

InEK

Abschlussbericht

Entwicklung von
Investitionsbewertungs-
relationen (IBR)
gem. § 10 KHG
für das Jahr 2018

Siegburg, den 6. Juni 2018

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

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

Inhaltsverzeichnis

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

Abkürzungen

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

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

Vorwort

Mit dem vorliegenden Bericht veröffentlicht das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) nähere Einzelheiten zur Vorgehensweise bei der Umsetzung des Entwicklungsauftrags zur Reform der Investitionsfinanzierung gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Auf der Grundlage der Vereinbarung der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG hat das InEK Investitionsbewertungsrelationen berechnet, die eine zukünftige Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglichen sollen. Dieser Abschlussbericht beschreibt die dabei angewendete Methodik und stellt die Ergebnisse der Kalkulation für das Jahr 2018 vor.

Den 46 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 2018. Aufgrund einer nicht ausreichenden Datenbasis konnten für den PEPP-Entgeltbereich in diesem Jahr leider erneut keine Investitionsbewertungsrelationen berechnet werden.

Mit Umsetzung der gesetzlichen Aufgabe zur Erhöhung der Repräsentativität der Kalkulation wurden 40 Krankenhäuser im September 2017 zur zukünftigen Teilnahme an der Investitionskostenkalkulation ausgewählt. Mit der erweiterten Teilnahme geht eine Verbreiterung der Datenbasis einher – dennoch sind Krankenhäuser aufgefordert, sich zahlreicher an der Erhebung der Investitionskosten zu beteiligen, um die Datenbasis für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen weiter 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.

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen für Zwecke gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für das Jahr 2018. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent machen.

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

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

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

Auf Grundlage der übermittelten Kostendaten konnte das InEK Investitionsbewertungsrelationen für die Fallpauschalen der G-DRG-Version 2018 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 09. März 2018 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 2018 am 22.03.2018 inhaltlich konsentiert werden. Interessierte Bundesländer haben damit die Möglichkeit, die Investitionsförderung von Krankenhäusern im DRG-Entgeltbereich in einem landesindividuell festzulegenden Umfang leistungsorientiert und pauschalierend durchzuführen.

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

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael
Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Abteilungsleiter
EDV und Statistik

Siegburg, im Juni 2018

2 Methodischer Ansatz

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

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

2.1 Leistungsorientierung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Investitionskosten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Modulare Kostengliederung

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

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

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

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

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

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

2.4 Fallbezug und Kostenbewertung je Entgelt

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

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

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

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

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

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

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

3 Erhebung von Kostendaten

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

3.1 Beteiligung

Für die Kalkulation der Investitionskosten für 2018 hatten 56 Krankenhäuser eine Vereinbarung mit dem InEK geschlossen, davon hatten 46 Krankenhäuser während der Datenlieferungsphase zwischen dem 31. Juli und dem 15. September 2017 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 2018	Anzahl Vorjahr
Krankenhäuser mit Vereinbarung	56	54
Krankenhäuser mit Datenlieferung	46	45
davon Teilnehmer DRG-/PEPP-Kalkulation	40	37
davon Teilnehmer nur IBR-Kalkulation	6	8

Tabelle 1: Kalkulationskrankenhäuser der IBR-Datenerhebung für 2017

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

Bundesland	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	3
Bayern	3
Berlin	2
Brandenburg	2
Bremen	2
Hamburg	1
Hessen	4
Niedersachsen	3
Nordrhein-Westfalen	18
Rheinland-Pfalz	1
Saarland	1
Sachsen	3
Schleswig-Holstein	3

Tabelle 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Mit 18 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. 15 Teilnehmer haben Daten sowohl für den DRG- als auch den PEPP-Entgeltbereich zur Verfügung gestellt.

Entgeltbereich	Anzahl Krankenhäuser 2018	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr
Datenübermittlung für den DRG-Entgeltbereich	45	43
Datenübermittlung für den PEPP-Entgeltbereich	16	15

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

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

Trägerschaft	Anzahl Krankenhäuser 2018	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr
Frei-gemeinnützig	24	21
Öffentlich	22	24
davon Universitätskliniken	4	6
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 2018 gilt das Datenjahr 2016).
- Die Kosten müssen mit Investitionsmaßnahmen in Verbindung stehen, die innerhalb des für die Erhebung gültigen Kalkulationszeitraums durchgeführt wurden. Der für die Kalkulation für 2018 gültige Kalkulationszeitraum umfasst die

Jahre 2010 bis 2016. Kosten für ältere Teile der Anlagenausstattung des Krankenhauses dürfen nicht in die Kalkulation einbezogen werden.

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

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

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

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

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

3.3 Datenprüfung

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

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

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

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

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

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

- Darstellung der einem einzelnen Modul zugeordneten Anlagegüter nach Art, Menge und AHK (für einzelne Anlagegüter oder Sammelbeschaffungen mit AHK > 5.000 EUR)
- Angabe des Umfangs auszugliedernder Kosten je Modul
- Übersicht über die Gebäudekosten bei Baumaßnahmen
- Verfahren der Umlagerechnung zur Ermittlung anteiliger Gebäudekosten je Kostenstellengruppe

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 krankenhausbefugenen 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, krankenhaushausindividuelle 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 krankenhaushausindividuelle Anlagenauslastung zurückzuführen, die beispielsweise durch regionale Versorgungsstrukturen und daraus bedingte Vorhaltesituationen begründet sein konnte.

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

Ausschlussgrund	Anz. ausgeschl. Modulwerte
Leistungsmenge fehlt oder falsch mit erheblichen Auswirkungen auf die Kostensatzberechnung (fehlerhafte Fallauswahl des KH)	48
Auffälliger Kostensatz (Abweichung von plausiblen Grenzen > 100 %) mit dominierendem Einfluss auf den mittleren Modulkostensatz	36
Fehlerhafte Kostenübermittlung (Kennzeichnung Miete/AHK)	33
Falsche Kontozuordnung mit daraus folgender falscher Kostenverrechnung (abweichende Nutzungsdauer, Verteilschlüssel)	25

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.

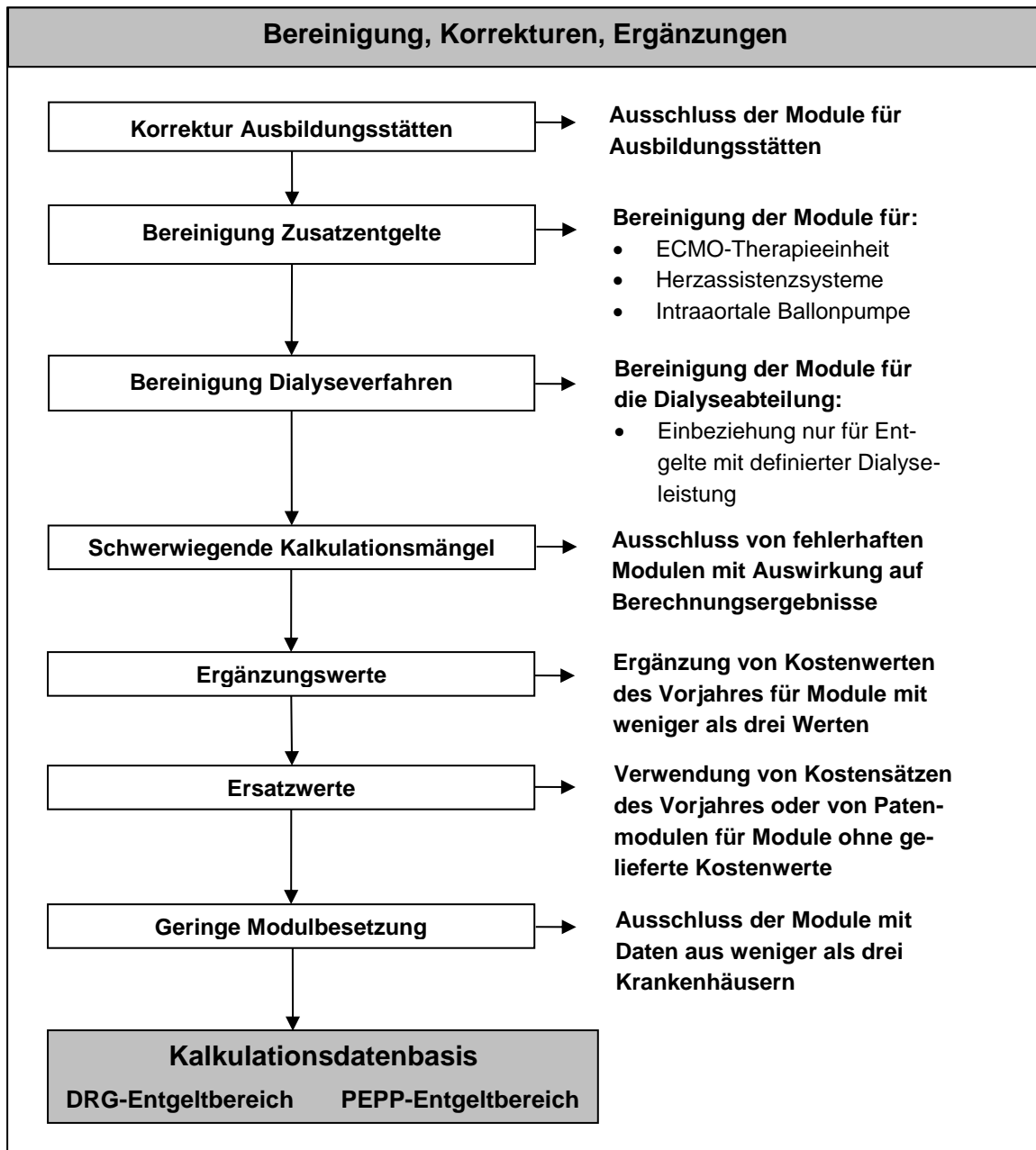


Abbildung 1: Übersicht Prozess – Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

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 zurückliegenden Kalkulationen zur Verfügung.

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

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

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

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

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

4.1.3 Datenbasis nach Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

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

Datenaufbereitung	Anzahl Module
Ausbildungsstätten	9
Zusatzentgelte	22
Geringe Modulbesetzung	113
Ergänzungs- und Ersatzwerte	64

Tabelle 6: Module mit Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

Die Angaben in der Spalte „Anzahl Module“ beziehen sich auf die für die Kalkulation für 2018 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	1.500
Anzahl Fälle	22.301.547

Tabelle 7: Umfang der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG, Datenerhebung 2016 (Stand: 31. Mai 2017)

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	46
Anzahl Modulkostenwerte	2.045
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	1.054.400

Tabelle 8: Umfang der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2016

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 diente 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 diente die Menge der für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems verwendeten Kalkulationsfälle als Ausgangspunkt für die Bewertung mit Investitionskosten. Die aus den Datenlieferungen für das Datenjahr 2016 zur Verfügung stehenden Fallmengen gibt Tabelle 9 wieder.

Kriterium	DRG-Kalkulation	PEPP-Kalkulation
Anzahl Krankenhäuser	254	102
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	3.987.038	256.686

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 13 sowie die Kostenstellengruppe 30. Die Kostenstellengruppen 1 bis 13 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 2018 wurde eine Gesamtanzahl von 231 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. Infolge der Erweiterung der Kostenstellengliederung um die Kostenstellengruppen 12 und 13 hat sich die Zahl der benötigten Module im Vergleich zum Vorjahr um 30 erhöht.

Den Umfang der für die benötigten 231 Module gelieferten Kostenwerte (Modulbesetzung) zeigt Abbildung 2:

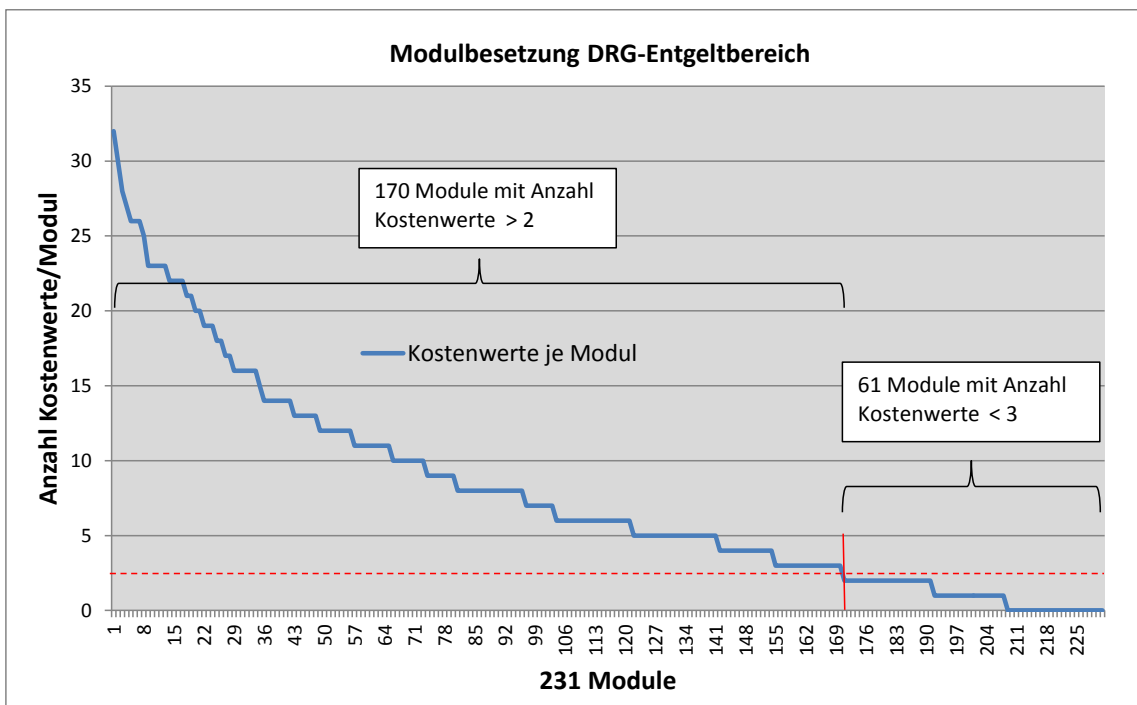


Abbildung 2: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

Für 170 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 61 Module weniger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 61 Module zeigt Tabelle 10 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	23
Module mit 1 Kostenwert	17
Module mit 2 Kostenwerten	21
Gesamt von 231	61

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 49 Module von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden (siehe Tabelle 11 sowie Tabellen A-1-1 und A-1-2 im Anhang).

Kostenwert	Verwendet für Anzahl Module
Ergänzungswerte Vorjahre/Datenjahr Insgesamt 65 von den KH gelieferte Kostenwerte	29
Ersatzwerte Vorjahre Modulkostensätze für dasselbe Modul	17
Ersatzwerte Datenjahr Modulkostensätze eines Patenmoduls	3

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

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

Module	Anzahl
Benötigte Module	231
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	61
zugl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	49
Für Kalkulation verwendbare Module	219
Saldo: fehlende Module	12

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

Für 219 von benötigten 231 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 219 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 12 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 2018 konnte auf die Daten der zurückliegenden Kalkulationen zurückgegriffen werden.

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

Bei der Kalkulation für 2018 konnten für 12 Module keine Kosten in die IBR-Berechnung einbezogen werden, da die Anzahl der gelieferten Kostenwerte nicht ausreichte und

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

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

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

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

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

4.4 Datenbasis – PEPP-Entgeltbereich

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

Für die Kalkulation für 2018 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:

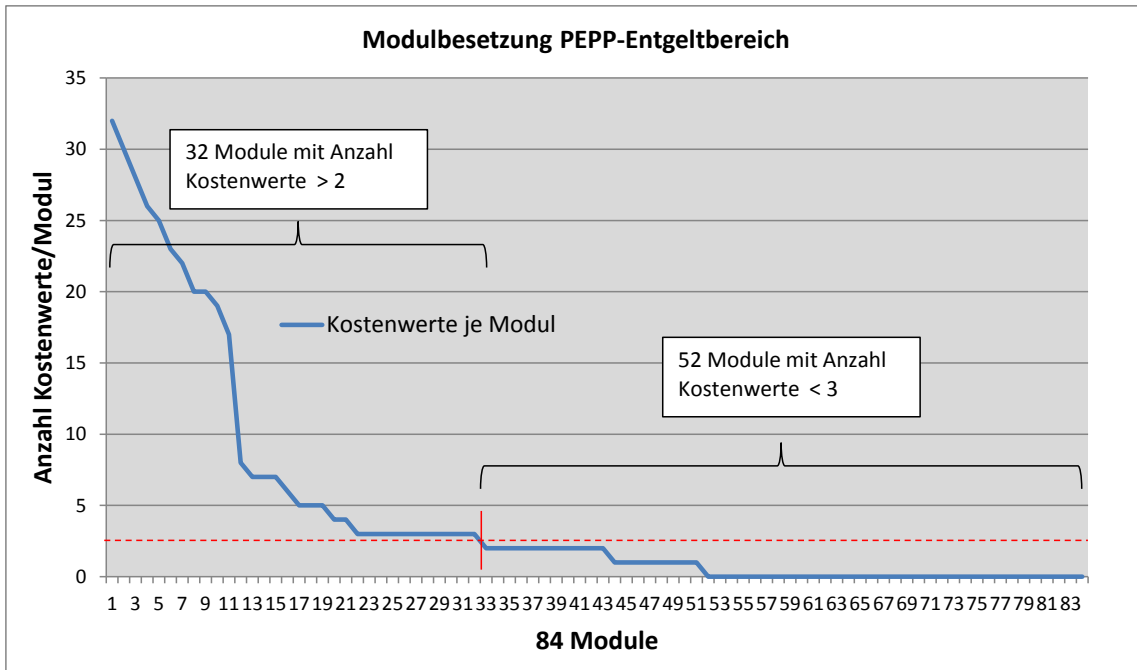


Abbildung 3: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

Für 32 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 52 Module weniger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 52 Module zeigt Tabelle 14 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	33
Module mit 1 Kostenwert	8
Module mit 2 Kostenwerten	11
Gesamt von 84	52

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

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

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

Module	Anzahl
Benötigte Module	84
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	52
zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	15
Für Kalkulation verwendbare Module	47
Saldo: fehlende Module	37

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

Für 32 von benötigten 84 Modulen lag eine ausreichende Anzahl von Kostenwerten vor. Diese bildeten zugleich die Datenbasis, die für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen im PEPP-Entgeltbereich zur Verfügung stand.

Darüber hinaus konnten 15 Ergänzungs- bzw. Ersatzwerte herangezogen werden. Weitere Patenmodule ließen sich aus dem Kreis der für den PEPP-Entgeltbereich relevanten Module aufgrund der geringen Beteiligung im Vorjahr nicht bestimmen.

Den 47 für die Kalkulation verwendbaren Modulen aus dem PEPP-Entgeltbereich (darunter 13 Module der Basis-Kostenstellengruppe 30) mit einer ausreichenden Anzahl an Kostenwerten standen nach Abschluss der Datenerhebung 37 Module gegenüber, bei denen der Umfang der übermittelten Kostenwerte nicht den an die Kalkulationsdatenbasis gestellten Anforderungen entsprach. Damit standen lediglich für etwas mehr als die Hälfte der im PEPP-Entgeltbereich benötigten Module für die IBR-Berechnung verwendbare Kosten zur Verfügung.

Der unzureichende Umfang der Datenbasis liegt in der geringen Beteiligung von Einrichtungen aus dem PEPP-Entgeltbereich begründet. 16 teilnehmende Einrichtungen übermittelten für 71 benötigte Module (Module der Kostenstellengruppen 21–26, ohne Kostenstellengruppe 30) insgesamt 128 nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte.

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

5 Ergebnisse

5.1 Investitionsbewertungsrelationen

5.1.1 Bewertungsrelationen für das G-DRG-System 2018

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des G-DRG-Systems 2018 wurden in einem separaten Katalog differenziert nach vollstationären und teilstationären Entgelten sowie Zusatzentgelten ausgewiesen.

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

Der IBR-Katalog für 2018 enthält wie bereits im Vorjahr für jedes Entgelt eine fallbezogene und eine tagesbezogene Bewertungsrelation. Die effektive Bewertungsrelation ist individuell für jeden einzelnen vollstationären Fall wie folgt zu ermitteln:

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

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

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

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

5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im G-DRG-System 2018

Von den im G-DRG-System 2018 definierten Zusatzentgelten (ZE) kamen für die Berechnung einer Investitionsbewertungsrelation diejenigen Leistungen in Frage, deren Erbringung den Einsatz spezieller Anlagenausstattung erfordert. Dazu zählen Dialyseleistungen und verwandte Verfahren sowie Leistungen unter Einsatz von Herzassistenzsystemen („Kunstherz“), einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) und Verfahren der Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO).

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

Wie im Vorjahr konnten im IBR-Katalog für das Jahr 2018 auch die Zusatzentgelte mit Leistungen unter Einsatz einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) und von Verfahren der Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO) bewertet werden.

5.2 IBR-Bezugsgröße

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

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

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

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

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

Auf dieser Grundlage beträgt für das Jahr 2018 die für den DRG-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall 316,55 € (Vorjahr: 322,93 €).

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

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

Modulen. In der Datenbasis für 2018 sind für einzelne Module mit besonders hohem Leistungsvolumen (insbesondere Ausstattungen im Bereich Basis-Kostenstelle) teilweise deutlich veränderte Kostensätze zum Vorjahr zu verzeichnen. Außerdem wurden die 30 zusätzlichen Module für die neuen Kostenstellengruppen 12 und 13 in die Datenbasis integriert. Ein weiterer Einfluss resultiert aus der Fallmengendynamik in den Krankenhäusern, deren Daten die Basis für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bilden. Hier hat sich die Fallmenge im Vergleich zum Vorjahr um ca. 8% erhöht.

6 Weiterentwicklung

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

Beteiligung an der Datenerhebung

Die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen erfordert valide und aktuelle Kosteninformationen zu den von den Krankenhäusern realisierten Investitionsmaßnahmen. Die von den Teilnehmern an der IBR-Kalkulation freiwillig übermittelten Investitionskosten bildeten dafür die entscheidende Grundlage. Die Datenlieferungen der 46 Kalkulationskrankenhäuser führten für den DRG-Entgeltbereich zu einer vollständigen Kalkulationsdatenbasis, während die für den PEPP-Entgeltbereich übermittelte Datenbasis für die IBR-Berechnung nicht ausreichte.

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

Die erfolgte Ziehung von 40 Krankenhäusern für eine verpflichtende Teilnahme an der Kalkulation im Jahr 2018 könnte eine spürbare Verbesserung der Datenbasis bewirken.

Datenaufbereitung

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

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

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1-1:

Module mit Verwendung von Ergänzungswerten aus Datenerhebungen der Vorjahre

Tabelle A-1-2:

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

Tabelle A-2:

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

Tabelle A-1-1:

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

KStGr	KStGr Bezeichnung	Module		Anzahl Kostenwerte	Herkunft Datenjahr	Bemerkung
		Konto	Konto Bezeichnung			
1	Normalstation	6010000	Techn. Anl. Nuklearmedizin	1	2015	
1	Normalstation	7006100	Spezial-MT Urologie	3	2015	
2	Intensivstation	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	1	2015	
2	Intensivstation	7004010	neonatale Intensivversorgung	4	2015	
3	Dialyseabteilung	1100000	Betriebsbauten	1	2015	
3	Dialyseabteilung	7001020	Basis 10J	1	2013	
3	Dialyseabteilung	7002030	Infusionspumpen	1	2015	
3	Dialyseabteilung	9020000	Software (fremd)	2	2012	
4	OP-Bereich	7001020	Basis 10J	1	2014	
4	OP-Bereich	7004020	ECMO-Therapieeinheit	2	2014	
4	OP-Bereich	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	1	2014	
4	OP-Bereich	7006110	Spezial-MT Zahnheilkunde	1	2013	
4	OP-Bereich	7011100	Strahlenther. - Behandlungsgger.	2	2015	
5	Anästhesie	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2	2013, 2015	
6	Kreislausaal	7001040	Mobiliar	2	2015	
6	Kreislausaal	7001050	DV-PC/Endgeräte	2	2013	
6	Kreislausaal	7002020	Patientenbetten/-liegen	1	2015	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	1	2013	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001020	Basis 10J	1	2014	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	2	2013, 2015	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	3	2014	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7011030	Angiographiegerät	1	2014	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001020	Basis 10J	2	2015	
9	Radiologie	7002020	Patientenbetten/-liegen	2	2015	
9	Radiologie	7002030	Infusionspumpen	1	2015	
9	Radiologie	7011060	Nuklearmed. SPECT	1	2013	
9	Radiologie	7011100	Strahlenther. - Behandlungsgger.	1	2015	
11	Diagnost. Bereiche	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	4	2015	
11	Diagnost. Bereiche	7006090	Spezial-MT HNO	4	2014, 2015	
12	Therapeut. Verfahren	7001020	Basis 10J	2	2016	Patenmodul 11_7001020
12	Therapeut. Verfahren	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	4	2016	Patenmodul 11_7002070
12	Therapeut. Verfahren	9020000	Software (fremd)	8	2016	Patenmodul 11_9020000
12	Therapeut. Verfahren	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	4	2015	Patenmodul 11_7006060
13	Patientenaufnahme	7001020	Basis 10J	3	2016	Patenmodul 11_7001020

Tabelle A-1-2:

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

KStGr	KStGr Bezeichnung	Module		Herkunft Datenerhebung	Herkunft Modul	Bemerkung
		Konto	Konto Bezeichnung			
1	Normalstation	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	Datenjahr 2015	1_7006080	
3	Dialyseabteilung	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	3_6000000	
6	Kreislausaal	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	Patenmodul
6	Kreislausaal	7001010	Basis 5J	Datenjahr 2015	6_7001010	
6	Kreislausaal	7001020	Basis 10J	Datenjahr 2015	6_7001020	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002020	Patientenbetten/-liegen	Datenjahr 2016	8_7002020	Patenmodul
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7006040	OP-Besteck	Datenjahr 2012	7_7006040	
8	Endoskop. Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	Patenmodul
8	Endoskop. Diag./Ther.	7002030	Infusionspumpen	Datenjahr 2013	8_7002030	
8	Endoskop. Diag./Ther.	7006040	OP-Besteck	Datenjahr 2012	7_7006040	Patenmodul
11	Diagnost. Bereiche	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	
11	Diagnost. Bereiche	7001010	Basis 5J	Datenjahr 2015	11_7001010	
11	Diagnost. Bereiche	7002030	Infusionspumpen	Datenjahr 2015	11_7002030	
11	Diagnost. Bereiche	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	Datenjahr 2015	11_7006080	
12	Therapeut. Verfahren	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	Patenmodul
12	Therapeut. Verfahren	7002020	Patientenbetten/-liegen	Datenjahr 2016	11_7002020	Patenmodul
12	Therapeut. Verfahren	7002030	Infusionspumpen	Datenjahr 2015	11_7002030	Patenmodul
12	Therapeut. Verfahren	7002040	Patientenmonitoring	Datenjahr 2016	11_7002040	Patenmodul
13	Patientenaufnahme	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	Patenmodul
13	Patientenaufnahme	7001010	Basis 5J	Datenjahr 2015	11_7001010	Patenmodul
13	Patientenaufnahme	7002030	Infusionspumpen	Datenjahr 2015	11_7002030	Patenmodul

Tabelle A-2:

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

DRG	Bezeichnung	Un-bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation		4.233	188	6,528	0,121
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder mit kombinierter Pankreastransplantation oder Alter < 6 Jahre		2.465	191	4,026	0,087
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, ohne kombinierte Pankreastransplantation, Alter > 5 Jahre		1.762	193	2,986	0,087
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas		1.811	184	3,075	0,091
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden		3.960	185	5,990	0,127
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden		1.818	192	3,453	0,087
A04A	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x	5.421	166		
A04B	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe bestimmter Stammzellen oder Alter < 16 Jahre, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost		3.349	169	1,364	0,151
A04C	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 16 J., od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Entn. od. SZ-Boost od. m. intensivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.		3.729	174	2,083	0,135
A04D	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		2.909	196	1,692	0,146
A04E	Knochenmarkstransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom		2.554	196	1,621	0,147
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte		6.557	189	6,963	0,105
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte		3.558	187	4,972	0,089
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff		13.105	212	11,886	0,180
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte		9.525	192	8,494	0,174
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		9.087	188	6,986	0,178

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.		7.610	198	9,017	0,153
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit kompl. OR-Proz. und ECMO ab 384 Stunden od. mit Polytrauma od. Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte		6.319	201	6,158	0,170
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2484 Punkte		5.462	200	5,130	0,173
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1656 / - und < 2353 / 1933 / 2485 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		5.113	189	4,506	0,172
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden		4.981	189	3,779	0,170
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden		4.488	187	3,388	0,164
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - P. oder mit sehr kompl. Eingr. und IntK > - / 2208 / - P.		5.349	198	6,566	0,144
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre		3.789	201	4,396	0,162
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre		3.280	201	3,566	0,164
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte		3.240	193	2,773	0,170
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur		2.818	195	2,472	0,166

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur		2.614	195	2,212	0,172
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre		4.155	202	5,190	0,142
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung		3.353	195	4,417	0,147
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 Punkte., mit kompl. OR-Proz. und Alter < 16 J. oder kompliz. Konst. od. bei Tumor od. angeb. Fehlbild., Alt. < 3 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / - P.		2.382	213	3,247	0,150
A11D	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre		2.396	211	3,358	0,132
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte		2.050	202	2,436	0,156
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre		2.047	212	2,179	0,139
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder schwerste CC		1.613	186	1,483	0,161
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, mit äußerst schweren CC		1.780	191	1,456	0,143
A11I	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, ohne äußerst schwere CC		1.491	192	1,249	0,157
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Ingr. 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.		2.593	215	3,383	0,126

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.		1.967	214	3,502	0,116
A13C	Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation		1.977	212	2,895	0,104
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkompl. od. sehr kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konst., ohne Eingr. bei angeb. Fehlbild. od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 828 / - P.		1.548	202	2,450	0,123
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		1.423	213	1,657	0,124
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		1.009	196	1,124	0,144
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC		980	198	0,983	0,129
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		827	194	0,815	0,141
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x				
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Entnahme oder Stammzellboost oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.406	152	0,547	0,140
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost oder IntK > 392 / 368 / 368 Punkte		784	190	0,452	0,083
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost		559	190	0,299	0,073
A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas	x	2.128	163		
A16B	Injektion von Pankreasgewebe	x				
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC		1.425	191	2,235	0,079

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC		1.029	191	1,704	0,085
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion		10.812	197	12,130	0,160
A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung	x				
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen		2.993	197	2,999	0,132
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen		1.996	202	2,226	0,111
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen		1.713	191	2,011	0,108
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre		458	188	0,328	0,071
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre		450	172	0,693	0,095
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC		175	185	0,218	0,066
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	x	3.340	183		
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation		575	193	0,697	0,070
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre		235	186	0,360	0,070
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre		244	193	0,325	0,067
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag		113	186	0,222	0,136
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC oder bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit und mehr als ein Belegungstag		684	191	0,459	0,110
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre		216	183	0,250	0,084
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre		122	182	0,180	0,113
A62Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Herztransplantation		649	167	0,753	0,086
A63Z	Evaluiierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation		590	188	0,787	0,078

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation		543	191	0,898	0,069
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation		250	189	0,510	0,076
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste		596	193	0,904	0,069
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter < 18 Jahre		2.149	153	4,715	0,088
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Alter > 17 Jahre		1.872	197	3,989	0,079
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit schwersten CC		4.674	195	11,722	0,077
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei bestimmter Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre, ohne schwerste CC		1.434	190	2,317	0,101
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren		1.417	214	3,361	0,084
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren		836	194	1,434	0,092
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC		898	197	1,898	0,075
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC		906	193	1,599	0,092
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC		877	193	1,647	0,080
B04C	Bestimmte interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		438	186	0,982	0,087
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte interventionelle Eingriffe		491	197	1,055	0,082
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom		131	181	0,281	0,083
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose		940	197	1,600	0,076
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel		379	191	0,779	0,070
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	x	1.627	193	1,601	0,074
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen		739	192	1,141	0,083
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	x	1.946	148		
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		3.540	208	9,718	0,063

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 11 Bestrahlungen		2.124	190	6,035	0,065
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 11 Bestrahlungen		959	194	2,583	0,071
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders		583	191	1,068	0,090
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff oder ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre		456	151	1,112	0,071
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre		506	189	0,873	0,071
B17D	Eingr. an periph. Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., Alt. < 19 J. od. mit schw. CC, Alt. > 15 J., ohne mäßig kompl. Eingr. od. oh. schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.		317	195	0,675	0,071
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne auß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.		203	187	0,467	0,078
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.365	194	2,594	0,076
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelshuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie		675	196	1,264	0,072
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung		507	173	1,056	0,070
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung		512	166	1,074	0,069
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators		282	163	0,617	0,071
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems		307	147	0,709	0,069
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen		234	165	0,528	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre		1.039	174	2,561	0,079
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 17 Jahre oder ohne best. komplexe Prozedur, mit intraop. neurophysiol. Monitoring oder komplexer Diagnose oder best. Gefäßinterventionen oder Bohrlochtrepanation mit äußerst schweren CC		1.178	199	2,881	0,082
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff		532	190	1,157	0,083
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie		673	197	1,406	0,079
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie		573	195	1,105	0,079
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation		1.873	186	4,990	0,070
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation		234	164	0,433	0,068
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		2.930	197	3,401	0,144
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder bestimmte hochaufwendige Implantate		1.845	199	2,327	0,130
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		939	193	1,548	0,092
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Eingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte		806	213	1,413	0,094
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72 Std., ohne kompl. Eingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. oder and. neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.		763	197	1,430	0,089
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		844	190	0,721	0,084
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		586	184	0,365	0,068
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	x	1.564	191	0,513	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		884	191	0,703	0,080
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		841	186	0,687	0,081
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		537	194	0,331	0,065
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		482	195	0,306	0,064
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.201	190	0,907	0,120
B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	x	399	146	0,330	0,067
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage		401	163	0,244	0,060
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage		294	184	0,266	0,063
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen		458	154	0,325	0,059
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	x	473	191	0,320	0,063
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag		316	190	0,477	0,070
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag		111	164	0,264	0,088
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt		1.007	191	2,298	0,107
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	x	1.489	214	1,731	0,069
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion		259	190	0,370	0,071
B64Z	Delirium		251	191	0,335	0,074
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation		462	162	0,461	0,075
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation		439	187	0,513	0,070
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		180	171	0,300	0,094

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		254	197	0,434	0,073
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung		380	189	0,315	0,067
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung		290	192	0,318	0,067
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		453	187	0,478	0,067
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		248	182	0,497	0,072
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose		314	186	0,577	0,070
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose		264	187	0,410	0,065
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden		440	188	0,610	0,131
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC		503	156	0,633	0,092
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		371	203	0,628	0,113
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		257	192	0,465	0,087
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose		588	194	0,703	0,097
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		522	209	0,691	0,104
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.		468	191	0,678	0,097
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.		445	197	0,672	0,099

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		441	196	0,592	0,084
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		351	195	0,518	0,077
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		317	183	0,507	0,199
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		260	183	0,438	0,159
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag		182	187	0,423	0,153
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC		767	184	0,799	0,073
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		402	187	0,429	0,071
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.		295	191	0,391	0,070
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie		209	208	0,343	0,072
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre		282	184	0,373	0,071
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag		420	195	0,645	0,072
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		234	199	0,354	0,071
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		862	184	0,622	0,069
B75Z	Fieberkrämpfe		144	188	0,259	0,089
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	x	381	189	0,385	0,071
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		428	191	0,482	0,087

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B76C	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit auß. schweren CC, ohne kompl. Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagnose, mit angeb. Fehlbildung		445	193	0,510	0,081
B76D	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG oder bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr		246	165	0,284	0,075
B76E	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schw. CC, Alter > 2 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schwere CC, mit EEG oder best. Diagnose, ohne kompl. Diagn., ohne angeb. Fehlbild., Alter > 0 Jahre		275	191	0,403	0,079
B76F	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose		208	189	0,317	0,092
B76G	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose		198	206	0,340	0,088
B77Z	Kopfschmerzen		186	201	0,381	0,083
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose		340	194	0,482	0,093
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose		289	191	0,432	0,089
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor		199	208	0,309	0,111
B80Z	Andere Kopfverletzungen		118	206	0,214	0,086
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung		387	191	0,608	0,084
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung		238	199	0,429	0,076
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven		146	199	0,260	0,080
B84Z	Vaskuläre Myelopathien		446	183	0,713	0,082
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose		458	192	0,463	0,072
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose		370	194	0,440	0,073
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen		241	190	0,358	0,072
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose		221	210	0,346	0,073
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet		335	168	0,557	0,069
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie		521	172	1,161	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie		272	188	0,514	0,064
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung		744	177	1,820	0,067
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung		353	188	0,766	0,065
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		324	186	0,751	0,065
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE) oder bestimmtem Eingriff an der Retina oder bei bösartiger Neubildung des Auges		286	193	0,643	0,066
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE), ohne bestimmten Eingriff an der Retina, außer bei bösartiger Neubildung des Auges		256	189	0,566	0,066
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre		348	167	0,668	0,061
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre		320	185	0,627	0,061
C05Z	Dakryozystorhinostomie		223	152	0,514	0,072
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom		250	182	0,485	0,062
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE)		198	146	0,435	0,068
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE)		184	189	0,359	0,066
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extradktion der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse		173	165	0,388	0,075
C08B	Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe an der Linse		154	191	0,349	0,077
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand		200	128	0,513	0,085
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre		185	143	0,473	0,089
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre		183	147	0,465	0,092
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider		269	152	0,611	0,066
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen		183	186	0,421	0,074
C14Z	Andere Eingriffe am Auge		182	191	0,386	0,070
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina		241	180	0,550	0,068
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre		268	143	0,638	0,073
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen		209	150	0,516	0,080

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen		189	195	0,433	0,071
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen		197	191	0,223	0,061
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges		272	193	0,547	0,073
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen		131	185	0,233	0,072
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges		185	204	0,363	0,073
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides		109	188	0,221	0,078
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges		177	174	0,334	0,078
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus		198	168	0,344	0,068
D01A	Kochleaimplantation, bilateral	x	661	146	1,685	0,069
D01B	Kochleaimplantation, unilateral		456	188	1,093	0,070
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		2.039	196	4,679	0,075
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		1.141	175	2,504	0,073
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr		427	167	0,945	0,069
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter > 0 Jahre		440	171	1,043	0,064
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen		669	189	1,666	0,072
D05A	Komplexe Parotidektomie		596	167	1,538	0,068
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien		391	190	0,950	0,066
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins		427	152	0,968	0,069
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und and. Eingriffe an Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre od. Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur od. komplexer Diagnose, ohne Resektion des Felsenbeins		345	194	0,770	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		305	193	0,718	0,068
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		607	171	1,140	0,067
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		297	191	0,641	0,070
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC		477	195	0,899	0,075
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		540	195	1,279	0,069
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		261	197	0,571	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose		227	186	0,539	0,080
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose		165	209	0,344	0,074
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese		903	190	1,392	0,076
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC		689	193	1,205	0,071
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht		237	183	0,587	0,074
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		4.333	196	11,965	0,062
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.771	193	5,090	0,063
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		997	193	2,864	0,069
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik		326	167	0,724	0,062
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik		208	193	0,446	0,070
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	x	437	148	1,078	0,069
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC		1.780	195	3,844	0,075
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff		923	193	2,082	0,071
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff		2.634	195	6,541	0,071
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		604	194	1,345	0,069
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		712	192	1,314	0,068
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		371	194	0,800	0,065
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen		388	194	0,912	0,069
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung		320	190	0,709	0,070
D30A	Tonsillektomie außer bei bösart. Neubildung oder versch. Eingr. an Ohr, Nase, Mund u. Hals ohne auß. schw. CC, mit aufw. Eingr. od. Eingr. an Mundhöhle u. Mund außer bei bösart. Neub. oh. Mundboden- od. Vestib.plastik, Alter < 3 J. od. mit kompl. Diagn.		292	197	0,675	0,070
D30B	Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose		189	193	0,349	0,063
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase und Hals ohne äußerst schwere CC		164	190	0,369	0,084
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses		1.121	172	2,373	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen und Tonsillen bei bösartiger Neubildung		356	173	0,827	0,067
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen		333	193	0,808	0,071
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spaltnase oder plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		624	170	1,621	0,060
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		374	171	0,935	0,064
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen		245	191	0,553	0,067
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase		164	169	0,351	0,074
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung		196	192	0,454	0,076
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie		392	188	0,709	0,068
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie		307	195	0,378	0,066
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		244	197	0,563	0,074
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus		203	205	0,357	0,077
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre		137	209	0,216	0,071
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre oder bei Vorhandensein einer Liquordrainage, Alter < 18 Jahre		109	186	0,159	0,072
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis		89	198	0,147	0,076
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase		158	209	0,290	0,076
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle		164	209	0,313	0,074
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose		1.432	195	2,475	0,075
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		895	194	1,787	0,079
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre		699	197	0,972	0,073
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC		537	195	0,844	0,070
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mehr als 1 Belegungstag, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC		358	195	0,680	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, ohne aufwendigen Eingriff, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne äußerst schwere CC, ein Belegungstag		192	189	0,493	0,112
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag		556	167	1,354	0,129
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC		1.122	199	2,009	0,078
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre		797	197	1,637	0,080
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniell Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 17 Jahre		693	194	1,271	0,080
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC		855	194	1,273	0,077
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter > 9 und < 16 Jahre oder mit offen chirurgischer Pleurolyse mit Eingriff an Lunge/Pleura oder best. atyp. Lungenresek. oder best. Brustkorbkorr.		636	171	1,200	0,078
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, ohne bestimmte atypische Lungenresek., ohne best. Brustkorbkorrektur		523	197	0,933	0,077
E07Z	Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom		306	147	0,632	0,077
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden		2.267	189	5,560	0,074
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		4.056	195	11,088	0,063
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen		2.115	192	5,879	0,064
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen		979	195	2,584	0,068
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwands- punkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		1.447	197	1,233	0,139
E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlich- keitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x				

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., mehr als 2 Belegungstage, mit kompl. Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - P. oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 J., mit auß. schw. CC oder ARDS		925	194	0,985	0,108
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		654	193	0,751	0,103
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		541	196	0,589	0,109
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	1.113	164	0,483	0,080
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		559	190	0,335	0,066
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC		290	192	0,302	0,066
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		241	185	0,262	0,067
E63A	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre oder bestimmte invasive kardiologische Diagnostik		136	187	0,274	0,099
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik		126	187	0,260	0,078
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie		330	194	0,456	0,077
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre		262	163	0,261	0,117
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre		267	190	0,332	0,078
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag		125	165	0,241	0,155
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit auß. schw. CC od. mit komplizierender Diagnose od. best. hochaufw. Behandlung od. Bronchitis u. Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infekt.		467	189	0,469	0,072
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung oder starrer Bronchoskopie		312	194	0,374	0,071
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, ohne starre Bronchoskopie		245	191	0,317	0,072
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose		258	192	0,347	0,078
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose		189	201	0,278	0,078

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie		300	188	0,296	0,082
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit auß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. auß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.		236	195	0,300	0,071
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr oder flexible Bronchoskopie, Alter < 16 Jahre od. best. mäßig aufw. Behandl., ohne RS-Virus-Infektion		127	184	0,168	0,072
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		116	183	0,167	0,072
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		154	206	0,280	0,078
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre		140	161	0,157	0,068
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre		240	154	0,327	0,069
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		456	195	0,527	0,067
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie oder mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, mit Chemotherapie		337	195	0,624	0,069
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, mit endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt, ohne Chemotherapie		328	196	0,676	0,070
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie, ohne endoskopische Biopsie am Respirationstrakt		199	199	0,337	0,071
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC		434	188	0,451	0,075
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC		233	191	0,343	0,072
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung		273	191	0,426	0,071
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre		357	170	0,410	0,098
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		364	189	0,406	0,073
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose		207	195	0,328	0,074
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	x	970	206	0,575	0,059
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC		313	185	0,446	0,072
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax		276	193	0,365	0,078

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		950	186	0,651	0,107
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		618	191	0,551	0,077
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne kompliz. Konst., ohne hochkomplexe Diagnose, ohne kompl. Diagn. bei Z.n. Organtransplantation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / - / - Aufwandsp., mit schwersten oder äuß. schw. CC		589	192	0,548	0,072
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder Alter < 10 Jahre		540	189	0,405	0,071
E77E	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre		449	193	0,425	0,074
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage		131	156	0,278	0,109
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen		349	194	0,361	0,071
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung		340	190	0,311	0,069
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr		174	165	0,196	0,069
E79D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung, Alter > 0 Jahre		242	210	0,285	0,070
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit kompliz. Faktoren oder myokardstimulierendes System oder aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Faktoren oder Zwei-Kammer-Stimulation mit kompliz. Faktoren		813	194	1,366	0,078
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren		797	188	1,335	0,080
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne komplizierende Faktoren		460	195	0,915	0,076
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer- oder Ein-Kammer-Stimulation mit äuß. schw. CC oder Ein-Kammer-Stimulation mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder best. Sondenentfernung		761	196	1,221	0,075

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder aufwendige Sondenerntfernung oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie		402	189	0,791	0,076
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schwere CC, ohne aufw. Sondenerntfernung, ohne Implantation eines Drucksensors		347	186	0,690	0,076
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation		229	188	0,483	0,080
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation		213	185	0,466	0,082
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter Zweifacheingriff		1.490	194	3,215	0,088
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder pulmonaler Endarteriektomie oder bestimmter komplizierender Konstellation		1.340	208	2,848	0,083
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, ohne pulm. Endarteriektomie, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit kompl. Eingriff		1.299	194	2,743	0,078
F03D	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 J., ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingr. od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler, Alter < 16 J.		992	162	2,302	0,082
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J., mit Zweifacheingr. od. kompl. Eingriff od. bei Endokarditis od. bei angeb. Herzfehler		1.110	195	2,278	0,077
F03F	Herzklappeneingr. mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konst., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Dreifach- / Zweifacheingr., außer bei angeb. Herzfehler, ohne kompl. Eingr., außer bei Endokarditis, Alter > 15 J.		930	191	1,900	0,078
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		1.383	193	2,927	0,082
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		2.194	190	4,054	0,088
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.740	189	3,043	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit kompl. Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - P. oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, mit intraoperativer Ablation		1.259	190	2,458	0,091
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC		1.161	192	2,428	0,081
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne Karotiseingriff, ohne invasiv. kardiolog. Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC		945	193	1,983	0,079
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.317	191	2,802	0,092
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, mit Reoperation an Herz oder Perikard oder bestimmter komplizierender Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.247	193	2,581	0,080
F07C	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne Reoperation an Herz oder Perikard, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		958	193	2,076	0,081
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff		2.054	196	3,834	0,073
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompliz. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplex. Eingr. m. Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Re-OP od. best. Bypässen, mit äußerst schw. CC		1.479	198	2,763	0,073
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. ohne Mehretagen- od. Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., mit äuß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.		1.188	193	2,120	0,072
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Reop. od. best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.		969	196	1,999	0,073
F08E	Rekonstr. Gefäßeingr. ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit komplex. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.		770	194	1,599	0,071
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff		677	193	1,427	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof		768	191	1,480	0,083
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, mit äußerst schweren CC		657	191	1,203	0,092
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC		520	188	1,016	0,082
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äuß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren		740	190	1,240	0,075
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren		422	185	0,861	0,076
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Alter < 16 Jahre		482	163	0,925	0,109
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff		619	189	1,126	0,078
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung		637	191	0,904	0,079
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen		489	189	0,926	0,072
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne isolierte offen chirurgische Sondenimplantation, ohne aufwendige Sondenentfernung		369	195	0,697	0,080
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders		239	188	0,450	0,075
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders		367	192	0,600	0,076
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen		1.264	191	1,309	0,066
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe		542	185	0,615	0,064
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC		384	184	0,490	0,062
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC		1.224	197	2,114	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		695	192	1,418	0,070
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation mit komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. Angioplastie, Alt. < 16 J. oder inv. kardiolog. Diagnostik, mit kompliz. Konstellation od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage		932	195	1,144	0,073
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre		206	190	0,439	0,083
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre		204	181	0,424	0,081
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung		643	188	0,988	0,075
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. äuß. schw. CC mit kompl. Eingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe		551	185	0,840	0,076
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminale expandierende Extraktionshilfe		345	185	0,711	0,078
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff		215	184	0,460	0,080
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC		633	191	1,126	0,080
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter < 18 Jahre		323	183	0,765	0,093
F19C	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre		408	189	0,914	0,078
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 17 Jahre		357	153	0,821	0,076
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		418	161	0,829	0,064
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		1.427	190	1,870	0,068
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation		892	187	1,311	0,070
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte		617	193	0,671	0,063
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff		440	195	0,541	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff		320	189	0,343	0,064
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		746	193	1,226	0,082
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		493	194	0,988	0,084
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff		1.179	185	2,154	0,069
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Haut- oder bestimmtem Gefäßeingriff		779	190	0,810	0,066
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne bestimmten Gefäßeingriff, mit mäßig komplexem Eingriff		437	189	0,496	0,063
F27D	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne bestimmten Gefäßeingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff		373	183	0,380	0,065
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		1.508	192	2,253	0,069
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		700	189	0,816	0,066
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC		566	185	0,699	0,064
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiotorakale Eingriffe	x	1.132	164	0,965	0,070
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern		1.164	167	2,501	0,091
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte		3.019	195	3,760	0,139
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen des Kreislaufsystems mit kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. oder > - / - / 552 P. mit best. Aortenstent oder minimalinv. Eingr. an mehreren Herzklappen		2.334	197	3,304	0,126
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / - / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff		1.916	199	2,821	0,112
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	4.198	182		

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		249	185	0,552	0,070
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		187	185	0,465	0,083
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC		679	152	1,032	0,078
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC		438	191	0,884	0,083
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		1.328	195	2,730	0,086
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.282	196	1,716	0,109
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems ohne IntK > 392 / 552 / 552 Punkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - Punkte		999	199	1,605	0,096
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur		604	193	0,762	0,106
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	871	165	0,489	0,066
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		547	193	0,323	0,065
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre		848	169	1,098	0,089
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre		813	190	1,096	0,081
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 15 Jahre		315	185	0,747	0,096
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping oder mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag		521	192	0,923	0,074
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose		429	190	0,830	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne kompl. Diagnose, mit best. Eingr.		340	189	0,778	0,078
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei BT > 1, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingr.		317	191	0,746	0,078
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders		370	190	0,845	0,077
F50B	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders		344	191	0,755	0,083
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung oder mit bestimmter Ablation		336	183	0,751	0,100
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung, ohne bestimmte Ablation		307	191	0,722	0,078
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination		856	194	1,878	0,079
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination		671	191	1,470	0,079
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC		670	196	1,054	0,082
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention		438	195	0,886	0,085
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC		596	191	1,061	0,081
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie		335	190	0,784	0,079
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC		562	195	0,992	0,080
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC		309	207	0,738	0,082
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotations thrombektomie		690	199	1,193	0,072
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag		535	200	1,096	0,070
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		326	191	0,763	0,075
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne aufwendigen oder bestimmten Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		295	195	0,689	0,075
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC		447	191	0,544	0,081

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC		238	196	0,313	0,081
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation		973	189	0,835	0,069
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		722	192	0,515	0,068
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation		706	192	0,594	0,076
F62B	Herzinsuffizienz und Schock mit auß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. oder mit best. hochaufw. Beh. oder ohne kompliz. Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag bei best. akuten Nierenversagen mit auß. schw. CC		601	191	0,494	0,072
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. hochaufw. Beh., mehr als ein Belegungstag, ohne best. akutes Nierenversagen oder ohne äußerst schwere CC		290	196	0,316	0,070
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag		116	187	0,239	0,127
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC		393	186	0,455	0,071
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC		207	205	0,319	0,071
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen		251	186	0,241	0,063
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		448	190	0,444	0,071
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		226	196	0,371	0,069
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC		494	188	0,585	0,072
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC		179	191	0,274	0,075
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung		450	188	0,493	0,074
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC oder bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung		291	191	0,379	0,072
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre		151	153	0,237	0,072
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre		169	207	0,258	0,075
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		241	183	0,323	0,108
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		174	185	0,357	0,090
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC		410	203	0,466	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC		199	189	0,286	0,073
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC		445	189	0,518	0,086
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC		197	191	0,292	0,090
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung		398	192	0,556	0,076
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		166	206	0,263	0,080
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC		412	187	0,531	0,072
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC		162	190	0,271	0,080
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag		89	151	0,174	0,106
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag		175	209	0,279	0,077
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems		122	204	0,231	0,083
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		524	197	0,609	0,073
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre		192	186	0,278	0,084
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre		242	184	0,340	0,084
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre		271	209	0,475	0,074
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		686	191	0,570	0,067
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss		375	187	0,822	0,080
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre		282	185	0,693	0,080
F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x				
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents		814	189	1,368	0,078
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff		795	198	1,495	0,079
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff		674	194	1,123	0,081
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens		1.918	190	4,065	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre od. best. Eingriffe an Dünn-/Dickdarm mit kompliz. Diagnose od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Aufwandsp. od. Komplexbeh. MRE od. komplexer Eingriff u. Alter < 10 J.		1.158	208	2,016	0,077
G02B	Kompl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm oh. Eingriffe an den Verdauungsorg. bei angeb. Fehlbildung, Alt. > 1 J., oh. best. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. kompliz. Diag., oh. IntK > 392 / - / - P., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Eingriff od. Alt. > 9 J.		898	193	1,616	0,075
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.436	194	2,889	0,074
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff		1.206	168	2,391	0,075
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, ohne komplexen Eingriff		1.121	193	2,147	0,075
G04Z	Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Anti-reflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie		961	198	1,614	0,075
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Ingr. an Dünn- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 3 Jahre od. mit best. Ingr. an abdominalen Gefäßen		441	193	0,834	0,080
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsioolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingriffe an Dünn- / Dickdarm, oh. äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alt. > 2 Jahre u. Alter < 10 Jahre od. mit laparoskop. Adhäsioolyse od. Rektopexie		493	189	1,003	0,069
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC od. best. Anorektoplastik, Alter > 9 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsioolyse oder Rektopexie		437	194	0,817	0,067
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC		824	187	1,356	0,072
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC		351	190	0,766	0,066
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis		286	192	0,728	0,076
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz		880	193	1,630	0,075
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 6 Jahre		312	182	0,522	0,074
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 5 Jahre		207	162	0,389	0,063
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur		757	190	1,305	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag		565	194	0,816	0,069
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag		435	190	0,826	0,066
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur		339	195	0,624	0,069
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		167	161	0,348	0,070
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		204	146	0,436	0,069
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.314	193	1,583	0,072
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff		3.149	192	7,930	0,069
G16A	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrzeitige Enterostomaanlage und -rückverlagerung, mit kompliz. Konstell. od. plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen od. IntK > - / 368 / - P.		1.816	192	3,528	0,078
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumresektion mit best. Eingriff od. komplexer Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell., ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Punkte		1.215	197	2,324	0,074
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung		984	194	1,989	0,075
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung		824	191	1,659	0,073
G18A	Best. Eingr. an Dünn- / Dickdarm od. Enterostomaanl. od. andere Eingr. am Darm m. äuß. schw. CC, m. hochkompl. Eingr. od. kompliz. Diag. od. m. sehr kompl. Eingr. od. aufwend. Eingr. m. äuß. schw. CC, m. IntK > - / 368 / - Punkte od. m. Komplexbeh. MRE		1.042	196	1,913	0,075
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn-/ Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äuß. schw. CC, mit sehr komplexem Eingriff oder aufwend. Eingriff mit äuß. schw. CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne Komplexbeh. MRE		777	198	1,457	0,074
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne aufwendigen Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff		655	208	1,227	0,071
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		352	187	0,708	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 oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte		774	192	1,398	0,074

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff		671	192	1,215	0,077
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne IntK > - / 368 / - Punkte, ohne komplexen Eingriff		466	190	1,004	0,070
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, Alter < 16 Jahre		389	166	0,773	0,075
G21B	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, mit äußerst schweren CC oder aufwendigem Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre		493	193	0,937	0,070
G21C	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm		279	186	0,551	0,066
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		407	185	0,780	0,069
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		429	186	0,854	0,069
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		357	185	0,724	0,069
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		277	165	0,596	0,068
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsiolyse oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		282	186	0,628	0,069
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		260	187	0,574	0,070
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand		389	167	0,859	0,066
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff		247	172	0,630	0,080
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff		222	195	0,520	0,076
G26A	Andere Eingriffe am Anus, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder mit kleinem Eingriff am Rektum		201	186	0,381	0,069
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff am Rektum		153	205	0,304	0,074
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC		4.373	190	11,359	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC		3.186	193	8,803	0,061
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen		1.612	193	4,660	0,064
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen		882	194	2,412	0,073
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.007	193	3,746	0,074
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.539	192	4,202	0,074
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		3.437	196	4,019	0,128
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Auf- wandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.667	188	3,193	0,118
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwands- punkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.879	196	2,501	0,104
G37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsor- gane		1.419	190	2,899	0,074
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem		1.826	197	3,745	0,078
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		813	193	1,012	0,077
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äu- ßerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT		649	191	0,811	0,072
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastro- skopie bei auß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompl. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.		498	195	0,707	0,072
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsor- gane und auß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.		341	194	0,619	0,071
G47Z	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe		295	197	0,575	0,069
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstil- lung, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtrans- plantation		451	187	0,579	0,067

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 oder mehrzeitige endoskopische Blutstillung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation		381	192	0,627	0,070
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre		444	194	0,647	0,071
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	x	1.417	185	0,855	0,066
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		574	192	0,387	0,064
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung		373	192	0,385	0,066
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		163	198	0,276	0,069
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC		406	188	0,453	0,071
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC		209	188	0,356	0,068
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes		189	194	0,310	0,073
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC		222	189	0,359	0,071
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmten komplizierenden Faktoren		249	208	0,363	0,068
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC		197	205	0,331	0,070
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC		171	210	0,322	0,073
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		172	170	0,304	0,074
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		263	191	0,429	0,069
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		197	194	0,401	0,073
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre		105	163	0,191	0,090
G72B	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane, Alter > 2 Jahre oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 2 Jahre und Alter < 56 Jahre oder ohne CC		127	207	0,250	0,077
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		319	194	0,543	0,073
G74Z	Hämorrhoiden		194	183	0,396	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		572	190	0,478	0,066
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		365	187	0,361	0,066
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.494	196	2,977	0,076
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.222	197	2,390	0,075
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung oder Alter < 14 Jahre oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose		1.188	189	2,158	0,074
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 13 Jahre, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose		1.013	169	1,888	0,072
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen		757	206	1,357	0,074
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren		1.003	200	1,695	0,074
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		552	190	0,751	0,070
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation		310	193	0,588	0,069
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		806	190	1,522	0,075
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		570	194	1,061	0,072
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		570	191	1,084	0,069
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		322	204	0,723	0,068
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC, mit bestimmtem Eingriff an Leber, Pankreas und Gallengängen		1.112	194	1,787	0,074
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC oder ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Pankreas oder bei bösartiger Neubildung		701	193	1,364	0,076
H09C	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas, außer bei bösartiger Neubildung		567	187	1,117	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC		916	191	1,196	0,071
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff		864	167	1,482	0,070
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		400	195	0,693	0,068
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		4.228	172	11,859	0,061
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		2.192	170	6,180	0,063
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		913	190	2,470	0,089
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT		498	188	1,129	0,130
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.898	192	3,496	0,073
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.504	194	3,128	0,113
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliä- rem System und Pankreas		1.649	191	1,911	0,106
H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlich- keitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	x	2.204	164		
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.955	190	3,495	0,078
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC		582	189	0,762	0,080
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC		363	186	0,609	0,078
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie		813	197	1,057	0,071
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde En- doskopie		600	189	0,877	0,066
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofre- quenzablation und endoskopischer Stentimplantation		415	193	0,648	0,067
H41D	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofre- quenzablation mit endoskopischer Stentimplantation oder bestimmte endoskopische Eingriffe		290	197	0,570	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		583	187	0,367	0,064
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC		485	191	0,518	0,072
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose		371	192	0,443	0,067
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre		226	164	0,333	0,091
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre		195	196	0,326	0,069
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 Jahre		235	181	0,325	0,070
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre		267	193	0,388	0,070
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis		233	185	0,440	0,070
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.		401	188	0,461	0,073
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		318	190	0,444	0,069
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		189	189	0,324	0,071
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen		196	203	0,324	0,071
H77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		516	191	0,590	0,069
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		942	195	1,276	0,081
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose		1.472	192	2,011	0,069
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		2.822	191	4,978	0,069
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lokal. od. schw. Weichteilschaden, m. auß. schwer. CC od. kompl. OR-Proz. oder mit hochkompl. Gewebetransplantation oder bei bösart. Neub. und kompl. OR-Prozedur		2.161	197	3,542	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		1.365	196	1,926	0,067
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC		1.133	197	1,414	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.		1.423	195	2,142	0,072
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.		889	194	1,404	0,070
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniege-lenk mit komplizierender Diagnose oder Arthro-dese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation		795	192	1,312	0,070
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthro-dese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC		824	194	1,090	0,077
I05B	Implantation einer inversen Endoprothese am Schultergelenk		538	188	0,948	0,069
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation einer inversen Endop-rothese am Schultergelenk		520	191	0,961	0,068
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektur-eingriff oder bestimmtem mehrzeitigem Eingriff oder mit Eingriff an meh-reren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC		2.172	196	4,786	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 ent-zündlicher Erkrankung		1.085	171	2,402	0,077
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule, ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne be-stimmten Eingriff an der Wirbelsäule		1.517	197	3,385	0,075
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		702	191	0,893	0,067
I08A	Andere Eingr. an Hüftgel. und Femur mit kompl. Mehrfacheingriff oder auß. schw. CC bei Zerebralpar. und mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralpar. oder Kontraktur oder mit best. Eingr. bei Beckenfraktur oder IntK > 392 / 368 / - P.		1.322	193	2,026	0,081
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Mehrfach-eingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule		1.107	199	1,691	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur ohne äußerst schwere CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit anderem Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule oder Alter < 6 Jahre		850	195	1,360	0,073
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre		656	198	1,050	0,072
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmter Osteotomie oder großem Eingriff an der unteren Extremität oder bei bestimmter Knocheninfektion		619	195	1,066	0,073
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit bestimmtem mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag		454	198	0,677	0,072
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese, mehr als ein Belegungstag		364	191	0,716	0,069
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, mit anderem bestimmtem Eingriff, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit anderem bestimmtem Eingriff		286	193	0,584	0,072
I08I	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit mäßig komplexem Eingriff, ohne anderen bestimmten Eingriff, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne anderen bestimmten Eingriff		231	147	0,508	0,078
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC		1.515	195	2,812	0,074
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen		1.368	193	2,743	0,073
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese		1.317	190	2,791	0,073
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sekundärer bösartiger Neubildung des Knochens oder mit anderen mehrzeitigen komplexen Eingriffen		1.238	197	2,289	0,073
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit knöcherner Dekompression > 3 Segmente oder bestimmter Osteosynthese und Eingriff an Schädel und Rückenmark oder transpleuralem Zugang oder bestimmter Spondylodese		999	199	2,059	0,074
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmter Osteosynthese		789	198	1,673	0,072
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmte Osteosynthese, bei Frakturen der Halswirbelsäule		729	188	1,387	0,076
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmte Osteosynthese, außer bei Frakturen der Halswirbelsäule, mit anderen komplizierenden Faktoren		535	195	1,071	0,070
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren		388	195	0,621	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC		1.029	197	1,741	0,073
I10B	Andere Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne äuß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit auß. schw. CC und > 1 BT		582	197	1,214	0,070
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder bei best. Diszitis, bei Spinalkanalstenose oder bestimmten Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat		450	193	0,907	0,069
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule außer bei best. Diszitis, Spinalkanalstenose, bestimmten Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat		472	197	0,992	0,067
I10E	Andere mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule		379	209	0,747	0,067
I10F	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff, mehr als ein Belegungstag		248	163	0,527	0,070
I10G	Andere wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff oder ein Belegungstag		166	149	0,314	0,071
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität		605	146	1,351	0,062
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC		967	198	1,313	0,070
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		621	192	0,877	0,066
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		397	205	0,649	0,065
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese		787	206	1,380	0,067
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder keramischem Knochenersatz, ohne komplizierenden Eingriff an Humerus und Tibia, ohne aufwendige Osteosynthese		662	189	1,272	0,068
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		522	210	1,013	0,069
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 oder BNB bestimmter Knochen		411	196	0,775	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I13E	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Kniegelenk ohne Wechsel oder BNB bestimmter Knochen		403	208	0,799	0,069
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, mit bestimmter offener Reposition oder Implantation von alloplastischem Knochenersatz		345	198	0,647	0,070
I13G	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne Revision einer Endoprothese am Kniegelenk, ohne bestimmte offene Reposition, ohne Implantation von alloplastischem Knochenersatz		276	203	0,549	0,072
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes		382	185	0,515	0,063
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre		814	178	1,852	0,087
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre		610	176	1,411	0,074
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen		252	162	0,582	0,076
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula und Schultergelenk		236	185	0,534	0,075
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula und Schultergelenk		221	180	0,518	0,080
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel		476	192	1,054	0,066
I17B	Operationen am Gesichtsschädel ohne aufwendige Operationen		391	168	0,863	0,066
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk		226	188	0,501	0,074
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk		196	185	0,453	0,081
I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		347	144	0,723	0,066
I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		347	165	0,813	0,068
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodesen		678	187	1,243	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes		514	169	0,951	0,066
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren		372	187	0,663	0,067
I20D	Eingriffe am Fuß ohne mehrere kompl. Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochen-Tx oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese		323	181	0,694	0,073
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritits oder Diabetes mellitus mit Komplikation oder bestimmter Osteotomie oder Gelenkoperation am Fuß		281	180	0,591	0,073
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre		203	145	0,449	0,078
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodesse am Großzehengrundgelenk oder Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx oder bestimmter Knochen-Tx oder wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl oder Osteotomie oder Synovialektomie		257	161	0,557	0,075
I20H	Eingriffe am Fuß ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodesse am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynth. einer Mehrfragment-Fx, ohne bestimmte Knochen-Tx, ohne wenig kompl. Eingriff an mehr als einem Strahl, ohne Osteotomie, ohne Synovialektomie		205	185	0,437	0,076
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		260	196	0,572	0,075
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		1.112	196	1,873	0,065
I22B	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kleinflächiger Gewebetransplantation od. mit großflächiger Gewebetransplantation ohne kompliz. Konst., oh. Eingr. an mehreren Lokal., oh. schw. Weichteilschaden, oh. kompl. Gewebetranspl. m. schw. CC		761	195	1,041	0,064
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen		245	190	0,567	0,076
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen		186	174	0,424	0,082
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere kleine Eingriffe an den Extremitäten		179	188	0,417	0,085
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation		1.962	201	2,420	0,104

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff oder mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC, mit bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff		1.063	196	2,037	0,077
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder Transplantation einer Zehe als Fingersersatz, ohne bestimmte Diagnose oder ohne komplexen Eingriff		809	197	1,284	0,072
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag		421	196	0,763	0,067
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe ohne bestimmte kleine Eingriffe oder kleinflächige Gewebetransplantationen, ohne schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Weichteilgewebe		284	195	0,583	0,070
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag		201	188	0,445	0,075
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe		500	168	0,975	0,074
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder andere Eingriffe am Bindegewebe, Alter < 10 Jahre		431	195	0,673	0,067
I28C	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, ein Belegungstag oder andere Eingriffe am Bindegewebe, Alter > 9 Jahre		255	193	0,488	0,070
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		402	182	0,909	0,071
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter		301	188	0,703	0,074
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter		269	162	0,643	0,073
I30A	Sehr komplexe Eingriffe am Kniegelenk		387	167	0,850	0,069
I30B	Arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk		309	163	0,770	0,076
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk		306	184	0,720	0,072
I30D	Mäßig komplexe Eingriffe am Kniegelenk		286	179	0,635	0,071
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm		561	186	1,161	0,068
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm		422	190	0,880	0,070
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm		336	184	0,776	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand		614	171	1,189	0,064
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. Fehl. d. Hand u. Alter < 16 J.		365	160	0,856	0,068
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. Fehl. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Eingr. od. kompl. Diag.		470	146	1,009	0,068
I32D	Eingriffe an Handgelenk und Hand mit komplexem Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder ohne sehr komplexen Eingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit bestimmtem oder beidseitigem Eingriff oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen		303	183	0,723	0,071
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre		210	142	0,494	0,084
I32F	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre, mehr als ein Belegungstag		261	191	0,579	0,071
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder mit bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder mit anderem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre		182	185	0,441	0,086
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen		499	126	1,112	0,064
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		843	199	0,868	0,069
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk		699	183	1,379	0,068
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität		1.241	166	2,196	0,068
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		4.096	197	11,451	0,063
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	x	801	187	0,436	0,062
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		502	193	0,284	0,063
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage		396	184	0,230	0,061
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage		284	186	0,243	0,064
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC		1.168	193	1,764	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC		631	192	1,159	0,070
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität		823	190	1,342	0,073
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten		615	167	0,993	0,070
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel oder Entfernung von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten		565	194	1,041	0,070
I44D	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk		466	190	0,864	0,068
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment		482	142	1,149	0,074
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente		409	180	0,923	0,074
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		1.126	190	1,731	0,074
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur an der Hüfte oder am Knie		852	185	1,387	0,075
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur an Hüfte oder Knie		717	194	1,259	0,073
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese oder Inlaywechsel Hüfte		586	193	1,005	0,070
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit komplexer Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit bestimmtem endoprothetischen Eingriff oder gelenkplastischem Eingriff am Hüftgelenk		531	195	0,829	0,073
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/Oberschenkel, ohne bestimmten endoprothetischen Eingriff, ohne gelenkplastischen Eingriff am Hüftgelenk		488	194	0,830	0,070
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen		659	192	0,998	0,063
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre		436	167	0,686	0,064
I50C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Vakuumbehandlung, Alter > 15 Jahre		275	145	0,518	0,062

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 9 Bestrahlungen		2.430	194	6,934	0,064
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen		1.080	192	2,903	0,068
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm oder bestimmte geschlossene Reposition einer Gelenkluxation mit Osteosynthese		208	185	0,474	0,081
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre		249	141	0,280	0,062
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre		321	161	0,418	0,064
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC		371	186	0,441	0,067
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		235	187	0,326	0,066
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie		365	167	0,455	0,079
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie		273	197	0,384	0,074
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC		225	197	0,361	0,068
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte		700	191	0,651	0,072
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		546	191	0,580	0,069
I66C	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		457	183	0,428	0,074
I66D	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mit kinder- und jugendrheumatologischer Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage		248	111	0,215	0,062
I66E	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Amyloidose oder Arthropathie, mehr als ein Belegungstag, ohne auß. schw. CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung 7 bis 13 Behandlungstage		305	193	0,451	0,067
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		255	188	0,279	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne Amyloidose, ohne Arthropathie, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ohne kinder- und jugendrheumatologische Komplexbehandlung		234	194	0,310	0,066
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag		92	190	0,189	0,101
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie, bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie		785	189	0,759	0,068
I68B	Nicht op. beh. Erkr. und Verl. im WS-Bereich, mehr als 1 BT, auß. bei Diszitis, mit auß. schw. oder schw. CC od. bei Para- / Tetrapl., mit kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne Para- / Tetrapl. bei Diszitis		447	190	0,500	0,070
I68C	Nicht operativ behandelte Erkr. und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein BT oder and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie oder mit äußerst schw. CC oder mit schw. CC und Alter > 65 Jahre, ohne kompl. Diagn. oder Kreuzbeinfraktur		335	188	0,399	0,069
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur		220	212	0,317	0,069
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag		105	207	0,234	0,099
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag		264	193	0,301	0,066
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag		199	195	0,262	0,069
I71A	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur		172	128	0,270	0,066
I71B	Muskel- und Sehnenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur		173	207	0,274	0,073
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre		323	190	0,365	0,071
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes		221	189	0,260	0,067
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien		212	189	0,289	0,069
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre		123	143	0,259	0,097
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre		149	194	0,254	0,077
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC		277	185	0,318	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		183	205	0,270	0,071
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre		266	191	0,374	0,069
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		184	197	0,308	0,072
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		171	200	0,266	0,074
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		138	185	0,262	0,083
I79Z	Fibromyalgie		256	187	0,246	0,063
I87Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		414	184	0,354	0,066
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur		1.245	193	2,357	0,071
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	x	1.623	190	1,543	0,068
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		366	183	0,230	0,059
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		1.906	196	2,758	0,067
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma		1.077	189	2,677	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.		1.265	192	1,906	0,065
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	195	1,203	0,065
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		538	195	0,690	0,061
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		323	186	0,384	0,064
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		216	187	0,407	0,067
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung		524	168	1,181	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J07A	Kleine Eingr. an der Mamma mit best. LK-Exzision od. äuß. schw. oder schw. CC bei BNB, mit beids. Eingr. od. Eingr. am Ovar oder große Eingr. an der Mamma bei BNB ohne kompl. Eingr., ohne best. Eingr. weibl. Geschlechtsorg. bei BNB mit Eingr. am Ovar		519	169	1,247	0,072
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit bestimmter Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff, ohne Eingriff am Ovar		407	193	0,953	0,073
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		574	170	1,216	0,067
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC		748	195	0,900	0,067
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		368	191	0,619	0,063
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre		150	161	0,274	0,069
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre		128	179	0,251	0,075
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Verschiebe- oder Rotationsplastik am Augenlid		301	189	0,567	0,061
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Verschiebe- oder Rotationsplastik am Augenlid		222	190	0,454	0,065
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisation bei Hämangiom		329	191	0,421	0,065
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		255	211	0,483	0,069
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit best. Eingriff oder Hidradenitis suppurativa		176	195	0,348	0,069
J11D	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Eingriff, ohne Hidradenitis suppurativa		151	209	0,294	0,073
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma		1.452	162	3,760	0,072
J14A	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwend. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei BNB oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. oder Impl. eines Hautexpanders		635	168	1,452	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J14B	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwendige Rekonstruktion		290	126	0,612	0,070
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung		550	168	1,185	0,068
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.860	188	5,520	0,075
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		4.700	194	13,053	0,063
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder mindestens 10 Bestrahlungen		2.140	191	5,872	0,066
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen		1.251	194	3,422	0,069
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC		425	195	0,781	0,064
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel		262	195	0,480	0,062
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		419	207	0,884	0,068
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik		371	164	0,861	0,063
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik		423	167	1,045	0,067
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff		278	145	0,658	0,069
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		179	182	0,401	0,078
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC		253	190	0,582	0,076
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		967	168	2,209	0,067
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.716	188	2,396	0,064
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		542	187	0,313	0,065
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Hautulkus bei Para- / Tetraplegie oder hochkomplexe Diagnose oder Epidermolysis bullosa, Alter < 10 Jahre		333	169	0,285	0,065
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose		254	186	0,194	0,058

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag		192	211	0,207	0,063
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		367	193	0,404	0,066
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC		183	208	0,274	0,068
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC		459	190	0,410	0,071
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC		187	209	0,215	0,065
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexer Diagnose		159	204	0,253	0,077
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplexe Diagnose		110	202	0,205	0,087
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen		151	205	0,205	0,066
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 10 Jahre		100	173	0,216	0,099
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 9 Jahre		86	201	0,175	0,095
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		419	195	0,410	0,063
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	x	1.233	182	1,088	0,067
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre		775	154	1,720	0,082
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre		824	197	1,822	0,073
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas		464	187	1,049	0,076
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie		919	190	1,836	0,079
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Eingriffe an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie		411	195	0,975	0,077
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei BNB, oh. auß. schw. oder schw. CC, mit Eingriffen an der Schilddrüse außer kleine Eingriffe, oh. Thyreoidektomie durch Sternotomie		375	189	0,929	0,073
K06D	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Pkt., außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC		299	187	0,720	0,073
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas		473	184	1,091	0,062

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder hochaufwendiger Pflege von Kleinkindern ab 72 Aufwandspunkten oder mit komplexem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre		1.008	192	1,453	0,073
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 16 Jahre		584	174	0,954	0,072
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre		477	196	0,950	0,069
K09D	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ohne mäßig komplexen Eingriff		295	187	0,661	0,070
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie		601	194	1,374	0,075
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie		353	150	0,541	0,173
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie		1.169	171	2,988	0,094
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, bei bösartiger Neubildung		392	103	0,631	0,167
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung		446	105	0,337	0,148
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie		290	183	0,312	0,164
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		912	185	0,888	0,064
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		1.755	188	3,348	0,075
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen		611	188	0,570	0,073
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	x	878	179	0,515	0,065
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		540	190	0,341	0,066
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		446	190	0,345	0,080
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		248	179	0,177	0,062
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag		450	204	0,483	0,074

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		158	167	0,168	0,065
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag		287	193	0,272	0,068
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose		212	204	0,245	0,068
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung		318	193	0,354	0,072
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung		208	208	0,294	0,073
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		255	186	0,311	0,072
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		247	194	0,348	0,068
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		85	165	0,182	0,085
K63D	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		109	152	0,246	0,098
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		503	190	0,519	0,077
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		281	147	0,386	0,089
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik		308	190	0,468	0,073
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik		210	199	0,344	0,071
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		646	188	0,475	0,068
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie		1.368	173	2,784	0,071
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse		552	188	0,680	0,066
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse		274	164	0,528	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm		1.258	199	2,444	0,073
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter < 16 Jahre		627	174	1,401	0,066
L04B	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre		677	194	1,473	0,067
L04C	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe, Alter > 15 Jahre		445	188	1,008	0,063
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC		694	195	1,292	0,070
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre		329	194	0,719	0,066
L06C	Andere kleine Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre, mit bestimmtem Eingriff bei Harninkontinenz		171	186	0,372	0,074
L06D	Andere kleine Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmten Eingriff bei Harninkontinenz		205	188	0,472	0,073
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm		1.034	199	2,053	0,074
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre		348	169	0,764	0,064
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre		427	187	0,922	0,060
L09A	Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. mit kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC		1.062	197	1,618	0,072
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		526	191	0,907	0,066
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		650	193	0,975	0,070
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion		283	193	0,620	0,071
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraler Eingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm		1.512	193	3,114	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC		723	168	1,686	0,066
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		4.163	175	11,356	0,064
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen		1.316	194	3,538	0,066
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC		775	197	1,645	0,073
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff		647	193	1,460	0,070
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne bestimmten Eingriff		387	168	0,979	0,068
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators		226	160	0,479	0,065
L16B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		259	167	0,575	0,065
L16C	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines temporären Elektrodensystems		190	151	0,398	0,074
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre		224	170	0,475	0,073
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre		220	190	0,476	0,071
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC		811	196	1,481	0,070
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere, od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC		498	196	1,143	0,065
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere		500	169	1,242	0,070
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, mit äußerst schweren CC		583	193	1,089	0,068
L20B	Transurethrale Eingr. auß. Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie od. mit ESWL bei Harnsteinen, oh. äußerst schwere CC oder Alter < 16 J. oder Alter > 89 J.		330	195	0,817	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L20C	Transurethrale Eingr. außer Prostatares. und kompl. Ureterorenoskop. ohne ESWL, ohne kompl. Eingriff, od. andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie oder mit ESWL bei Harnsteinen, ohne auß. schw. CC, Alter > 15 J. und Alter < 90 J.		302	209	0,708	0,069
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		2.232	197	4,267	0,076
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.552	198	1,510	0,108
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.333	192	2,704	0,073
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.565	201	2,737	0,074
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie		247	190	0,571	0,074
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie		350	166	0,855	0,076
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie		210	183	0,504	0,087
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		582	193	0,362	0,066
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre		794	207	0,609	0,098
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		581	207	0,475	0,095
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		403	208	0,410	0,080
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		273	211	0,331	0,070
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC		383	192	0,435	0,067
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		172	171	0,297	0,079
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		175	195	0,278	0,069
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter < 6 Jahre		263	144	0,263	0,067
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung, Alter > 5 Jahre		570	166	0,440	0,069
L63C	Infektionen der Harnorgane mit auß. schw. CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder best. aufw. Beh.		373	193	0,378	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder Alter > 89 Jahre oder bestimmte schwere Infektionen oder bestimmte mäßig aufwendige Behandlung		204	192	0,241	0,067
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 2 und < 6 Jahre		158	162	0,195	0,065
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. hochaufw. Beh., ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne best. aufw. Beh., ohne bestimmte schwere Infektionen, ohne best. mäßig aufw. Beh., Alter > 5 und < 90 Jahre		191	207	0,252	0,068
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder Alter < 3 Jahre		192	170	0,407	0,081
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre		210	211	0,418	0,072
L64C	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		120	165	0,234	0,081
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		122	205	0,239	0,081
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre		162	173	0,296	0,070
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre		172	193	0,280	0,071
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		232	164	0,237	0,065
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		246	192	0,333	0,068
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre		152	146	0,371	0,110
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre		101	188	0,214	0,104
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse		146	197	0,255	0,206
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom		475	189	0,419	0,074
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag		260	132	0,461	0,065
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie		223	187	0,351	0,071
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.365	191	3,057	0,072
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.043	198	2,681	0,069
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC		712	194	1,395	0,066
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC		404	196	0,912	0,063

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre		408	185	0,872	0,057
M03B	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre		334	167	0,723	0,058
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre oder wenig komplexe Eingriffe am Penis, Alter < 18 Jahre		326	174	0,709	0,064
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata oder mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän		711	197	1,525	0,068
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden oder bei Orchitis mit Abszess oder bestimmter bösartiger Neubildung		280	171	0,620	0,070
M04C	Eingriffe am Hoden auß. bei Fournier-Gangrän, ohne auß. schw. CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, außer bei Orchitis mit Abszess, außer bei bösartiger Neubildung, mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre		207	169	0,514	0,085
M04D	Eingriffe am Hoden auß. bei Fournier-Gangrän, ohne auß. schw. CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, auß. bei Orchitis mit Abszess, auß. bei bösartiger Neubildung, ohne mäßig kompl. Eingriff oder Alter > 2 Jahre		190	193	0,431	0,075
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut		164	193	0,370	0,079
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag		167	192	0,383	0,083
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds		375	163	1,063	0,094
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		573	196	1,115	0,065
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		440	196	1,021	0,065
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		4.483	193	12,324	0,065
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie		868	196	2,347	0,086
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata		414	188	0,972	0,063
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		1.336	195	2,451	0,071
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane		1.968	193	4,063	0,074
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC		482	196	0,653	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie		190	190	0,245	0,063
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie		199	200	0,334	0,069
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie		187	189	0,351	0,070
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane		156	191	0,209	0,065
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann		130	188	0,241	0,076
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff		1.541	190	3,314	0,075
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff		1.244	192	2,533	0,074
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel mit schweren CC		1.011	191	2,217	0,073
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel ohne äußerst schwere oder schwere CC		849	194	1,956	0,074
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC		1.121	196	1,907	0,072
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, mit CC oder best. Eingriffe am Darm oder Rekonstr. von Vagina u. Vulva od. Vulvektomie mit Lymphadenekt.		622	193	1,255	0,070
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien und große operat. Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne CC, ohne best. Eingriffe am Darm, ohne Rekonstr. von Vagina u. Vulva, ohne Vulvektomie mit Lymphadenekt.		433	195	0,975	0,069
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff		563	189	1,178	0,068
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC		587	190	1,159	0,071
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre		273	205	0,651	0,070
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen		303	188	0,625	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen		270	200	0,615	0,068
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen		259	190	0,610	0,071
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag		762	161	2,302	0,106
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum		156	205	0,345	0,079
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva		148	201	0,336	0,085
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC		752	189	1,017	0,071
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC		355	191	0,575	0,066
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder bestimmter Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC		449	168	0,837	0,064
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder bestimmter Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		220	168	0,493	0,069
N14Z	Hysterekt. auß. b. BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachyth. b. Krankh./Stör. weibl. Geschl.Org., > 1 BT, m. auß. schw. CC/selekt. Gefäßembol. od. Ovariekt./kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schwere od. schwere CC, Alter < 16 Jahre		379	192	0,833	0,063
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		4.409	193	12,146	0,062
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.758	171	4,995	0,063
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie		1.040	173	3,017	0,071
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukulation, mit aufwendigem Eingriff		397	189	0,943	0,066
N21B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukulation, ohne aufwendigen Eingriff		326	183	0,795	0,066
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukulation		358	169	0,865	0,068
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder diagnostische Laparoskopie oder best. Eingriff an den Parametrien		219	202	0,524	0,075

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		2.322	170	4,560	0,072
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		1.186	191	2,456	0,074
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation		1.880	196	3,836	0,076
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC		458	194	0,581	0,066
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		186	209	0,307	0,069
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane		135	193	0,182	0,065
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose		136	205	0,240	0,072
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose		95	196	0,171	0,079
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte		699	194	0,727	0,059
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		673	202	1,138	0,071
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. auß. schw. CC		450	196	0,628	0,059
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. auß. schw. CC		315	199	0,606	0,061
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		291	197	0,598	0,062
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne auß. 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		278	195	0,582	0,062
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		271	194	0,569	0,063
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		254	198	0,556	0,063

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
O02A	Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder kompliz. Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC		312	178	0,548	0,064
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC		222	177	0,451	0,064
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität		250	194	0,589	0,073
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff		455	194	0,940	0,066
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff		182	196	0,338	0,067
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand		145	175	0,283	0,074
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder Cholezystektomie oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag		285	194	0,374	0,056
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag od. oh. Cerclage, oh. Muttermundverschluss, oh. Cholezystektomie, oh. kompl. OR-Prozedur, oh. bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen		231	180	0,452	0,067
O05C	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag od. oh. Cerclage, Muttermundverschluss, Cholezystektomie, kompl. OR-Prozedur und best. intrauterine Operation am Feten, mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten		125	176	0,246	0,068
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie oder bestimmte Amnionpunktion		127	178	0,261	0,079
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation		393	189	0,379	0,055
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW		210	192	0,372	0,061
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen		190	180	0,364	0,062
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen		174	194	0,355	0,064
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma		123	194	0,178	0,064
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie		95	177	0,165	0,074
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag		121	202	0,237	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag		159	201	0,237	0,061
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur		631	163	1,090	0,329
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden		7.129	191	8,287	0,145
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie, Beatmung > 143 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen		2.565	189	3,847	0,118
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborener Zwerchfellhernie, ohne Beatmung > 143 Stunden		1.553	168	2,679	0,105
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden		4.290	188	2,414	0,158
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden		2.231	184	1,030	0,120
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		2.165	181	0,985	0,120
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden		3.185	193	1,979	0,152
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden		1.536	188	0,794	0,118
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren		1.999	189	1,569	0,149
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.297	188	0,998	0,108
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.024	181	0,643	0,128
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren oder Dialyse		2.085	195	1,682	0,145

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P06B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Dialyse		959	194	1,150	0,106
P06C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme		702	195	0,765	0,123
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur		230	160	0,278	0,332
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden		231	185	0,242	0,253
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)		91	117	0,135	0,078
P61A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur		10.067	192	6,297	0,169
P61B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur		7.040	164	3,903	0,171
P61C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur		7.760	189	4,810	0,171
P61D	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur		5.703	163	2,966	0,164
P61E	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.336	142	1,196	0,234
P62A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur		6.169	187	3,717	0,161
P62B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur		4.618	165	2,362	0,162
P62C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur		3.753	194	1,817	0,144
P62D	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.616	143	1,531	0,221
P63Z	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden		1.450	144	0,411	0,103
P64Z	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden		1.125	192	0,377	0,096
P65A	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen		1.136	168	0,436	0,108
P65B	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		901	163	0,367	0,099
P65C	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		720	180	0,267	0,107
P65D	Neugeborenes, Aufnahme-gewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem		426	144	0,226	0,105
P66A	Neugeborenes ohne sig. OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 95 Std., Aufn.-gew. 2000 - 2499 g mit meh. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. oder Aufn.-gew. > 2499 g mit meh. schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung		744	187	0,431	0,110

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden		563	165	0,316	0,103
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		419	165	0,240	0,104
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem		129	141	0,139	0,065
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 48 Stunden		479	191	0,373	0,112
P67B	Neugeborenes, Aufnah.-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., mit schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 48 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag od. mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Mehrling		290	203	0,261	0,097
P67C	Neugeborenes, Aufnah.-gew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., oh. Hypothermiebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag oder mit nicht sig. OR-Proz., neugeb. Einling		200	185	0,197	0,088
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling		130	183	0,150	0,061
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne bestimmte Diagnosen beim Neugeborenen		98	192	0,123	0,062
Q01Z	Eingriffe an der Milz		654	189	1,185	0,078
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC		874	198	1,345	0,070
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre		334	152	0,649	0,070
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre		390	199	0,752	0,067
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre		233	148	0,436	0,064
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre		235	191	0,499	0,072
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		313	164	0,355	0,085

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		192	144	0,228	0,071
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		207	207	0,266	0,068
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre		135	183	0,196	0,069
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre		172	205	0,285	0,071
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC		430	188	0,530	0,070
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC		246	206	0,417	0,069
Q62Z	Andere Anämie		232	204	0,325	0,072
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre		100	163	0,170	0,069
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre		213	189	0,260	0,068
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur		1.597	196	2,824	0,074
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an der Wirbelsäule		1.135	196	1,963	0,072
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule		899	194	1,939	0,075
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur		450	193	0,917	0,071
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.366	198	2,657	0,073
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		863	199	1,247	0,071
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		684	199	1,267	0,069
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		417	189	0,681	0,068
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC		4.737	196	12,256	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		4.046	197	11,230	0,061
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen		2.125	188	5,769	0,065
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen		1.537	193	4,424	0,066
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		613	197	0,910	0,068
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC		340	209	0,676	0,069
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC		252	189	0,485	0,070
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		1.004	198	1,860	0,073
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur		668	200	1,496	0,070
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		458	178	0,981	0,068
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		394	187	0,851	0,067
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation		324	196	0,709	0,068
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		244	192	0,536	0,076
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.493	208	2,052	0,075
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen		2.109	194	1,893	0,110
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre		1.327	191	0,603	0,070
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC		891	192	0,477	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit äuß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. äuß. schw. CC od. schwerste CC		637	189	0,350	0,072
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC		416	197	0,338	0,069
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		272	182	0,230	0,069
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		229	191	0,248	0,065
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC		875	199	1,039	0,072
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC		578	195	0,564	0,068
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre		461	165	0,743	0,075
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranuloz. od. Portimplant. od. Komplexbeh. MRE od. kompl. Diag. b. Leuk., Alt. > 15 J., mit intens. Chemoth. od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schwerste CC		413	194	0,410	0,068
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbehandlung MRE oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, oh. intensive Chemoth.		374	196	0,556	0,066
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstell., oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. Knochenaffektionen od. Knochenmarkbiopsie, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie		232	183	0,246	0,071
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstell., oh. bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. Knochenaffektionen od. Knochenmarkbiopsie, Alter > 15 Jahre, oh. best. Lymphom od. oh. best. Chemotherapie		218	198	0,309	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, oh. Sepsis, oh. kompliz. Konstellation, oh. Agranulozytose, oh. Portimpl., oh. Komplexbeh. MRE, oh. kompl. Diagnostik bei Leukämie, oh. äuß. schw. CC, oh. kompl. Diagnose, oh. Knochenaffektionen, oh. Knochenmarkbiopsie		195	198	0,262	0,067
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		584	194	1,069	0,066
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		413	199	0,708	0,067
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		250	197	0,405	0,067
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre		2.775	192	4,547	0,071
R63B	Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC		1.070	194	0,966	0,077
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		838	182	0,543	0,073
R63D	Andere akute Leukämie mit intensiver oder mäßig kompl. Chemoth., mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äuß. schw. CC		563	189	0,467	0,075
R63E	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, mit äußerst schweren CC oder mit lokaler Chemotherapie, mit schwersten CC		407	184	0,269	0,060
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC		388	168	0,417	0,071
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		251	149	0,205	0,070
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		181	188	0,189	0,072
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		93	187	0,190	0,103
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		113	194	0,255	0,101
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre		1.597	156	1,320	0,071
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur		547	194	0,841	0,067
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag		114	179	0,260	0,100

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit		243	182	0,314	0,068
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation		859	185	0,877	0,069
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation		369	200	0,421	0,065
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC		549	156	0,722	0,068
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC		293	185	0,447	0,065
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte		1.117	214	1,698	0,075
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten oh. best. komplexe OR-Prozedur, oh. komplizierende Konstellation, außer bei Z.n. Organ-Tx, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem Eingriff an Hüftendoprothese, Brustwand, Pleura, Pankreas, Magen		867	200	1,060	0,071
T01C	OR-Proz. bei infek./parasit. Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. Eingr. an Hüftendoproth., Brustw., Pleura, Pankr., Magen, m. best. Eingr. bei best. Sepsis od. best. operativen Eingr.		660	194	0,912	0,069
T01D	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, mit best. mäßig komplexem Eingriff		467	212	0,693	0,064
T01E	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankh. oh. best. kompl. OR-Proz., oh. kompliz. Konstell., auß. bei Z.n. Organ-Tx, oh. best. Eingr. od. auß. bei best. Sepsis od. auß. schw. CC, oh. best. operativen Eingriff, oh. best. mäßig komplexen Eingriff		265	189	0,432	0,065
T36Z	Int. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten od. OR-Proz. b. inf. u. paras. Krankh. m. komplexer OR-Proz., kompliz. Konst. oder bei Zust. n. Organtranspl. mit int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp.		1.398	197	1,322	0,118
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten		631	190	0,398	0,067
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		782	195	0,705	0,085
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. auß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. auß. schw. CC, Alt. < 18 J. od. m. Para- / Tetrapl. od. kompliz. ERCP od. schwerste CC		493	193	0,521	0,084

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
T60C	Sepsis m. kompliz. Konst. od. b. Z.n. Organ-Tx, oh. äuß. schw. CC, oh. IntK > 392 / 368 / - Punkte od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z.n. Organ-Tx, m. kompl. Diag. od. äuß. schw. CC, Alt. > 17 J., oh. Para- / Tetrapl., oh. kompliz. ERCP, oh. schwerste CC		521	198	0,529	0,076
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		393	193	0,370	0,092
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., mehr als ein Belegungstag		324	209	0,357	0,071
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme		183	189	0,322	0,163
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp., ein Belegungstag		132	185	0,271	0,144
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen		186	189	0,223	0,064
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre		275	188	0,355	0,069
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre		162	188	0,255	0,073
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation		357	187	0,304	0,077
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation		277	185	0,311	0,065
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation		142	191	0,205	0,070
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre		207	185	0,214	0,073
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag		294	192	0,350	0,067
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose		213	208	0,284	0,070
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten		461	195	0,426	0,072
U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation	x	557	169	1,121	0,055
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen		467	153	0,287	0,064
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	x	852	166	0,203	0,058
U42A	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter < 19 Jahre	x	463	118	0,200	0,059
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage		442	185	0,214	0,059
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage		323	165	0,269	0,062
U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre	x	928	134	0,216	0,055

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		104	166	0,226	0,103
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		103	200	0,219	0,105
U61Z	Schizophrene, wahnhafte und akut psychotische Störungen		266	151	0,360	0,079
U63Z	Schwere affektive Störungen		257	189	0,369	0,072
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen		232	194	0,388	0,074
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit		220	191	0,321	0,070
V40Z	Qualifizierter Entzug		295	163	0,218	0,064
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit		258	188	0,311	0,082
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit		126	192	0,205	0,089
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug		157	137	0,211	0,077
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit		155	180	0,232	0,123
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit		131	186	0,212	0,153
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation	x	2.705	167		
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		2.678	208	4,260	0,108
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		1.470	194	2,407	0,108
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen		1.621	192	3,223	0,077
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen		1.056	192	1,887	0,078
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen		1.383	191	2,677	0,075
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen		828	196	1,372	0,080
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	x	1.783	145	2,066	0,071
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta		2.778	191	4,096	0,140

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	x	1.250	166	0,869	0,067
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme		433	193	1,021	0,217
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose		462	184	0,632	0,088
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose		426	190	0,541	0,082
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder komplizierender Diagnose oder komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC		1.101	194	1,574	0,067
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT		492	194	0,803	0,063
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT		250	165	0,518	0,069
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität		275	184	0,471	0,070
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff		242	144	0,510	0,072
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff		181	144	0,369	0,075
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC		700	197	1,024	0,074
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC		337	198	0,597	0,070
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff		217	193	0,397	0,068
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers		1.746	160	4,215	0,068
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe		859	162	1,983	0,069
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten		1.611	187	2,860	0,072
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen		125	207	0,216	0,085
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata		156	212	0,245	0,089
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung		104	199	0,185	0,100
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	x	3.266	190	4,546	0,144

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.808	187	2,417	0,094
Y02B	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.		931	189	1,310	0,080
Y02C	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter < 18 J.		520	143	0,848	0,077
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalthauttranspl., Alter > 17 J.		524	166	0,668	0,079
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC		298	183	0,406	0,092
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC		318	198	0,432	0,078
Y61Z	Schwere Verbrennungen	x	309	141	0,257	0,113
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre		144	142	0,162	0,069
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre		187	165	0,204	0,071
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag		86	144	0,156	0,115
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		663	189	1,120	0,068
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff		291	212	0,620	0,073
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff		186	188	0,297	0,069
Z02Z	Leberspende (Lebendspende)	x	1.114	182	2,382	0,079
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)		687	184	1,519	0,079
Z04Z	Lungenspende (Lebendspende)	x				
Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender	x	254	141	0,526	0,110
Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender	x	98	140	0,159	0,108
Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	x	193	142	0,344	0,139
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik		333	103	0,582	0,184
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik		385	103	0,770	0,186
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontak Anlass		174	188	0,381	0,091

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Falkkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaktanlass oder allergologische Provokationstestung bis 2 Belegungstage		122	208	0,229	0,081
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung		171	207	0,279	0,072
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende		257	182	0,593	0,097
801A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.196	211	1,553	0,080
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hochkomplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation		973	199	1,522	0,074
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie		775	198	1,093	0,075
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		665	214	0,984	0,072
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur		501	195	0,783	0,071
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte		535	211	0,869	0,070
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur		469	195	0,801	0,069
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur		359	210	0,591	0,070
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose		274	206	0,470	0,070
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht		198	161	0,313	0,073
960Z	Nicht gruppierbar		194	185		
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose		201	165		
962Z	Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea					