0,408	0,063

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose		205	170	0,399	0,065
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose		188	154	0,390	0,067
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur		133	170	0,200	0,067
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie		108	165	0,194	0,076
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen		292	169	0,317	0,057
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen (SSW) oder mit schweren CC oder 26 bis 33 SSW		181	174	0,298	0,063
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Placenta praevia oder ohne schwere CC, Schwangerschaftsdauer bis 25 oder mehr als 33 vollendete Wochen		141	173	0,258	0,067
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur		596	102	1,234	0,232
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden		5.494	164	8,530	0,082
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen		2.045	162	3,719	0,077
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden, ohne Eingriffe bei univentrikulärem Herzen		1.478	137	2,526	0,084
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Prob- lemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden		2.396	161	2,580	0,071
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Prob- lemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden		1.582	159	1,081	0,076
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		1.523	159	1,097	0,075
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Prob- lemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden		2.009	161	2,460	0,068
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Prob- lemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden		1.224	155	0,864	0,082
P04C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR- Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Proble- me, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.151	156	0,812	0,080

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P05A	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stun- den, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren		1.579	163	1,663	0,076
P05B	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stun- den, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		924	157	0,927	0,082
P05C	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stun- den, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		836	141	0,787	0,084
P06A	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stun- den, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren		1.458	168	2,033	0,071
P06B	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stun- den, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		945	169	1,312	0,081
P06C	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stun- den, ohne mehrere schwere Probleme		499	167	0,734	0,080
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur		236	152	0,341	0,280
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden		179	156	0,254	0,153
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)		77	124	0,146	0,074
P61A	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur		4.811	158	6,012	0,067
P61B	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur		3.870	136	4,166	0,073
P61C	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur		4.047	136	4,508	0,070
P61D	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur		3.259	137	3,234	0,077
P61E	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		816	129	1,170	0,113
P62A	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur		3.399	160	4,372	0,072
P62B	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur		2.754	156	2,498	0,079
P62C	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur		2.314	156	1,902	0,079
P62D	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		754	116	1,079	0,110
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden		1.197	137	0,452	0,076
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmege- wicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden		982	154	0,427	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen		958	152	0,486	0,081
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		782	155	0,403	0,082
P65C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		575	137	0,296	0,079
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem		368	133	0,256	0,082
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegeg. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung		647	158	0,468	0,080
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		502	156	0,370	0,083
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		352	138	0,266	0,078
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag		141	105	0,162	0,065
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung		420	164	0,406	0,078
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.		281	162	0,298	0,083
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose		200	160	0,226	0,083
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag		112	119	0,148	0,066
Q01Z	Eingriffe an der Milz		641	162	1,098	0,079
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC		753	173	1,079	0,070
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre		332	141	0,681	0,069
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre		368	172	0,675	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre		264	157	0,497	0,070
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre		227	164	0,466	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		325	152	0,427	0,080
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		174	134	0,247	0,072
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		217	179	0,291	0,067
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre		143	156	0,217	0,069
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre		182	165	0,332	0,071
Q61A	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC		398	166	0,488	0,067
Q61B	Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose		285	176	0,397	0,066
Q61C	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre		102	135	0,194	0,068
Q61D	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter > 15 Jahre		211	160	0,276	0,066
Q61E	Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, ohne äußerst schwere CC		244	183	0,412	0,067
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur		1.351	171	2,371	0,074
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur		1.007	165	1,448	0,070
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur		1.028	169	2,236	0,075
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur		416	161	0,830	0,068
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.231	170	2,190	0,074
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		871	171	1,343	0,067
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		644	171	1,117	0,069
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		422	162	0,701	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC		3.009	168	7,025	0,064
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		2.537	167	6,672	0,061
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC		1.089	164	2,368	0,064
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		788	163	1,989	0,064
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		583	169	0,829	0,066
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC		336	171	0,640	0,067
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC		287	163	0,536	0,067
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		901	168	1,497	0,073
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur		629	170	1,342	0,070
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		460	168	0,944	0,068
R13Z	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC		349	169	0,727	0,067
R14Z	Andere 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		280	167	0,568	0,070
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.202	166	1,564	0,068
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen		2.256	165	1,719	0,128
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie		1.265	168	0,680	0,063
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation		758	160	0,449	0,063
R60C	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., mit äuß. schw. CC oder kompl. Diagnostik bei Leukämie oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplant. oder mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie		597	160	0,385	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter < 16 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie		208	133	0,254	0,065
R60E	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie		391	164	0,335	0,064
R60F	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie		244	153	0,244	0,061
R60G	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC		221	164	0,263	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		807	175	0,903	0,067
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie		609	164	0,660	0,063
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre		569	158	1,165	0,065
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie		400	168	0,411	0,064
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		404	166	0,646	0,063
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre		215	137	0,335	0,064
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie		217	170	0,306	0,065
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie		219	173	0,315	0,066
R62A	Andere hämatologische und solide 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		521	167	0,835	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose		351	171	0,491	0,065
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre		254	171	0,417	0,066
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie		1.823	162	2,377	0,063
R63B	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre		708	157	0,714	0,062
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		827	157	0,622	0,064
R63D	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schw. CC		521	163	0,562	0,062
R63E	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC		421	137	0,331	0,060
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC		325	161	0,316	0,062
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		244	153	0,232	0,060
R63H	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		167	153	0,202	0,066
R63I	Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie oder ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		181	157	0,232	0,067
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		83	159	0,189	0,077
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		109	171	0,248	0,100
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur		604	169	0,999	0,065
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag		114	110	0,259	0,104
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit		282	159	0,357	0,062
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation		796	157	0,813	0,065
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation		381	162	0,434	0,064
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC		467	157	0,600	0,068



DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC		277	158	0,391	0,064
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation		1.030	174	1,372	0,073
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis		731	172	0,959	0,070
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis		422	171	0,573	0,063
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten		1.591	168	1,329	0,134
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten		653	160	0,429	0,064
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC		660	165	0,628	0,081
T60B	Sepsis mit kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie		369	164	0,398	0,069
T60C	Sepsis mit kompliz. Konstell. oder b. Z. n. Organtranspl., ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para- / Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst. auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para-/Tetraplegie		474	167	0,488	0,072
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre		256	163	0,253	0,066
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre		318	169	0,369	0,068
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme		160	161	0,346	0,111
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen		193	163	0,237	0,064
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre		271	157	0,369	0,066
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre		179	175	0,290	0,070
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation		363	161	0,369	0,063
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation		303	161	0,365	0,063
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation		151	163	0,226	0,070
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre		210	158	0,248	0,064
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre		289	165	0,384	0,066
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose		215	179	0,301	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten		491	166	0,473	0,066
U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation	x	525	135	1,109	0,058
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen		477	127	0,291	0,059
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	x	435	112	0,199	0,055
U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	x	393	140	0,265	0,058
U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre	x	705	136	0,222	0,056
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		103	156	0,231	0,098
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		98	160	0,228	0,084
U61Z	Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen		238	129	0,339	0,070
U63Z	Schwere affektive Störungen		255	164	0,381	0,066
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen		233	167	0,397	0,070
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit		222	169	0,340	0,067
V40Z	Qualifizierter Entzug		284	107	0,218	0,060
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit		258	155	0,346	0,075
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit		121	161	0,236	0,066
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug		170	158	0,255	0,069
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit		146	120	0,263	0,067
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit		119	157	0,267	0,078
W01A	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation	x	3.383	138	3,979	0,092
W01B	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung		2.948	166	4,425	0,113
W01C	Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung		1.474	166	2,423	0,114
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen		1.397	166	2,661	0,072
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen		983	167	1,656	0,074
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen		1.168	167	2,227	0,075

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen		787	165	1,334	0,076
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	x	1.769	139	2,484	0,063
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta		3.177	167	4,154	0,148
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	x	1.247	124	0,710	0,059
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme		427	162	1,026	0,215
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose		444	160	0,639	0,081
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose		397	161	0,523	0,076
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		988	166	1,286	0,064
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, mit komplizierender Diagnose, komplexer Prozedur oder äußerst schw. CC		467	166	0,738	0,062
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, ohne kompliz. Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne äußerst schw. CC		257	136	0,468	0,067
X04Z	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität		248	140	0,432	0,068
X05A	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff		243	155	0,504	0,071
X05B	Anderer Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff		195	135	0,393	0,075
X06A	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC		638	174	0,934	0,073
X06B	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff		293	172	0,511	0,068
X06C	Anderer Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff		205	166	0,378	0,070
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers		1.860	116	4,277	0,070
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe		773	115	1,742	0,067
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten		1.474	163	2,458	0,072
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen		129	178	0,233	0,080
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata		149	186	0,265	0,076

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung		105	174	0,214	0,083
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	x	3.319	164	4,031	0,155
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.483	142	2,114	0,077
Y02B	Andere Verbrennungen mit Hauttranspl. außer b. Sepsis, ohne kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierzeitige best. OR-Proz., oh. intens. Komplexb. > 588 / 552 / 552 P., m. äuß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.		769	159	1,105	0,069
Y02C	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere CC, oh. komplizierende Diagnose, oh. komplexe Prozedur, oh. Dialyse, oh. Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizier. Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Punkte		396	158	0,588	0,062
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre		269	155	0,441	0,065
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre		337	138	0,467	0,070
Y61Z	Schwere Verbrennungen	x	441	87	0,244	0,062
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre		150	116	0,187	0,068
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre		191	158	0,221	0,069
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag		82	166	0,175	0,087
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		427	160	0,766	0,070
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		246	169	0,518	0,073
Z02Z	Leberspende (Lebendspende)	x	921	136	2,123	0,078
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)		562	157	1,161	0,072
Z04Z	Lungenspende (Lebendspende)	x				
Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender	x	212	115	0,428	0,086
Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender	x	112	148	0,207	0,065
Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	x	173	113	0,384	0,070
Z44Z	Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens		315	127	0,290	0,060
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik		292	95	0,502	0,163
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik		309	76	0,552	0,161

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		152	161	0,337	0,083
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass		129	183	0,249	0,077
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung		173	179	0,297	0,071
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende		267	159	0,665	0,086
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta		1.077	168	1,384	0,079
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne Strahlentherapie, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit hochkomplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		946	174	1,491	0,073
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne kompl. Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne hochkomplexe OR-Prozedur, mit kompl. OR-Prozedur od. mit anderen Eingriffen an Kopf und Wirbelsäule od. Alter < 1 J. od. bei Para- / Tetraplegie		705	171	1,023	0,071
901D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne andere Eingriffe an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie		555	185	0,849	0,069
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose		403	182	0,631	0,067
960Z	Nicht gruppierbar		150	116		
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		150	139		
962Z	Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea					
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht		160	87	0,223	0,082