

InEK

Abschlussbericht

Entwicklung von
Investitionsbewertungs-
relationen (IBR)
gem. § 10 KHG
für das Jahr 2016

Siegburg, den 1. Juli 2016

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 2016 vor.

Den 43 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 2016. Aufgrund einer nicht ausreichenden Datenbasis konnten für den PEPP-Entgeltbereich in diesem Jahr leider erneut keine Investitionsbewertungsrelationen berechnet werden.

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

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

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen für Zwecke gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für das Jahr 2016. 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 2016 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 2. März 2016 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 2016 am 15. April 2016 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 2016

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 2016 hatten 53 Krankenhäuser eine Vereinbarung mit dem InEK geschlossen, davon hatten 43 Krankenhäuser während der Datenlieferungsphase zwischen dem 31. Juli und dem 15. September 2015 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 2016	Anzahl Vorjahr
Krankenhäuser mit Vereinbarung	53	48
Krankenhäuser mit Datenlieferung	43	44
davon Teilnehmer DRG-/PEPP-Kalkulation	37	39
davon Teilnehmer nur IBR-Kalkulation	6	5

Tabelle 1: Kalkulationskrankenhäuser der IBR-Datenerhebung für 2016

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

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

Tabelle 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Mit 16 Teilnehmern stellt Nordrhein-Westfalen den mit Abstand größten Anteil der Krankenhäuser (ca. 40%). Aus weiteren 11 Bundesländern haben ein bis vier Krankenhäuser Daten geliefert. Aus den Bundesländern Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen hat kein Krankenhaus teilgenommen.

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

Entgeltbereich	Anzahl Krankenhäuser 2016	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr
Datenübermittlung für den DRG-Entgeltbereich	41	43
Datenübermittlung für den PEPP-Entgeltbereich	15	11

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 2016	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr
Frei-gemeinnützig	20	23
Öffentlich	23	21
davon Universitätskliniken	4	4
Privat	0	0

Tabelle 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

3.2 Umfang der Datenlieferung

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

- Die Kalkulation der Investitionskosten bezieht sich auf die zum Kalkulationszeitpunkt im Krankenhaus vorhandene Anlagenausstattung. Der Kalkulationszeitpunkt entspricht dem für die Datenerhebung festgelegten Datenjahr (für die Kalkulation für 2016 gilt das Datenjahr 2014).
- Die Kosten müssen mit Investitionsmaßnahmen in Verbindung stehen, die innerhalb des für die Erhebung gültigen Kalkulationszeitraums durchgeführt wurden. Der für die Kalkulation für 2016 gültige Kalkulationszeitraum umfasst die

Jahre 2008 bis 2014. Kosten für ältere Teile der Anlagenausstattung des Krankenhauses dürfen nicht in die Kalkulation einbezogen werden.

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

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

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

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

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

3.3 Datenprüfung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zwischen den Kalkulationskrankenhäusern und dem InEK wurde eine intensive Kommunikation gepflegt. Die Krankenhäuser erhielten einen detaillierten fallbezogenen Bericht über das Ergebnis der Plausibilitätsprüfungen und ergänzend die Ergebnisse der krankenhausesbezogenen 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, krankenhausesindividuelle 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 krankenhausesindividuelle Anlagenauslastung zurückzuführen, die beispielsweise durch regionale Versorgungsstrukturen und daraus bedingte Vorhaltesituationen begründet sein konnte.

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

Ausschlussgrund	Anz. ausgeschl. Modulwerte
Auffälliger Kostensatz (Abweichung von plausiblen Grenzen > 100 %) mit dominierendem Einfluss auf den mittleren Modulkostensatz	45
Leistungsmenge fehlt oder falsch mit erheblichen Auswirkungen auf die Kostensatzberechnung (fehlerhafte Fallauswahl des KH)	24
Fehlerhafte Kostenübermittlung (Kennzeichnung Miete/AHK)	10
Falsche Kontozuordnung mit daraus folgender falscher Kostenverrechnung (abweichende Nutzungsdauer, Verteilschlüssel)	8

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.

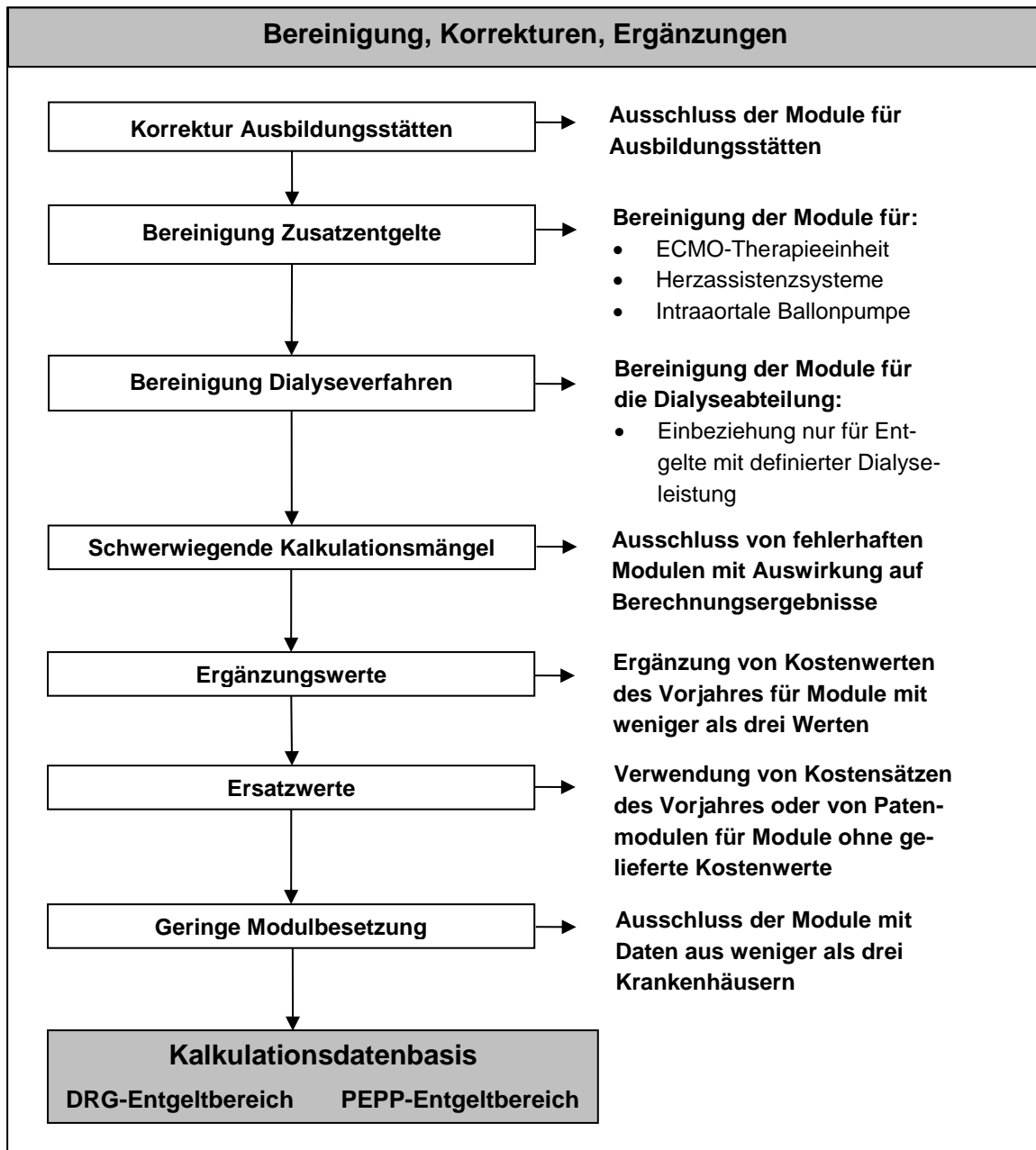


Abbildung 1: Übersicht Prozess – Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

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	100
Ergänzungs- und Ersatzwerte	41

Tabelle 6: Module mit Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

Die Angaben in der Spalte „Anzahl Module“ beziehen sich auf die für die Kalkulation für 2016 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	1.541
Anzahl Fälle	21.952.575

Tabelle 7: Umfang der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG, Datenerhebung 2014 (Stand: 31. Mai 2015)

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	43
Anzahl Modulkostenwerte	1.679
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	988.632

Tabelle 8: Umfang der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2014

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

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

Fälle der DRG- bzw. PEPP-Kalkulation

Für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen diene die Menge der für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems verwendeten Kalkulationsfälle als Ausgangspunkt für die Bewertung mit Investitionskosten. Die aus den Datenlieferungen für das Datenjahr 2014 zur Verfügung stehenden Fallmengen gibt Tabelle 9 wieder.

Kriterium	DRG-Kalkulation	PEPP-Kalkulation
Anzahl Krankenhäuser	244	94
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	3.767.340	220.984

Tabelle 9: Umfang der Datenlieferungen:

Datenstand nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen

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

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

4.3 Datenbasis – DRG-Entgeltbereich

4.3.1 Verfügbare Daten

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

Für die Kalkulation für 2016 wurde eine Gesamtanzahl von 201 Investitionskostenmodulen benötigt, die die Anlagenausstattung des DRG-Entgeltbereichs im Krankenhaus umfassend beschreiben und die vollständige Kostendatenbasis zur IBR-Berechnung bilden. In dieser Zahl ist bereits die Zusammenführung einzelner Module berücksichtigt, die zur Komprimierung einer durch die KHBV vorgegebenen, für die Investitionskostenkalkulation jedoch nicht benötigten Kontendifferenzierung sowie zur Sicherstellung einer korrekten Kostenzurechnung auf die Fälle bei nicht eindeutigem Leistungsort (z.B. Röntgen im OP / in der Radiologie) vorgenommen wurde.

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

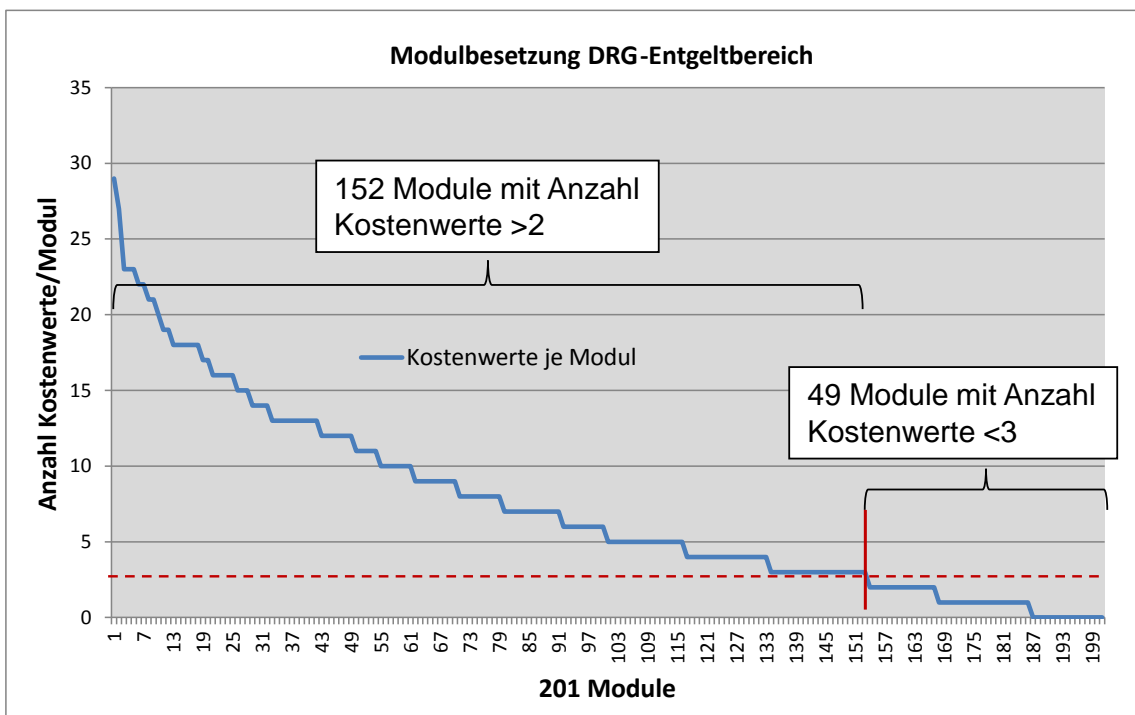


Abbildung 2: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

Für 152 Module wurden drei oder mehr nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte von den Kalkulationskrankenhäusern geliefert. Diese Module konnten unmittelbar für die IBR-Berechnung verwendet werden. Dagegen lagen für 49 Module weni-

ger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 49 Module zeigt Tabelle 10 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	15
Module mit 1 Kostenwert	19
Module mit 2 Kostenwerten	15
Gesamt von 201	49

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

Kostenwert	Verwendet für Anzahl Module
Ergänzungswerte Vorjahre Insgesamt 52 von den KH in Vorjahren gelieferte Kostenwerte	25
Ersatzwerte Vorjahre Modulkostensätze für dasselbe Modul	7
Ersatzwerte Datenjahr Modulkostensätze eines Patenmoduls	7

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

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

Module	Anzahl
Benötigte Module	201
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	49
zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	39
Für Kalkulation verwendbare Module	191
Saldo: fehlende Module	10

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

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

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

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

4.3.2 Fehlende Daten

Die Krankenhäuser der IBR-Stichprobe bereiten Kostendaten für die innerhalb des gültigen Kalkulationszeitraums vorgenommenen Investitionen auf. Die übermittelten Daten bilden daher in der Regel einen Ausschnitt der gesamten Anlagenausstattung ab. In Abhängigkeit vom Umfang dieser Investitionen und der Anzahl der Krankenhäuser in der Stichprobe kann im Ergebnis der Datenerhebung bei einzelnen Investitionskostenmodulen eine zu geringe Anzahl an Kostenwerten vorliegen oder auch eine Lieferung von Kosten ausbleiben. Die Möglichkeit zur Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzwerten kann eine mögliche Datenlücke zumindest verringern. Für die Kalkulation für 2016 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 2016 konnten für 10 Module keine Kosten in die IBR-Berechnung einbezogen werden, da die Anzahl der gelieferten Kostenwerte nicht ausreichte und

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

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

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

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

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

4.4 Datenbasis – PEPP-Entgeltbereich

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

Für die Kalkulation für 2016 wurde eine Gesamtanzahl von 84 Investitionskostenmodulen benötigt, die die Anlagenausstattung des PEPP-Entgeltbereichs im Krankenhaus umfassend beschreiben und die vollständige Kostendatenbasis zur IBR-Berechnung bilden. In dieser Zahl ist bereits die Zusammenführung einzelner Module berücksichtigt, die zur Komprimierung einer durch die KHBV vorgegebenen, für die Investitionskostenkalkulation jedoch nicht benötigten Kontendifferenzierung vorgenommen wurde.

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

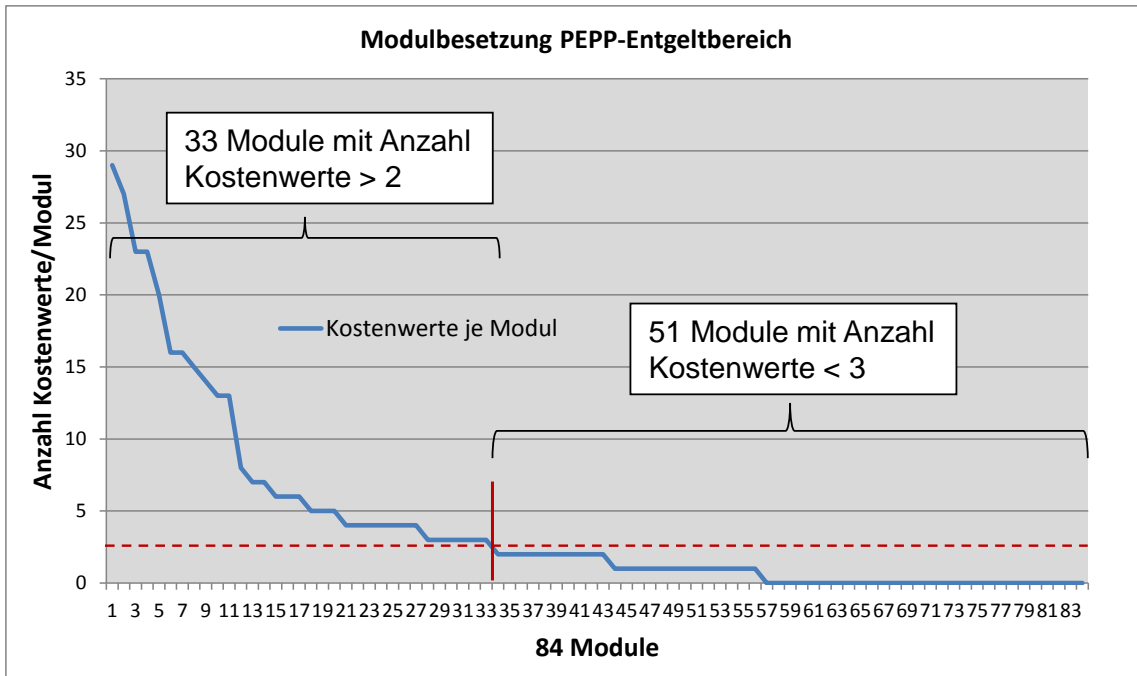


Abbildung 3: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

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

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	28
Module mit 1 Kostenwert	13
Module mit 2 Kostenwerten	10
Gesamt von 84	51

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

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

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

Module	Anzahl
Benötigte Module	84
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	51
zugl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	2
Für Kalkulation verwendbare Module	35
Saldo: fehlende Module	49

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

Für 35 von benötigten 84 Modulen lag eine ausreichende Anzahl von Kostenwerten vor. Diese bildeten zugleich die Datenbasis, die für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen im PEPP-Entgeltbereich zur Verfügung stand.

Den 35 zum PEPP-Entgeltbereich zählenden Modulen (darunter 13 Module der Basis-Kostenstellengruppe 30) mit einer ausreichenden Anzahl an Kostenwerten standen nach Abschluss der Datenerhebung 49 Module gegenüber, bei denen der Umfang der übermittelten Kostenwerte nicht den an die Kalkulationsdatenbasis gestellten Anforderungen entsprach. Damit standen lediglich für ca. ein Drittel der im PEPP-Entgeltbereich benötigten Module für die IBR-Berechnung verwendbare Kosten zur Verfügung.

Der unzureichende Umfang der Datenbasis liegt in der geringen Beteiligung von Einrichtungen aus dem PEPP-Entgeltbereich begründet. 15 teilnehmende Einrichtungen übermittelten für 71 benötigte Module (Module der Kostenstellengruppen 21–26, ohne Kostenstellengruppe 30) insgesamt 130 nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte.

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

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

5 Ergebnisse

5.1 Investitionsbewertungsrelationen

5.1.1 Bewertungsrelationen für das G-DRG-System 2016

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des G-DRG-Systems 2016 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 2016 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 2016

Von den im G-DRG-System 2016 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 2016 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 2016 die für den DRG-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall 318,78 € (Vorjahr: 313,07 €).

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 2016 sind für einzelne Module mit besonders hohem Leistungsvolumen (insbesondere Ausstattungen im Bereich Basis-Kostenstelle) teilweise deutlich veränderte Kostensätze zum Vorjahr zu verzeichnen. Zudem war bei einzelnen Modulen eine weitreichende Veränderung in der Stichprobenszusammensetzung festzustellen. Ein weiterer Einfluss resultiert aus der Fallmengendynamik in den Krankenhäusern, deren Daten die Basis für die Weiterentwicklung des G-DRG-Systems bilden. Hier hat sich die Fallmenge im Vergleich zum Vorjahr um knapp 1% 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 43 Kalkulationskrankenhäuser führten für den DRG-Entgeltbereich zu einer vollständigen Kalkulationsdatenbasis, während die für den PEPP-Entgeltbereich übermittelte Datenbasis für die IBR-Berechnung nicht ausreichte.

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

Datenaufbereitung

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

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

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1-1:

Module mit Verwendung von Ergänzungswerten aus Datenerhebungen der Vorjahre

Tabelle A-1-2:

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

Tabelle A-2:

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

Tabelle A-1-1:

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

KStGr	Module		Anzahl Kostenwerte	Herkunft Datenjahr
	KStGr Bezeichnung	Konto Konto Bezeichnung		
2	Intensivstation	6000000 Techn. Anl. Betriebsbauten	2	2013
3	Dialyseabteilung	1100000 Betriebsbauten	1	2013
3	Dialyseabteilung	6000000 Techn. Anl. Betriebsbauten	1	2013
3	Dialyseabteilung	7001040 Mobiliar	2	2013
3	Dialyseabteilung	7002010 Med. Stationsausst.	2	2012, 2013
3	Dialyseabteilung	7002020 Patientenbetten/-liegen	1	2013
3	Dialyseabteilung	7002050 Funktionsdiagnostik	2	2013
3	Dialyseabteilung	9020000 Software (fremd)	2	2012
4	OP-Bereich	7001020 Basis 10J	3	2013
4	OP-Bereich	7001060 DV-Anlagen	1	2013
4	OP-Bereich	7006010 Herz-Lungen-Maschine	2	2013
5	Anästhesie	6000000 Techn. Anl. Betriebsbauten	2	2012, 2013
6	Kreisssaal	1100000 Betriebsbauten	2	2013
6	Kreisssaal	7001010 Basis 5J	2	2012, 2013
6	Kreisssaal	7001020 Basis 10J	2	2012, 2013
6	Kreisssaal	7001040 Mobiliar	2	2013
6	Kreisssaal	7001050 DV-PC/Endgeräte	3	2012, 2013
6	Kreisssaal	7002070 Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	3	2013
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001010 Basis 5J	1	2013
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001050 DV-PC/Endgeräte	3	2013
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002030 Infusionspumpen	1	2012
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001020 Basis 10J	6	2013
8	Endoskop. Diag./Ther.	7001060 DV-Anlagen	2	2013
8	Endoskop. Diag./Ther.	7002020 Patientenbetten/-liegen	2	2013
9	Radiologie	7001020 Basis 10J	2	2013
9	Radiologie	7002020 Patientenbetten/-liegen	2	2013
9	Radiologie	7011060 Nuklearmed. SPECT	2	2012, 2013
9	Radiologie	7011090 Strahlenther. - Beschleuniger	1	2012
11	Übrige Diag./Ther.	7002060 Beatmung	1	2013
11	Übrige Diag./Ther.	7006080 Spezial-MT Augenheilkunde	2	2012
30	Basis-Kostenstelle	6300000 Techn. Anl. Außenanlagen	1	2013
30	Basis-Kostenstelle	7002020 Patientenbetten/-liegen	2	2013

Tabelle A-1-2:

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

KStGr	Module		Herkunft Datenerhebung	Herkunft Modul	Bemerkung
	KStGr Bezeichnung	Konto Konto Bezeichnung			
1	Normalstation	6010000 Techn. Anl. Nuklearmedizin	Datenjahr 2013	1_6010000	
1	Normalstation	7006080 Spezial-MT Augenheilkunde	Datenjahr 2013	1_7006080	
2	Intensivstation	7004040 Intraaortale Ballonpumpe	Datenjahr 2013	2_7004040	Ersatzwert als gemittelter Kostensatz zu den Modulen für Kto 7004040
4	OP-Bereich	7004040 Intraaortale Ballonpumpe	Datenjahr 2013	4_7004040	Ersatzwert als gemittelter Kostensatz zu den Modulen für Kto 7004040
6	Kreisssaal	6000000 Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2014	11_6000000	Patenmodul
6	Kreisssaal	7002010 Med. Stationsausst.	Datenjahr 2013	6_7002010	
6	Kreisssaal	7002020 Patientenbetten/-liegen	Datenjahr 2014	8_7002020	Patenmodul
7	Kardiolog. Diag./Ther.	6000000 Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2014	11_6000000	Patenmodul
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001020 Basis 10J	Datenjahr 2012	7_7001020	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002020 Patientenbetten/-liegen	Datenjahr 2014	8_7002020	Patenmodul
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7002070 Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	Datenjahr 2014	8_7002070	Patenmodul
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7004040 Intraaortale Ballonpumpe	Datenjahr 2013	7_7004040	Ersatzwert als gemittelter Kostensatz zu den Modulen für Kto 7004040
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7006040 OP-Besteck	Datenjahr 2012	7_7006040	
8	Endoskop. Diag./Ther.	6000000 Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2014	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	Übrige Diag./Ther.	7006110 Spezial-MT Zahnheilkunde	Datenjahr 2014	1_7002060	

Tabelle A-2:

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

DRG	Bezeichnung	Un-bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation		4.269	161	6,471	0,124
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre		2.601	166	3,937	0,087
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre		1.710	165	2,876	0,082
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas		1.729	158	2,811	0,088
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden		3.692	162	5,428	0,125
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden		1.801	166	3,350	0,071
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x				
A04B	Knochenmarktransplantation / 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		3.369	159	0,917	0,177
A04C	Knochenmarktransplantation / 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.		4.214	171	1,824	0,143
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, oder außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		3.160	165	1,857	0,160
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom		2.789	167	1,566	0,171
A04F	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, Alter > 15 Jahre		2.203	158	0,696	0,173
A05A	Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte		6.680	163	6,491	0,098
A05B	Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2646 / 2484 / - Aufwandspunkte		3.456	161	4,138	0,071
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff		12.849	173	11,198	0,212
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 3680 / 5520 Aufwandspunkte		10.458	165	9,430	0,216
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / - Aufwandspunkte		9.476	169	6,704	0,211

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.		8.289	166	8,960	0,183
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit kompl. OR-Proz. und kompliz. Konst. od. mit Polytrauma oder Alter < 16 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - Punkte		6.828	175	6,327	0,202
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 1932 / 2484 Punkte		6.001	173	4,888	0,203
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 2208 und < 2353 / 1933 / 2209 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		5.550	163	4,261	0,207
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		5.511	168	3,877	0,201
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352/1932/2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder kompl. OR-Proz. und Alter < 16 Jahre, mit int. Komplexbeh. > 1764/1932/- P. oder mit sehr kompl. Eingr. und int. Komplexbeh. > -/2208/- P.		5.457	172	6,227	0,152
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P. und Alter < 16 Jahre		4.360	187	4,813	0,181
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1754 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre		3.732	174	3,709	0,191
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		3.622	166	2,770	0,195
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur		3.102	167	2,437	0,201
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		3.087	170	2,281	0,191

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre		4.027	174	5,014	0,123
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung		3.247	166	4,251	0,130
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.		2.680	173	3,273	0,161
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		2.694	183	3,396	0,137
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		2.317	174	2,591	0,174
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		2.192	173	2,182	0,163
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		1.869	158	1,623	0,177
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		1.897	164	1,505	0,166
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		1.711	166	1,336	0,179
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.		2.068	174	3,193	0,117
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.		2.005	174	3,593	0,122

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		1.952	170	2,571	0,112
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.		1.632	174	2,426	0,121
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		1.429	186	1,650	0,125
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		1.114	170	1,162	0,157
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC		1.035	170	0,986	0,141
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		930	169	0,828	0,161
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		1.463	157	0,548	0,136
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder Stammzellboost oder IntK > 392 / 368 / 368 Punkte		874	162	0,583	0,087
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme, ohne Stammzellboost		563	163	0,331	0,070
A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas	x				
A16B	Injektion von Pankreasgewebe	x				
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC		1.278	162	2,000	0,076
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC		936	163	1,560	0,081
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion		11.385	168	10,651	0,173

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung	x				
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen		3.515	187	3,356	0,150
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		1.971	185	2,081	0,103
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen		1.675	163	1,658	0,112
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre		527	162	0,416	0,072
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre		314	122	0,476	0,076
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC		195	166	0,253	0,067
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	x				
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC		598	165	0,811	0,065
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		236	159	0,327	0,066
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		253	168	0,339	0,063
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag		104	160	0,220	0,106
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC		780	160	0,678	0,095
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC		149	162	0,214	0,101
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation		745	158	0,936	0,063
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation		734	160	1,190	0,062
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm oder Nieren-Pankreas-Transplantation		506	167	0,842	0,061
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation		241	161	0,514	0,068
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste		547	168	0,933	0,064
B01Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.794	174	3,896	0,071
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung oder mit schwersten CC, oder mit bestimmtem kompl. Eingriff bei Neubildung oder int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P., Alter < 6 J. oder mit schwersten CC		3.987	168	9,447	0,072

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B02B	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mehr als 8 Bestrahlungen oder mit bestimmtem komplexen Eingriff bei Neubildung oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		2.122	168	4,272	0,096
B02C	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, mit bestimmtem komplexen Eingriff außer bei Neubildung oder Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmten komplizierenden Faktoren		1.409	173	3,340	0,077
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren		871	169	1,482	0,081
B03Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit schweren CC oder mit intraoperativem Monitoring od. Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit auß. schw. CC		933	173	1,955	0,065
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC		910	163	1,739	0,080
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC		886	167	1,663	0,075
B04C	Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		463	160	1,060	0,084
B04D	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC		526	167	1,136	0,080
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom		141	155	0,305	0,075
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose		939	170	1,586	0,066
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel		385	166	0,799	0,063
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	x	1.710	169	1,869	0,063
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen		724	165	1,170	0,077
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	x	2.282	117	6,016	0,060
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen		3.285	168	8,936	0,056
B16Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen		1.305	170	3,506	0,060
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplizierender Diagnose oder Implantation Ereignis-Rekorder		689	163	1,506	0,088
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Implantation Ereignis-Rekorder, mit komplexem Eingriff		385	162	0,906	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neurop., oh. kompl. Diagn., oh. Impl. Ereign.-Rek., ohne kompl. Eingr., Alt. < 19 J. od. m. schw. CC, Alt. > 15 J.		449	165	0,816	0,067
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne Impl. Ereign.-Rek., ohne schw. CC, Alt. > 18 J., mit mäßig kompl. Eingr.		326	168	0,692	0,063
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie od. Neuropathie, ohne kompl. Diagnose, ohne mäßig kompl. od. kompl. Eingr., ohne äuß. schw. oder schw. CC, Alter > 18 J.		218	160	0,495	0,068
B18Z	Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie		516	168	1,083	0,064
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre		999	143	2,290	0,082
B20B	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose		1.263	183	3,162	0,074
B20C	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff		618	167	1,328	0,085
B20D	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre oder ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose		687	165	1,405	0,072
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie		726	169	1,576	0,074
B20F	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie		591	168	1,170	0,075
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation		1.864	142	4,974	0,063
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation		232	153	0,458	0,061
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		3.157	168	3,507	0,170
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		2.053	170	2,650	0,133
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.039	169	1,753	0,097

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Ingr., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte		874	173	1,559	0,086
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		778	170	1,487	0,082
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		817	161	0,784	0,076
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		529	145	0,394	0,060
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	x	1.230	166	0,523	0,058
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		871	163	0,735	0,072
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		820	162	0,709	0,073
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		515	165	0,350	0,056
B44D	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		453	166	0,331	0,056
B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	x	350	139	0,218	0,054
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage		379	156	0,272	0,055
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage		279	156	0,261	0,056
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen		438	111	0,363	0,053
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	x	466	164	0,372	0,055
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag		325	163	0,516	0,062
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag		139	135	0,341	0,096

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt		933	164	2,043	0,105
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	x	1.344	188	1,578	0,064
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion		272	166	0,413	0,063
B64Z	Delirium		252	166	0,363	0,066
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation		625	137	0,656	0,077
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation		434	162	0,570	0,061
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		193	165	0,345	0,097
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		268	183	0,507	0,066
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung		359	163	0,323	0,057
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung		294	167	0,357	0,058
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		442	161	0,472	0,058
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		323	139	0,692	0,065
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose		363	159	0,727	0,063
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose		277	177	0,486	0,059
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden		456	161	0,682	0,121
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC		507	159	0,647	0,083
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne auß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit auß. schw. CC		402	164	0,681	0,112
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		271	167	0,519	0,078
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder IntK > 392 / 368 / - Punkte, mit komplizierender Diagnose oder IntK > 392 / 368 / - Punkte		617	166	0,793	0,094

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus		534	168	0,768	0,095
B70C	Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.		505	164	0,707	0,098
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.		478	169	0,738	0,094
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		457	167	0,652	0,080
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		354	171	0,558	0,067
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		330	155	0,509	0,208
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		265	127	0,419	0,175
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag		230	160	0,565	0,158
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		743	160	0,866	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		371	160	0,463	0,063
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.		310	167	0,455	0,062
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie		226	184	0,399	0,064
B72A	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre		280	153	0,424	0,065
B72B	Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, mehr als ein Belegungstag		455	180	0,781	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		263	162	0,447	0,064
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		819	110	0,540	0,066
B75Z	Fieberkrämpfe		153	161	0,288	0,084
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	x	349	167	0,383	0,060
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		435	164	0,525	0,083
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		436	164	0,530	0,076
B76D	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG oder bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung, Alter < 1 Jahr		226	125	0,336	0,064
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		284	165	0,442	0,072
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		221	179	0,350	0,086
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		210	182	0,374	0,083
B77Z	Kopfschmerzen		214	178	0,460	0,078
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose		366	164	0,518	0,091
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose		301	166	0,458	0,084
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor		220	168	0,341	0,111
B80Z	Andere Kopfverletzungen		122	164	0,228	0,082
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose		402	176	0,758	0,075
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose		259	183	0,489	0,067
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven		161	173	0,300	0,074
B84Z	Vaskuläre Myelopathien		465	127	0,898	0,069
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose		477	163	0,530	0,063
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose		377	166	0,502	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen		274	165	0,436	0,065
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose		236	168	0,408	0,065
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet		330	128	0,600	0,060
C01A	Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen		500	141	1,114	0,058
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen		286	161	0,549	0,058
C02A	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung		757	168	1,867	0,063
C02B	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung		384	141	0,871	0,061
C03A	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extradation der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates		337	159	0,785	0,059
C03B	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Extradation der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina		295	153	0,684	0,061
C03C	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extradation der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina		299	164	0,681	0,060
C03D	Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Extradation der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina		261	162	0,577	0,061
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Extradation der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre		405	156	0,862	0,056
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Extradation der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre		346	161	0,707	0,056
C05Z	Dakryozystorhinostomie		247	141	0,565	0,066
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom		256	158	0,501	0,057
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extradation der Linse (ECCE)		220	155	0,511	0,064
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradation der Linse (ECCE)		191	161	0,367	0,061
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Extradation der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extradation der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse		229	155	0,506	0,062
C08B	Extrakapsuläre Extradation der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse		162	162	0,371	0,071
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand		224	132	0,571	0,075
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre		195	101	0,492	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre		190	138	0,477	0,079
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider		292	161	0,663	0,061
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen		185	124	0,418	0,067
C14Z	Andere Eingriffe am Auge		204	165	0,436	0,064
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina		244	158	0,549	0,062
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre		276	136	0,657	0,066
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		218	140	0,528	0,072
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		201	168	0,459	0,066
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen		201	163	0,249	0,056
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges		289	167	0,611	0,066
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen		138	159	0,257	0,067
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges		191	177	0,390	0,067
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides		105	156	0,201	0,072
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges		179	161	0,326	0,070
C66Z	Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus		180	159	0,304	0,060
D01A	Kochleaimplantation, bilateral	x	609	118	1,532	0,060
D01B	Kochleaimplantation, unilateral		484	162	1,194	0,063
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		1.922	170	4,432	0,068
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		1.085	161	2,362	0,068
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter < 1 Jahr		424	140	0,911	0,071
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf, Alter > 0 Jahre		519	159	1,286	0,060
D04Z	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen		685	164	1,671	0,069
D05A	Komplexe Parotidektomie		609	144	1,566	0,063
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien		421	166	1,032	0,061
D06A	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre		403	125	0,913	0,063
D06B	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose		354	168	0,799	0,062
D06C	Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose		319	167	0,753	0,063

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		461	162	0,891	0,067
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		297	165	0,639	0,064
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC		401	167	0,796	0,067
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		494	168	1,152	0,062
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		262	171	0,564	0,065
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund mit komplizierender Diagnose		215	141	0,505	0,072
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose		171	164	0,372	0,070
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese		847	166	1,412	0,067
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC		704	165	1,369	0,063
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht		232	156	0,564	0,068
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen		3.423	169	9,338	0,056
D20Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag		957	168	2,625	0,060
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund mit Mundboden- oder Vestibulumplastik		347	158	0,769	0,059
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik		213	166	0,467	0,066
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	x	439	136	1,113	0,064
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC		1.712	170	3,722	0,065
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff		920	165	2,109	0,066
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff		2.218	171	5,276	0,062
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		603	167	1,343	0,063
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		684	164	1,216	0,069
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		377	167	0,829	0,060
D28Z	Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen		392	168	0,917	0,064
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung		308	166	0,688	0,063
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.		291	182	0,668	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		199	182	0,376	0,060
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses		1.049	144	2,185	0,064
D35Z	Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung		384	148	0,885	0,064
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen		365	158	0,898	0,065
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spaltnase oder Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation		537	122	1,373	0,059
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation		378	144	0,919	0,061
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen		253	163	0,565	0,062
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase		159	122	0,338	0,070
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung		203	159	0,477	0,072
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie		390	160	0,770	0,062
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie		285	168	0,379	0,059
D60C	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		237	171	0,534	0,068
D61A	Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus		228	178	0,423	0,067
D61B	Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexe Gleichgewichtsstörungen, Hörverlust, Tinnitus		210	177	0,397	0,071
D62Z	Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre		142	166	0,236	0,067
D63Z	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre		112	159	0,172	0,069
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis		92	157	0,160	0,072
D65Z	Verletzung und Deformität der Nase		154	171	0,308	0,076
D66Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals		171	168	0,317	0,069
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle		178	168	0,351	0,069
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose		1.286	169	2,381	0,070
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		843	168	1,710	0,072
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre		388	161	0,682	0,088
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwendigem Eingriff oder schwerste CC, Alter > 9 Jahre		583	168	0,904	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag		387	170	0,730	0,063
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwendigen Eingriff, ohne schwerste CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag		190	162	0,480	0,116
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag		536	160	1,287	0,090
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe, mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder mit äußerst schweren CC		1.041	172	1,915	0,072
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung		765	170	1,546	0,073
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Eingriffe zur Entfernung von intrakraniellm Gewebe, ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung		653	166	1,196	0,072
E06A	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst schweren CC		754	167	1,201	0,070
E06B	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre, mit offen chirurg. Pleurolyse od. mit best. atypischen Lungenresektionen od. mit best. Brustkorbbkorrektur		630	162	1,186	0,078
E06C	Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurg. Pleurolyse, ohne best. atypische Lungenresektionen, ohne best. Brustkorbbkorrektur		501	169	0,922	0,071
E07Z	Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom		243	161	0,505	0,068
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden		2.131	162	5,042	0,066
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		3.289	170	8,887	0,056
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen		1.058	171	2,774	0,059
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwands- punkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		1.587	171	1,244	0,152
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 äuß. schw. CC oder ARDS		881	167	0,792	0,116
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		670	170	0,760	0,106
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		554	166	0,588	0,118
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	788	109	0,549	0,056
E42Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		517	163	0,342	0,057
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC		279	164	0,313	0,058
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		240	160	0,289	0,059
E63A	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 16 Jahre		125	141	0,244	0,117
E63B	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie oder Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 15 Jahre		123	165	0,255	0,076
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie		327	168	0,462	0,068
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre		236	153	0,297	0,118
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre		275	174	0,347	0,071
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag		141	127	0,269	0,173
E65A	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äuß. schw. CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplizierender Diagnose oder Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äuß. schw. oder schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-Virus-Infektion		419	166	0,473	0,062
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35%, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 Jahr		296	163	0,365	0,063
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre		242	165	0,326	0,063
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose		257	163	0,356	0,070
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose		187	164	0,288	0,068
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie		241	155	0,259	0,073

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit äußerst schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J., m. RS-Virus-Infekt.		223	167	0,303	0,062
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr oder flexible Bronchoskopie, Alter < 16 Jahre, ohne RS-Virus-Infektion		128	156	0,191	0,065
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		120	156	0,186	0,067
E69E	Bronchitis und Asthma bronchiale, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag oder Alter > 5 Jahre und Alter < 56 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Beschwerden und Symptome d. Atmung ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre oder bei Hyperventilation		160	178	0,299	0,073
E70A	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre		148	151	0,176	0,062
E70B	Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre		237	128	0,345	0,061
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC		440	169	0,559	0,060
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, mit Bronchoskopie oder bestimmter Lungenbiopsie		349	169	0,680	0,062
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne Bronchoskopie, ohne bestimmte Lungenbiopsie		206	171	0,372	0,064
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC		411	160	0,444	0,068
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC		241	165	0,365	0,064
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung		269	167	0,432	0,063
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre		383	141	0,440	0,099
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre		343	163	0,422	0,066
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose		211	181	0,346	0,068
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	x	898	166	0,591	0,054
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC		274	136	0,430	0,061
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax		280	177	0,376	0,072
E77A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Aufwandspunkte		908	158	0,569	0,109
E77B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder komplexer Diagnose bei Zustand nach Organtransplantation		568	165	0,549	0,065
E77C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplexer Infektion und äußerst schweren CC		507	165	0,531	0,062

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E77D	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom		435	161	0,389	0,069
E77E	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplexer Infektion und schweren CC oder bei Zustand nach Organtransplantation		353	163	0,420	0,062
E77F	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		329	166	0,364	0,062
E77G	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		295	157	0,323	0,065
E77H	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		176	154	0,222	0,064
E77I	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		236	168	0,302	0,062
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage		131	157	0,254	0,116
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, oder myokardmodulierendes System		753	166	1,338	0,072
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		888	165	1,514	0,078
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff		486	163	0,970	0,068
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		847	167	1,423	0,075
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein- oder Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, mit äußerst schweren CC		715	163	1,130	0,074
F01F	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schweren CC		428	161	0,868	0,072
F01G	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, ohne äußerst schweren CC		367	163	0,740	0,071
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation		239	161	0,489	0,074
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation		238	156	0,492	0,074

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie oder bestimmter Zweifacheingriff		1.383	168	2,901	0,080
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Aufwands- punkte		1.219	165	2,411	0,087
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompl. Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne intensmed. Kompl. > 392 / 368 / - Punkte, mit Zweifacheingriff oder bei angeb. Herzfehler, mit komplexem Eingriff		1.235	166	2,616	0,071
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.		927	137	2,187	0,079
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		1.055	169	2,170	0,072
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.		877	166	1,784	0,073
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		1.347	167	2,985	0,083
F06A	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwands- punkte		1.928	165	3,729	0,073
F06B	Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwands- punkte		1.441	158	2,694	0,068
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		1.186	167	2,346	0,090
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, mit invasiv. kardiolog. Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation		1.185	169	2,498	0,073
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingr., mit invasiv. kardiolog. Diagnostik od. mit intraoperativer Ablation od. schwersten CC, außer bei Infarkt, ohne Reop.		1.079	166	2,238	0,076

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F06F	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne kompl. Konstellation, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC		892	171	1,891	0,075
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation		1.092	167	2,313	0,077
F07B	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation		939	166	1,998	0,078
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierenden Konstellationen oder komplexe Vakuumbehandlung oder thorakoabdominales Aneurysma oder komplexer Aorteneingriff		1.994	170	3,797	0,067
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		1.401	171	2,799	0,067
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. ohne Mehretagen- od. Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., mit auß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr.		1.067	165	2,051	0,065
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- od. Aorteneingr. od. Reop. od. best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.		933	169	2,005	0,067
F08E	Rekonstr. Gefäßeingr., ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabd. Aneurysma ohne kompl. Aorteneingr., mit komplex. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reop., ohne best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr.		735	164	1,565	0,064
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe, ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne thorakoabdominales Aneurysma ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff		622	168	1,368	0,065
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre		705	160	1,324	0,081
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		684	165	1,218	0,088
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		547	161	1,080	0,075
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA oder Implantation mit Revision mit komplexem Eingriff, mit auß. schw. CC oder mit Sondenentf. mit Excimer-Laser od. Alter < 16 Jahre		720	161	1,177	0,070
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne auß. schw. CC, oh. ablativ. Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser		422	158	0,878	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre		545	133	0,983	0,099
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff		659	163	1,264	0,074
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder Sondenentfernung mit intraluminal expandierbarer Extraktionshilfe		588	165	0,897	0,071
F12F	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre		509	166	1,012	0,066
F12G	Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne äußerst schwere CC oder isolierte offen chirurgische Sondenimplantation		373	168	0,715	0,073
F12H	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders		234	160	0,442	0,066
F12I	Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders		373	165	0,612	0,070
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen		1.060	166	1,374	0,058
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe		461	157	0,580	0,059
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC		373	159	0,523	0,056
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC		1.128	170	2,121	0,066
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		743	166	1,576	0,065
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie m. komplizierender Konstellation od. m. komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. perkut. Angioplastie, Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, mehr als 2 Beleg.tage, m. kompliz. Konstellation od. Endokarditis		908	168	1,250	0,069
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre		210	160	0,446	0,076
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre		207	159	0,431	0,072
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff		593	157	0,967	0,073
F18B	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder mit Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff		523	157	0,806	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit komplexem Eingriff		337	157	0,690	0,075
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, ohne komplexen Eingriff		218	157	0,466	0,073
F19A	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC		667	165	1,180	0,078
F19B	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminale Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 16 Jahre		339	157	0,780	0,100
F19C	Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		425	161	0,967	0,075
F19D	Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 15 Jahre		376	155	0,921	0,070
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		453	116	0,850	0,056
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff		862	170	1,147	0,057
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff		524	167	0,766	0,060
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff mit bestimmtem Eingriff		472	164	0,522	0,058
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff		329	163	0,350	0,057
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		687	164	1,199	0,077
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		499	164	1,025	0,080
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff		1.361	160	2,483	0,064
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes oder komplexe Hauteingriffe		549	164	0,614	0,057
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes, ohne komplexe Hauteingriffe		402	164	0,505	0,056
F28A	Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		1.528	170	2,503	0,063
F28B	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		694	165	0,844	0,059

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F28C	Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC		556	154	0,729	0,057
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe	x				
F30Z	Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern		1.206	158	2,404	0,102
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte		3.573	168	3,854	0,156
F36B	Intensivmedizinische Komplexbeh. bei Krankh. u. Störungen des Kreislaufsystems m. kompliz. Faktoren, > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. mit best. OR-Proz. od. > - / - / 552 P. mit best. Ao.stent, od. minimalinv. Eingr. an mehr. Herzklappen		2.590	172	3,428	0,137
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		1.979	183	2,769	0,112
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	2.750	154	1,483	0,073
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		301	161	0,659	0,063
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		201	158	0,495	0,076
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC		786	158	1,155	0,078
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC		443	163	0,918	0,077
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		1.211	165	2,559	0,079
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.334	166	1,133	0,131
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne IntK > 392 / 552 / 552 P., mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur oder IntK > - / 368 / - P. bei Beatmung > 24 Stunden		945	172	1,350	0,096
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne IntK > 392 / 552 / 552 P., ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > - / 368 / - P. bei Beatmung > 24 Stunden		656	164	0,807	0,107
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	763	128	0,493	0,059
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		507	169	0,330	0,056

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff		766	162	1,201	0,070
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff		745	167	1,177	0,068
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre		350	156	0,818	0,098
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping oder schweren CC bei mehr als einem Belegungstag		516	166	0,980	0,067
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, mit komplexer Diagnose		438	161	0,885	0,065
F49F	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff		360	161	0,830	0,070
F49G	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC bei mehr als einem Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff		320	168	0,775	0,071
F50A	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders		393	161	0,910	0,073
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		386	163	0,844	0,075
F50C	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transseptaler Linksherz-Katheteruntersuchung oder mit bestimmter Ablation		347	155	0,805	0,081
F50D	Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transseptale Linksherz-Katheteruntersuchung, ohne bestimmte Ablation		330	159	0,769	0,074
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination		874	165	1,888	0,077
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination		722	167	1,592	0,075
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC		642	168	1,075	0,078
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention		452	169	0,921	0,082
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC		602	159	1,119	0,074

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie		357	163	0,839	0,076
F58A	Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC		555	165	1,042	0,073
F58B	Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC		325	167	0,780	0,078
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotationsthrombektomie		713	171	1,316	0,065
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit aufwendigem Eingriff oder mit bestimmtem beidseitigen Eingriff oder mit bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag		555	171	1,189	0,065
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, mit anderem beidseitigen Eingriff oder Mehrfacheingriff oder mit bestimmtem komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		355	167	0,830	0,068
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe, ohne aufwendigen oder bestimmten komplexen Eingriff, ohne bestimmte oder andere beidseitige Eingriffe oder Mehrfacheingriffe, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		336	170	0,809	0,067
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC		415	165	0,513	0,075
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC		250	168	0,337	0,075
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation		925	162	0,791	0,062
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		632	165	0,537	0,059
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder komplizierende Konstellation		544	166	0,496	0,067
F62B	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mehr als ein Belegungstag		283	172	0,333	0,062
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ein Belegungstag		130	159	0,268	0,141
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC		352	161	0,411	0,060
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC		212	167	0,339	0,062
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen		249	156	0,261	0,056
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		401	162	0,466	0,062
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		249	168	0,440	0,063
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC		431	135	0,447	0,065
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC		184	174	0,294	0,069
F67A	Hypertonie mit äußerst schweren CC		365	158	0,431	0,064
F67B	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC		262	170	0,367	0,063
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre		155	127	0,251	0,070
F67D	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre		178	169	0,286	0,067
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre		284	158	0,345	0,115
F68B	Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre		193	159	0,361	0,086

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC		383	162	0,460	0,064
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC		198	164	0,293	0,066
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC		392	159	0,483	0,083
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC		213	164	0,316	0,087
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag oder kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens		366	164	0,570	0,068
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens		180	182	0,289	0,075
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC		343	160	0,458	0,066
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC		173	164	0,294	0,078
F73Z	Synkope und Kollaps		179	177	0,301	0,069
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems		137	177	0,261	0,083
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag		486	166	0,594	0,065
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre		242	160	0,329	0,082
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre		244	156	0,405	0,079
F75D	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schweren CC bei mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre		275	183	0,500	0,069
F77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		547	163	0,414	0,059
F95A	Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofohrverschluss		410	163	0,885	0,073
F95B	Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre		305	157	0,746	0,073
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		849	165	1,441	0,074
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff		845	169	1,605	0,072
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff		697	163	1,241	0,074
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens		1.604	159	3,361	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G02A	Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.138	166	2,011	0,070
G02B	Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplizierende Diagnose, ohne IntK > 392 / - / - Aufwandspunkte		937	169	1,727	0,068
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.382	165	2,842	0,069
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, mit komplexem Eingriff		1.309	157	2,553	0,069
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspunkte, ohne komplexen Eingriff		1.092	166	2,117	0,069
G04A	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder bestimmte PTAs an abdominalen Gefäßen mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems		717	163	1,311	0,069
G04B	Adhäsiolyse am Peritoneum mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen, ohne Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems		851	182	1,427	0,069
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äuß. schw. oder schweren CC oder kleine Eingr. an Dünn- und Dickdarm od. a. abd. Gef. ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit best. perkutan-translumin. Eingr. an abdom. Gefäßen		398	162	0,774	0,074
G07B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, mit laparoskopischer Adhäsiolyse od. Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre		408	157	0,793	0,065
G07C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre		421	166	0,802	0,061
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC		928	163	1,604	0,064
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC		353	160	0,770	0,061
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis		294	161	0,741	0,070
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz		909	165	1,707	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre		354	142	0,601	0,071
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre		209	135	0,406	0,060
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur		668	165	1,244	0,067
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag		493	166	0,732	0,061
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur		321	169	0,655	0,064
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.339	167	1,683	0,065
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff		1.859	161	4,463	0,062
G16A	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, mit komplizierender Konstellation oder plastischer Rekonstruktion mit myokutanem Lappen oder IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.643	166	3,231	0,073
G16B	Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne plastische Rekonstruktion mit myokutanem Lappen, ohne IntK > - / 368 / - Aufwandspunkte		1.187	169	2,356	0,068
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung		1.006	167	2,021	0,069
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung		813	164	1,647	0,068
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder and. Eingr. am Darm mit auß. schw. CC, mit hochkompl. Eingr. oder kompliz. Diagn. oder mit sehr kompl. Eingr. oder and. Eingr. mit auß. schw. CC, mit IntK > - / 368 / - Punkte		1.005	169	1,907	0,069
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder anderer Eingriff am Darm mit äußerst schweren CC, mit sehr komplexem Eingriff oder anderer Eingriff mit äußerst schweren CC, ohne IntK > - / 368 / - Punkte		749	169	1,427	0,067
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit komplexem Eingriff		616	167	1,171	0,064
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		370	161	0,733	0,061
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		739	165	1,362	0,069
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		662	163	1,201	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		475	165	1,035	0,064
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm und Enterostoma, ohne äußerst schwere CC		343	140	0,692	0,067
G21B	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte lokale Exzision am Darm, mit äußerst schweren CC		480	179	0,930	0,064
G21C	Bestimmte lokale Exzision am Darm, ohne äußerst schwere CC		260	157	0,511	0,061
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		391	141	0,745	0,061
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		405	159	0,820	0,063
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		358	159	0,739	0,064
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		273	138	0,579	0,064
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		278	157	0,619	0,064
G23C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		260	172	0,575	0,067
G24A	Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand		430	159	0,931	0,062
G24B	Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand		235	170	0,553	0,071
G26A	Andere Eingriffe am Anus, Alter < 14 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung		202	161	0,373	0,065
G26B	Andere Eingriffe am Anus, Alter > 13 Jahre oder außer bei bestimmter bösartiger Neubildung		158	163	0,321	0,068
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC		3.678	166	9,494	0,057
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC		2.587	169	7,107	0,055
G29Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag		1.040	169	2,870	0,061
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.887	169	3,393	0,067
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.607	164	4,299	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / - Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		3.659	162	3,973	0,151
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Auf- wandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		3.075	169	3,478	0,132
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwands- punkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.054	169	2,738	0,105
G37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsor- gane		1.388	162	2,877	0,068
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organsystem		1.760	173	3,506	0,072
G40Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		758	165	0,978	0,073
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC und Alter < 15 Jahre oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre		573	166	0,774	0,065
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei äußerst schweren CC, bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, Alter > 14 Jahre, oder bestimmte Gastroskopie, Alter < 15 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren		436	168	0,655	0,063
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdau- ungsorgane und äußerst schweren oder schweren CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit komplizierenden Faktoren		323	169	0,606	0,065
G47Z	Andere Gastroskopie bei komplexer Diagnose od. bestimmte and. Gastroskopie bei schw. KH der Verd.organe oder kompl. Gastroskopie bei nicht schw. KH der Verd., ohne auß. schw. od. schw. CC, Alter < 15 Jahre od. best. kompl. Gastroskopie, ein Belegungstag		301	183	0,594	0,062
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		454	162	0,589	0,061
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstil- lung, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organ- transplantation		368	167	0,621	0,062
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastro- skopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre		405	167	0,626	0,063
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorga- ne	x	1.126	138	0,967	0,061
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		539	163	0,390	0,056

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		331	164	0,358	0,058
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC		161	172	0,285	0,064
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC		404	164	0,493	0,063
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC		212	172	0,374	0,061
G65Z	Obstruktion des Verdauungstraktes		189	182	0,323	0,065
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC		221	161	0,378	0,063
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmten komplizierenden Faktoren		245	169	0,371	0,062
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC		197	180	0,335	0,064
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC		175	181	0,335	0,067
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		182	141	0,322	0,067
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		262	162	0,435	0,062
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		196	170	0,403	0,067
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre		106	135	0,208	0,081
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		136	180	0,272	0,072
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		312	163	0,543	0,065
G74Z	Hämorrhoiden		201	154	0,416	0,067
G77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		540	158	0,538	0,059
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.340	167	2,724	0,069
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.175	170	2,355	0,068
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung		1.117	159	2,071	0,067
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung		1.035	161	1,933	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen		706	165	1,317	0,067
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		778	164	1,434	0,066
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisierung		418	164	1,008	0,072
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisierung		344	166	0,750	0,063
H07A	Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		810	163	1,521	0,069
H07B	Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		559	165	1,079	0,066
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		566	163	1,120	0,062
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		325	167	0,732	0,063
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		1.038	166	1,764	0,067
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		728	163	1,437	0,069
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		518	159	1,018	0,066
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff		767	168	1,033	0,062
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		383	164	0,635	0,061
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		3.470	164	9,631	0,057
H16Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag		746	165	1,938	0,080
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.978	166	3,800	0,066
H36A	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte		2.947	165	3,769	0,116
H36B	Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte		1.881	167	2,343	0,106

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	x				
H38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.517	165	2,952	0,071
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC		540	160	0,761	0,072
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC		386	161	0,627	0,073
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC		718	169	0,967	0,063
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur		529	161	0,848	0,058
H41C	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, ohne komplexe Prozedur oder andere ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit Radiofrequenzablation und endoskopischer Stentimplantation		388	166	0,638	0,060
H41D	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation		297	181	0,585	0,062
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		517	156	0,347	0,055
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC		460	165	0,515	0,064
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose		349	165	0,438	0,059
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre		281	157	0,446	0,130
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	171	0,349	0,063
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter < 16 Jahre		197	134	0,321	0,062
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre		267	168	0,405	0,063
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis		236	158	0,403	0,062
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.		377	162	0,457	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 0 Jahre		311	163	0,459	0,062
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		192	163	0,341	0,065
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen		204	175	0,347	0,064
H77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		429	159	0,506	0,060
H78Z	Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		994	168	1,533	0,077
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose		1.392	165	2,012	0,062
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		2.694	167	4,684	0,063
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		2.010	171	3,199	0,062
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, ohne auß. schw. CC, ohne komplexe OR-Prozedur od. mit komplexer plast. Rekonstruktion od. kompl. OR-Prozedur		1.232	167	1,678	0,061
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC		964	165	1,237	0,060
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.		1.280	169	1,843	0,065
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.		848	168	1,370	0,063
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniege-lenk mit komplizierender Diagnose oder Arthro-dese		769	160	1,309	0,063
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthro-dese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC		668	169	1,008	0,069
I05B	Anderer großer Gelenkersatz		541	167	1,010	0,062
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrektur-eingriff oder bestimmtem mehrzeitigen Eingriff oder mit Eingriff an mehr-eren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC		1.865	169	3,873	0,070

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit hochkomplexem Eingriff an der Wirbelsäule oder komplexem Eingriff an Kopf und Hals, Alter < 19 Jahre oder mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung		1.166	161	2,514	0,071
I06C	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff an Wirbelsäule		1.380	169	2,909	0,069
I07Z	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		684	163	0,952	0,059
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.		1.126	162	1,821	0,069
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit komplexem Mehrfacheingriff oder komplexen Diagnosen oder mit bestimmtem Eingriff bei Beckenfraktur mit äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit best. Eingriff an oberer Extremität und Wirbelsäule		1.044	170	1,672	0,065
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		851	168	1,417	0,066
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, mit Mehrfacheingriff oder mit komplexer Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit äußerst schweren CC		606	172	0,997	0,065
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmter Osteotomie oder Muskel- und Gelenkplastik oder großer Eingriff untere Extremität oder bestimmte Knocheninfektion		600	164	1,082	0,064
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne äußerst schwere CC, mit mäßig komplexem Eingriff, ohne bestimmte Osteotomie, ohne Muskel- und Gelenkplastik, mehr als ein Belegungstag		435	173	0,688	0,063
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmter Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel, mehr als ein Belegungstag		409	163	0,715	0,062
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmte Knochentransplantation oder Pseudarthrose oder Revision einer Endoprothese am Hüftgelenk ohne Wechsel oder ein Belegungstag		269	164	0,577	0,066
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder mehrzeitiger komplexer Eingriff oder komplexer Eingriff mit Wirbelkörperersatz oder verschiedene komplexe Eingriffe an mehreren Segmenten		1.358	172	2,729	0,067
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr komplexe Osteosynthese, ohne mehrzeitigen komplexen Eingriff, mit komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC		1.224	169	2,275	0,066
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., m. best. Eingr. am Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS		991	170	2,119	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr., ohne WK-Ersatz, ohne versch. kompl. Eingr. an mehreren Seg., mit best. aufw. WS-Eingr., mit best. Kyphopl., ohne best. Eingr. an Schädel, Gehirn, Rückenm. od. WS		775	171	1,685	0,064
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., mit best. WS-Osteosynthesen, od. bei Para- / Tetraplegie od. bei HWS-Fraktur, od. m. intervertebralen Cages > 2 Seg.		584	166	1,249	0,063
I09F	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne best. aufw. WS-Eingr., ohne best. WS-Osteosynthesen, ohne Para- / Tetraplegie ohne HWS-Fraktur, ohne intervertebrale Cages > 2 Seg.		401	169	0,703	0,060
I10A	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC		905	171	1,637	0,065
I10B	Anderer Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetrapl., od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne äuß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit äuß. schw. CC und > 1 BT		595	171	1,274	0,062
I10C	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, mit intervertebralem Cage 1 Segment oder bei best. Spinalkanalstenose oder best. Bandscheibenschäden oder Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat		440	159	0,955	0,063
I10D	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an der Wirbelsäule oder best. Diszitis, ohne intervertebralen Cage 1 Segment, ohne best. Spinalkanalstenose, ohne best. Bandscheibenschäden, ohne Verschluss eines Bandscheibendefekts mit Implantat		469	169	0,971	0,059
I10E	Anderer mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule		408	164	0,836	0,059
I10F	Anderer mäßig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule		369	172	0,741	0,060
I10G	Anderer wenig komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, mehr als ein Belegungstag		228	136	0,512	0,064
I10H	Anderer Eingriffe an der Wirbelsäule ohne wenig komplexe Eingriffe oder ein Belegungstag		196	137	0,425	0,068
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität		571	123	1,302	0,058
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC		902	171	1,281	0,062
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		583	167	0,896	0,059
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		388	161	0,678	0,059
I13A	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwendiger Osteosynthese mit komplizierenden Eingriffen am Humerus		768	163	1,382	0,060

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I13B	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwendiger Osteosynthese ohne komplizierenden Eingriff am Humerus		658	164	1,308	0,060
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		528	184	1,050	0,061
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		418	167	0,831	0,061
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		389	169	0,766	0,062
I13F	Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufw. Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne kompl. Diagn., ohne kompl. Proz., ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig kompl. Eingr., ohne Pseudarthrose, ohne BNB best. Knochen		283	166	0,575	0,063
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes		383	158	0,541	0,058
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre		796	164	1,808	0,086
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre		592	162	1,338	0,065
I16Z	Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur		247	160	0,561	0,068
I17Z	Operationen am Gesichtsschädel		452	163	0,984	0,063
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk		247	164	0,539	0,065
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk		205	161	0,473	0,071
I20A	Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks oder mit bestimmter Arthrodese		654	159	1,265	0,058
I20B	Eingriffe am Fuß, mit mehreren komplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff, bei Zerebralparese, mit Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks, mit komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose, mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes		479	160	0,936	0,059
I20C	Eingr. am Fuß oh. mehr. kompl. Eingr., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Osteomyelitis / Arthritis od. Eingr. Großz. m. kompl. Eingr. an mehr. Strah., m. Knochentx, m. Impl. Zehengel. od. bei Kalka., od. Einz. Mehrf. > 3 Mittelf.- / Zehenstr.		345	161	0,704	0,061
I20D	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit bestimmtem Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritis oder bestimmtem Diabetes mellitus		303	155	0,650	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I20E	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre		219	137	0,485	0,067
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit Arthrodese am Großzehengrundgelenk oder Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur oder bestimmter Knochentransplantation oder wenig komplexem Eingriff an mehr als einem Strahl		270	151	0,594	0,065
I20G	Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, ohne Arthrodese am Großzehengrundgelenk, ohne Osteosynthese einer Mehrfragmentfraktur, ohne bestimmte Knochentransplantation, ohne wenig komplexen Eingriff an mehr als einem Strahl		220	159	0,476	0,068
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		265	167	0,579	0,066
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		999	162	1,727	0,058
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		738	166	1,050	0,058
I23A	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen		242	160	0,568	0,071
I23B	Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen		192	162	0,435	0,072
I24Z	Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm		189	160	0,445	0,076
I26Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation		2.133	172	2,599	0,106
I27A	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff, oder mit äußerst schweren CC oder BNB und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff		1.035	167	2,076	0,068
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne bestimmte Diagnose und bestimmten Eingriff, mit äußerst schweren CC oder bei BNB und schweren CC, ohne bestimmte Diagnose und komplexen Eingriff		727	173	1,148	0,064
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als einem Belegungstag		410	171	0,766	0,060
I27D	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen ohne best. Diagnose und best. Eingriff, ohne äußerst schweren CC, ohne schwere CC, außer bei BNB, ohne best. Eingriff am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag		265	172	0,562	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I28A	Komplexe Eingriffe am Bindegewebe		349	157	0,658	0,066
I28B	Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag		418	172	0,710	0,060
I28C	Andere Eingriffe am Bindegewebe oder ein Belegungstag		241	166	0,490	0,064
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		391	156	0,902	0,064
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen		302	164	0,704	0,066
I30Z	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk		332	164	0,784	0,065
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm		554	162	1,162	0,061
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella		409	165	0,885	0,063
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand		597	162	1,177	0,057
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. b. angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand u. Alter < 16 J.		361	117	0,843	0,058
I32C	Eingr. an Handg. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. oh. kompl. Eingr. b. angeb. Fehlb. d. Hand und Alter < 16 J., mit best. Eingr. od. kompl. Diag.		436	135	0,908	0,059
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		312	157	0,730	0,063
I32E	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre		208	115	0,490	0,071
I32F	Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre		242	160	0,562	0,068
I32G	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe		179	159	0,406	0,072
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen		695	113	1,714	0,058
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		810	171	0,901	0,060
I36Z	Beidseitige Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk		752	157	1,454	0,062
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität		1.099	122	1,925	0,063
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen		3.427	167	9,343	0,056

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	x	733	141	0,448	0,056
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		466	161	0,299	0,055
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mind. 14 Tage		379	161	0,266	0,055
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage		279	163	0,261	0,056
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC		1.181	163	1,913	0,066
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC		647	164	1,245	0,063
I44A	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität		895	166	1,610	0,066
I44B	Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität		593	167	1,150	0,063
I44C	Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk		437	160	0,795	0,061
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment		563	116	1,311	0,068
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente		417	137	0,931	0,069
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		1.086	166	1,727	0,068
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen		703	167	1,262	0,066
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese oder Inlaywechsel Hüfte		556	167	0,982	0,063
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff		504	172	0,881	0,063
I50Z	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC		505	166	0,817	0,057
I54Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung		1.102	166	2,886	0,059
I59Z	Andere Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm		213	158	0,488	0,071
I60Z	Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre		277	116	0,337	0,059
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre		360	156	0,555	0,059
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC		360	158	0,468	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		244	162	0,398	0,060
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie		327	158	0,382	0,086
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie		265	171	0,408	0,071
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC		233	170	0,398	0,062
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		512	166	0,572	0,062
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		248	184	0,332	0,060
I66C	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag		92	159	0,194	0,096
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		707	162	0,847	0,058
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		404	163	0,524	0,061
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		339	165	0,461	0,060
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur		229	182	0,365	0,062
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag		112	176	0,257	0,095
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenenerkrankungen bei Para- / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag		260	165	0,305	0,059
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose oder ein Belegungstag		226	167	0,321	0,060
I71A	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur		159	137	0,269	0,065
I71B	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur		182	168	0,307	0,066
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre		305	164	0,376	0,064
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes		217	158	0,272	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien		213	164	0,322	0,062
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre		123	116	0,269	0,083
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre		154	169	0,273	0,068
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC		249	157	0,316	0,062
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		185	178	0,297	0,064
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre		273	164	0,396	0,061
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		182	170	0,319	0,066
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		173	173	0,289	0,066
I78Z	Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		151	169	0,302	0,075
I79Z	Fibromyalgie		266	159	0,275	0,057
I87Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		406	158	0,399	0,058
I95Z	Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur		1.122	167	2,127	0,066
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	x	1.360	164	1,485	0,059
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		356	126	0,252	0,055
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		1.586	169	2,324	0,059
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma		1.171	161	2,917	0,068
J02A	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit äuß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr.		1.149	165	1,888	0,060
J02B	Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. äuß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Eingr.		827	166	1,172	0,058
J02C	Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		515	164	0,705	0,055

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		340	162	0,418	0,057
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		249	161	0,422	0,059
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung		533	157	1,235	0,059
J07A	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff		509	157	1,219	0,063
J07B	Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff		408	164	0,960	0,064
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		622	163	1,197	0,059
J08B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC		655	168	0,815	0,059
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		359	163	0,627	0,058
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre		150	116	0,277	0,066
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre		136	157	0,270	0,071
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung		253	163	0,521	0,060
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung		234	163	0,501	0,062
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisierung bei Hämangiom		353	167	0,461	0,058
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne bestimmten Eingriff bei komplizierender Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisierung bei Hämangiom, mit mäßig komplexer Prozedur oder komplexer Diagnose		253	172	0,476	0,062
J11C	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisierung bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose		168	170	0,332	0,066
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma		1.654	117	4,325	0,069
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		631	155	1,481	0,060
J14B	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwendige Rekonstruktion		317	117	0,712	0,063
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung		572	141	1,255	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.004	165	2,781	0,062
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		3.564	168	9,646	0,055
J18Z	Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag		1.349	168	3,624	0,058
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC		412	169	0,802	0,058
J22A	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut		256	161	0,498	0,058
J22B	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung, ohne Mehrfachtumoren der Haut		232	167	0,434	0,059
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		421	165	0,914	0,061
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik		381	154	0,897	0,060
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik		439	158	1,095	0,061
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff		279	155	0,668	0,065
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		186	157	0,422	0,072
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC		250	160	0,578	0,068
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff oder bestimmtem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		1.076	156	2,477	0,070
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.387	166	1,956	0,057
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		502	161	0,324	0,055
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		344	161	0,303	0,059
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose		251	161	0,229	0,055
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag		188	171	0,220	0,057
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		343	166	0,386	0,058

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC		173	167	0,292	0,063
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC		382	163	0,387	0,061
J64B	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC		186	182	0,232	0,059
J65Z	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma		140	180	0,248	0,073
J67Z	Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen		159	183	0,246	0,062
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose		120	160	0,285	0,093
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose		90	173	0,187	0,094
J77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		334	157	0,280	0,056
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	x	1.178	156	1,282	0,056
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre		902	157	1,849	0,081
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre		781	167	1,715	0,067
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas		515	162	1,131	0,073
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC mit Thyreoidektomie durch Sternotomie		1.175	164	2,573	0,073
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus bei bösartiger Neubildung oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder Parathyreoidektomie, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie		428	167	0,998	0,076
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC		353	165	0,865	0,071
K07Z	Andere Eingriffe bei Adipositas		528	158	1,202	0,058
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC		814	167	1,242	0,065
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff		509	171	0,994	0,063
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		312	161	0,682	0,063
K14Z	Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie		586	167	1,350	0,070
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie		318	94	0,514	0,142
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselerkrankungen, mehr als ein Belegungstag, außer hochkomplexe Radiojodtherapie		1.082	165	2,741	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, bei bösartiger Neubildung		339	92	0,536	0,140
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung		399	124	0,340	0,124
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie		263	127	0,306	0,138
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		874	163	0,878	0,058
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		1.504	163	3,156	0,065
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen		540	160	0,616	0,072
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	x				
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		504	165	0,359	0,057
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		270	105	0,191	0,056
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		238	153	0,188	0,056
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, schwere Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC und mehr als ein Belegungstag		419	166	0,474	0,064
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag oder mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		159	136	0,180	0,062
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag		272	177	0,285	0,059
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ein Belegungstag		204	178	0,251	0,061
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC und mehr als ein Belegungstag		303	166	0,365	0,064
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC, ein Belegungstag		207	184	0,311	0,066
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose		246	163	0,369	0,065
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose		238	164	0,375	0,063
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		97	153	0,227	0,077

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K63D	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		85	155	0,194	0,074
K64A	Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC		430	160	0,493	0,070
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre		326	139	0,468	0,104
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik		338	168	0,579	0,065
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik		220	173	0,382	0,065
K77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		548	158	0,449	0,057
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie		1.344	161	2,785	0,067
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse		502	160	0,652	0,058
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse		298	155	0,554	0,065
L03Z	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm		1.070	172	2,097	0,067
L04A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter < 16 Jahre		585	162	1,318	0,061
L04B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, oder bestimmte Eingriffe an der Harnblase, Alter > 15 Jahre		603	167	1,322	0,061
L05A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC		690	162	1,320	0,060
L05B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC		372	162	0,812	0,061
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC		603	169	1,137	0,063
L06B	Kleine Eingriffe an der Harnblase, ohne bestimmte kleine Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		260	166	0,559	0,063
L08A	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre		379	140	0,825	0,057
L08B	Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre		429	161	0,926	0,057
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		997	169	1,461	0,062
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		528	165	0,909	0,060

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L09C	Andere Eingr. b. Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyses- hunt, oh. Kalziphylaxie, oh. Eingr. am Präputium, Alter < 2 Jahre od. äuß. schw. CC, oh. kompl. OR-Proz., oh. kompl. Eingr., od. Alter > 1 Jahr, oh. äuß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion		619	167	0,957	0,065
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyses Hunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Nie- reninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion		298	168	0,648	0,064
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Mul- tivirusereingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kom- binationseingriff, mit großem Eingriff am Darm		1.487	168	3,134	0,066
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperi- toneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC		735	141	1,740	0,059
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		3.568	165	9,472	0,056
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen		1.032	165	2,688	0,059
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC		714	169	1,528	0,066
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, mit bestimmtem Eingriff		632	167	1,428	0,065
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne bestimmten Ein- griff		620	142	1,619	0,071
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre		214	141	0,458	0,063
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre		215	160	0,448	0,064
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperi- toneale Eingriffe mit äußerst schweren CC		742	168	1,380	0,063
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale u. and. retroperitoneale Eingr. oh. ESWL, oder best. Eingr. Niere, ohne auß. schw. CC od. transurethr. Eingr. außer Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskopien, b. Para- / Tetrapl., m. auß. schw. CC		516	166	1,183	0,062
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere		526	159	1,344	0,064
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC		561	167	1,064	0,061
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterore- noskopien ohne ESWL, mit kompl. Eingriff od. fluoreszenzgestützter TUR der Harnbl. od. andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetrap- legie, ohne äußerst schwere CC od. Alter > 89 J.		334	166	0,808	0,065

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und kompl. Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne kompl. Eingr., ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnbl. od. and. Eingr. an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schw. CC, Alter < 90 Jahre		299	168	0,688	0,064
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		2.316	168	4,361	0,069
L36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.624	169	1,519	0,118
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.264	167	2,574	0,067
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.460	171	2,686	0,069
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie		247	161	0,559	0,068
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxilliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie		380	156	0,934	0,066
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxilliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie		258	139	0,640	0,075
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		523	164	0,354	0,056
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		751	175	0,574	0,093
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre		564	177	0,465	0,091
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC		394	179	0,415	0,073
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC		270	181	0,339	0,063
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC		356	166	0,441	0,059
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		184	140	0,336	0,077
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		177	169	0,296	0,063
L63A	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre		297	135	0,272	0,067
L63B	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre		379	156	0,359	0,062
L63C	Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		327	165	0,362	0,060
L63D	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre oder Alter > 89 Jahre, oder bestimmte schwere Infektionen		192	165	0,248	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 2 und < 6 Jahre		156	155	0,207	0,061
L63F	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne bestimmte schwere Infektionen, Alter > 5 und < 90 Jahre		186	181	0,262	0,062
L64A	Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie		214	183	0,430	0,067
L64B	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 14 Jahre		128	137	0,263	0,080
L64C	Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Urethrastriktur, andere leichte bis moderate Erkrankung der Harnorgane, bestimmte Beschwerden und Symptome der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 13 Jahre		126	181	0,248	0,075
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 14 Jahre		180	159	0,348	0,067
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 13 Jahre		180	168	0,299	0,066
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		212	139	0,243	0,061
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		246	166	0,350	0,061
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre		151	139	0,367	0,106
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre		106	164	0,227	0,107
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse		156	165	0,267	0,224
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom		450	171	0,443	0,065
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag		243	140	0,390	0,060
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie		231	161	0,360	0,064
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.183	168	2,576	0,065
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.028	169	2,649	0,062
M02A	Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC		617	170	1,212	0,062
M02B	Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC		396	168	0,879	0,060
M03A	Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre		368	141	0,786	0,054
M03B	Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre		342	139	0,729	0,057
M03C	Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre		302	162	0,647	0,060
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän		668	170	1,462	0,061
M04B	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, mit bestimmtem Eingriff am Hoden, oder Orchitis mit Abszess		281	165	0,621	0,064

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
M04C	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter < 3 Jahre		205	155	0,513	0,082
M04D	Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte Eingriffe an der Prostata, ohne bestimmten Eingriff am Hoden, ohne Orchitis mit Abszess, Alter > 2 Jahre		198	165	0,449	0,070
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut		165	162	0,363	0,072
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen		336	165	0,698	0,062
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds		556	118	1,612	0,085
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		587	170	1,158	0,061
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		463	168	1,086	0,061
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		3.776	165	10,287	0,056
M10B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie		914	165	2,578	0,068
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata		389	160	0,917	0,061
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		1.321	166	2,642	0,067
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane		1.669	162	3,611	0,070
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC		421	168	0,567	0,059
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie		191	158	0,254	0,059
M60C	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie		182	170	0,314	0,063
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie		166	166	0,335	0,067
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane		161	165	0,227	0,061
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann		140	162	0,263	0,069
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeral Eingriff		1.461	163	3,193	0,069

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff		1.245	167	2,554	0,067
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC		1.013	165	2,221	0,067
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC		856	165	1,957	0,067
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		936	167	1,634	0,065
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.		620	167	1,277	0,063
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.		444	167	1,011	0,063
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff		480	166	0,988	0,060
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Verschluss einer vesikovaginalen Fistel		558	174	1,126	0,063
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Verschluss einer vesikovaginalen Fistel		284	162	0,677	0,065
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen		317	167	0,663	0,060
N07Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus		269	161	0,598	0,063
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen		263	163	0,619	0,067
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag		651	102	1,947	0,095
N09B	Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva		150	177	0,329	0,073
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation		156	176	0,358	0,079
N11A	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC		735	162	1,175	0,061
N11B	Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC		358	160	0,629	0,060
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC		449	160	0,833	0,062

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N13B	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder transurethraler Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		197	154	0,422	0,067
N14Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weibl. Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bestimmte selektive Gefäßembolisation		382	164	0,834	0,059
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen		3.582	165	9,567	0,056
N16Z	Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag		985	163	2,782	0,062
N21Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukleation		359	159	0,848	0,062
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation		341	157	0,834	0,065
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		223	180	0,532	0,071
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		2.213	161	4,211	0,065
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		1.118	165	2,336	0,067
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		1.858	165	3,838	0,066
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC		404	166	0,511	0,058
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		180	167	0,311	0,063
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane		139	172	0,201	0,061
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose		139	174	0,253	0,067
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose		99	171	0,185	0,074
O01A	Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft		674	168	0,635	0,053
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		588	170	0,904	0,063

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. äuß. schw. CC		444	173	0,609	0,055
O01D	Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. inraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. äuß. schw. CC		314	171	0,596	0,057
O01E	Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		288	172	0,588	0,059
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen		282	171	0,579	0,058
O01G	Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		278	170	0,565	0,059
O01H	Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose		261	168	0,565	0,059
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		325	168	0,558	0,060
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		227	168	0,463	0,062
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität		261	150	0,613	0,071
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff		411	148	0,808	0,068
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff		168	170	0,335	0,066
O05A	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag		299	168	0,368	0,053
O05B	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit anderer intrauteriner Therapie des Feten		220	171	0,456	0,063
O05C	Intrauterine Therapie des Feten		132	114	0,216	0,060
O40Z	Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie oder bestimmte Amnionpunktion		129	169	0,274	0,073
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation		388	163	0,393	0,053

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		215	168	0,391	0,058
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33. vollendete Wochen		193	172	0,377	0,059
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen		178	170	0,367	0,061
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma		128	170	0,199	0,062
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hystero- tomie		99	130	0,182	0,072
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag		130	173	0,256	0,062
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag		168	170	0,256	0,058
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur		693	153	1,058	0,474
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden		6.596	163	7,020	0,177
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen		2.719	161	4,021	0,129
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden, ohne Eingriffe bei univentrikulärem Herzen		1.591	138	2,771	0,093
P03A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden		4.978	157	2,375	0,188
P03B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 479 Stunden		2.569	173	1,017	0,136
P03C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		2.568	155	1,028	0,139
P04A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Stunden		4.091	161	2,284	0,175
P04B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne Beatmung > 240 Stunden		1.866	160	0,898	0,140
P04C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.654	154	0,716	0,133

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P05A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren		2.622	165	1,711	0,179
P05B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.279	165	0,969	0,121
P05C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.176	136	0,679	0,142
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren		2.202	169	1,730	0,169
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.031	168	1,173	0,120
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme		714	166	0,780	0,133
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur		313	167	0,316	0,477
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden		287	159	0,257	0,332
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)		87	107	0,140	0,078
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur		10.813	138	5,828	0,202
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur		7.755	153	3,524	0,200
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur		9.477	158	5,330	0,190
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur		6.319	153	2,805	0,192
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.330	132	1,003	0,317
P62A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur		6.503	161	3,381	0,195
P62B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur		5.461	155	2,359	0,187
P62C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur		4.431	156	1,802	0,175
P62D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.462	132	1,251	0,303
P63Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden		1.590	151	0,442	0,108
P64Z	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden		1.360	153	0,422	0,109

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P65A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen		1.214	138	0,447	0,117
P65B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		1.014	152	0,400	0,109
P65C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		787	152	0,298	0,112
P65D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem		493	132	0,248	0,116
P66A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegegew. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung		1.012	156	0,444	0,140
P66B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		657	154	0,367	0,117
P66C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		485	155	0,265	0,116
P66D	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder neugeborener Mehrling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem oder ein Belegungstag		132	105	0,153	0,060
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung		579	165	0,405	0,125
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit schwerem Problem, ohne Hypothermiebehandlung oder mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Proz., mit kompliz. Diagn.		331	166	0,287	0,112
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem, mehr als ein Belegungstag oder mit nicht signifikanter OR-Prozedur, ohne komplizierende Diagnose		226	163	0,222	0,098
P67D	Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag		103	122	0,136	0,060
Q01Z	Eingriffe an der Milz		624	162	1,168	0,071
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC		800	171	1,157	0,064
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre		314	122	0,613	0,062
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre		391	172	0,770	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre		237	153	0,447	0,064
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre		242	164	0,512	0,065
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		334	152	0,403	0,080
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Milzverletzung, ohne Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr		184	155	0,249	0,074
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		212	178	0,295	0,062
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre		140	156	0,222	0,064
Q60E	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre		179	176	0,306	0,065
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC		396	162	0,521	0,063
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC		239	178	0,418	0,063
Q62Z	Andere Anämie		277	164	0,391	0,066
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre		105	134	0,184	0,069
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre		206	160	0,278	0,062
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur		1.528	170	2,876	0,066
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		1.076	169	1,933	0,065
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an der Wirbelsäule		986	167	2,279	0,068
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur		460	146	0,995	0,063
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.267	169	2,415	0,068
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		826	172	1,343	0,063
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		680	170	1,289	0,064
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		422	163	0,687	0,062

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC		4.083	170	10,431	0,059
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		3.149	166	8,654	0,056
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC		1.367	166	3,362	0,058
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		1.144	165	3,105	0,060
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		606	172	0,957	0,060
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC		342	171	0,686	0,062
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC		301	166	0,575	0,061
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		980	170	1,857	0,065
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur		649	171	1,457	0,064
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		494	167	1,096	0,063
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		388	165	0,826	0,060
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation		350	168	0,771	0,062
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		271	162	0,572	0,064
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.210	169	1,527	0,069
R36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen		2.708	171	3,209	0,115
R60A	Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie		1.230	166	0,696	0,060
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder schwersten CC		790	162	0,477	0,062

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R60C	Akute myeloische Leukämie mit int. Chemoth., auß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. mit mäß. kompl. Chemoth. mit best. kompliz. Faktoren od. mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik od. KomplBeh. MRE mit Dial. od. auß. schw. CC od. schwerste CC		574	164	0,384	0,063
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. auß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC		371	161	0,319	0,062
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		298	155	0,256	0,061
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		223	164	0,264	0,061
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie, mit Sepsis oder komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC		833	170	1,068	0,064
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimpl., mit auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, od. mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC		559	169	0,630	0,060
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		554	141	0,978	0,081
R61D	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit auß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie, ohne schwerste CC		386	167	0,424	0,061
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplant. oder Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		382	169	0,601	0,059
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre		270	157	0,321	0,099
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranul., ohne Portimpl., ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne auß. schw. CC, mit kompl. Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre		209	170	0,305	0,061

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne kompliz. Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne Komplexbeh. MRE, ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie, ohne auß. schw. CC, ohne kompl. Diagnose, ohne Knochenaffektionen		212	173	0,314	0,062
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		532	169	0,889	0,061
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		330	173	0,485	0,060
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		263	170	0,456	0,061
R63A	Andere akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie		2.090	164	3,163	0,060
R63B	Andere akute Leukämie mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC		1.021	164	0,910	0,078
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		767	155	0,608	0,062
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 auß. schw. CC		575	160	0,622	0,067
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		453	154	0,286	0,066
R63F	Andere akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC		365	159	0,376	0,067
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		271	154	0,225	0,071
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		182	163	0,209	0,069
R65A	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		97	161	0,208	0,098
R65B	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		116	172	0,265	0,098
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur		638	166	1,110	0,062
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag		117	153	0,255	0,111
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit		248	159	0,353	0,057
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation		687	158	0,717	0,067

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation		357	174	0,439	0,059
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC		488	129	0,609	0,063
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC		281	159	0,443	0,062
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte		1.045	174	1,614	0,066
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, mit bestimmtem Eingriff bei Sepsis		821	184	1,218	0,064
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne bestimmten Eingriff oder außer bei Sepsis		426	174	0,644	0,058
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.		1.459	168	1,309	0,127
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten		617	166	0,432	0,058
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		724	167	0,684	0,077
T60B	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. äuß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para- / Tetraplegie		430	163	0,434	0,072
T60C	Sepsis mit kompliz. Konst. od. b. Z. n. Organtranspl., oh. auß. schw. CC, oh. int. Komplexbeh. > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. oh. kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter > 15 J., oh. Para- / Tetraplegie		496	166	0,541	0,069
T60D	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre		259	161	0,257	0,072
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, mehr als ein Belegungstag		318	169	0,379	0,064
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme		192	163	0,341	0,174
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ein Belegungstag		150	155	0,302	0,167
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen		186	166	0,238	0,059

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre		277	159	0,386	0,062
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre		165	175	0,278	0,066
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation		378	161	0,336	0,073
T63B	Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation		288	162	0,342	0,059
T63C	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation		149	177	0,229	0,065
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre		243	159	0,269	0,073
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag		300	166	0,404	0,062
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose		216	182	0,310	0,064
T77Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten		497	166	0,494	0,064
U01Z	Geschlechtsumwandelnde Operation	x	593	138	1,206	0,054
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen		436	125	0,286	0,055
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	x	420	137	0,193	0,052
U42Z	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	x	367	162	0,259	0,054
U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre	x	704	133	0,185	0,052
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		108	157	0,235	0,104
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		109	172	0,225	0,116
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen		232	110	0,341	0,073
U63Z	Schwere affektive Störungen		255	146	0,404	0,063
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen		244	168	0,443	0,067
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit		220	180	0,362	0,065
V40Z	Qualifizierter Entzug		274	153	0,226	0,056
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit		261	160	0,338	0,085
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit		142	175	0,230	0,095
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug		184	130	0,271	0,085
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit		183	128	0,264	0,133
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit		172	157	0,258	0,202
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder bestimmten Eingriffen oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung >392/ 368 / 552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation	x	3.781	143	4,821	0,078

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
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		2.723	166	4,314	0,119
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		1.406	167	2,235	0,107
W02A	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen		1.552	167	3,049	0,068
W02B	Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen		1.004	165	1,842	0,068
W04A	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen		1.235	165	2,393	0,074
W04B	Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen		814	167	1,400	0,072
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	x	1.958	135	2,601	0,060
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta		3.069	166	4,314	0,146
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	x	890	108	0,513	0,055
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme		442	164	1,014	0,247
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose		455	157	0,609	0,088
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose		395	161	0,544	0,075
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		998	167	1,429	0,060
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		497	164	0,839	0,057
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne komplexer Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schw. CC oder 1 BT		233	138	0,495	0,064
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität		282	156	0,526	0,064
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff		258	132	0,543	0,065
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff		188	116	0,385	0,068

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC		661	170	0,994	0,069
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff		298	172	0,548	0,064
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff		215	166	0,411	0,065
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers		1.847	155	4,446	0,062
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe		886	133	2,108	0,064
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten		1.492	167	2,445	0,069
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen		132	182	0,233	0,083
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata		169	184	0,263	0,093
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung		119	172	0,210	0,112
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	x	3.340	165	4,421	0,143
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		1.968	162	2,819	0,088
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.		913	156	1,227	0,076
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.		539	116	1,008	0,057
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.		505	161	0,723	0,064
Y03A	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC		268	159	0,456	0,063
Y03B	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC		332	154	0,487	0,072
Y61Z	Schwere Verbrennungen	x	420	135	0,574	0,074
Y62A	Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre		139	132	0,177	0,062
Y62B	Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre		184	138	0,214	0,064
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag		90	135	0,176	0,105
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		424	157	0,764	0,066

DRG	Bezeichnung	Un- bewertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne transurethrale Inzision, Exzision, Destruktion und Resektion von Harnblasengewebe		243	173	0,488	0,068
Z02Z	Leberspende (Lebendspende)	x	1.010	137	2,239	0,077
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)		637	156	1,286	0,083
Z04Z	Lungenspende (Lebendspende)	x				
Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender	x	212	114	0,473	0,107
Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender	x	117	113	0,180	0,089
Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	x	197	115	0,384	0,118
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik		279	76	0,467	0,152
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik		292	76	0,504	0,149
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontaktanlass		167	161	0,371	0,084
Z64D	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaktanlass		126	182	0,239	0,075
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung		177	166	0,306	0,066
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende		247	143	0,574	0,095
901A	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.158	170	1,540	0,074
901B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne Strahlentherapie, ohne endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne IntK > 392 / 368 / - Aufwandsp., mit hochkomplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		949	185	1,610	0,065
901C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komplexer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie		761	168	1,164	0,066
901D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, ohne hochkomplexe oder komplexe OR-Prozedur, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie		564	186	0,926	0,063
902Z	Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose		415	183	0,706	0,062
960Z	Nicht gruppierbar					
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose					
962Z	Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea					
963Z	Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht		295	117	0,335	0,102