

InEK

Abschlussbericht

Entwicklung von
Investitionsbewertungs-
relationen (IBR)
gem. § 10 KHG
für das Jahr 2014

Siegburg, den 22. Juli 2014

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 VORBEREITENDE ARBEITEN | 4 |
| 3 METHODISCHER ANSATZ | 6 |
| 3.1 Leistungsorientierung | 6 |
| 3.2 Investitionskosten | 7 |
| 3.3 Modulare Kostengliederung | 8 |
| 3.4 Fallbezug und Kostenbewertung je Entgelt..... | 10 |
| 4 ERHEBUNG VON KOSTENDATEN | 12 |
| 4.1 Beteiligung | 12 |
| 4.2 Umfang der Datenlieferung..... | 13 |
| 4.3 Datenprüfung | 14 |
| 5 KALKULATIONSDATENBASIS | 17 |
| 5.1 Kostendaten | 17 |
| 5.1.1 Datenaufbereitung | 17 |
| 5.1.2 Ergänzungs- und Ersatzwerte | 19 |
| 5.1.3 Datenbasis nach Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen | 19 |
| 5.2 Fallmengen | 20 |
| 5.3 Datenbasis – DRG-Entgeltbereich | 22 |
| 5.3.1 Verfügbare Daten..... | 22 |
| 5.3.2 Fehlende Daten | 24 |
| 5.4 Datenbasis – PEPP-Entgeltbereich | 27 |
| 6 ERGEBNISSE | 30 |
| 6.1 Investitionsbewertungsrelationen | 30 |
| 6.1.1 Bewertungsrelationen für das G-DRG-System 2014..... | 30 |
| 6.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im G-DRG-System 2014 | 30 |
| 6.2 IBR-Bezugsgröße | 31 |
| 7 WEITERENTWICKLUNG | 33 |
| ANHANG | 35 |

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 im Jahr 2013 durchgeführten Erstkalkulation vor.

Den 39 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 Anwendung eines völlig neu entwickelten Kalkulationsansatzes gedankt. Diese Zusammenarbeit ermöglichte dem InEK die erstmalige Erstellung eines IBR-Katalogs zur G-DRG-Version 2014. Aufgrund einer nicht ausreichenden Datenbasis konnten für den PEPP-Entgeltbereich in diesem Jahr leider noch 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 2014. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent machen.

Mit dem Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG) wurde in § 10 KHG ein Entwicklungsauftrag zur Reform der Investitionsfinanzierung definiert. Dadurch soll die Möglichkeit geschaffen werden, die Investitionen der Krankenhäuser (KH) durch leistungsorientierte Investitionspauschalen zu fördern. Die Investitionsfinanzierung der Hochschulkliniken ist zu berücksichtigen. Für Krankenhäuser im DRG-Entgeltbereich sollte die pauschalierte Investitionsförderung ab dem 1. Januar 2012, für Einrichtungen im PEPP-Entgeltbereich ab dem 1. Januar 2014 ermöglicht werden. 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.

Im Rahmen der Entwicklung leistungsorientierter Investitionspauschalen hat der Gesetzgeber 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, bis zum 31. Dezember 2009 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.

Dem gesetzlichen Auftrag folgend haben die Selbstverwaltungspartner am 5. Februar 2010 eine Vereinbarung über die Grundstrukturen von Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung geschlossen. Darin werden Festlegungen zur Ermittlung des Investitionsbedarfs, den für die Kalkulation heranzuziehenden Datenquellen und dem anzuwendenden Kalkulationsverfahren getroffen. Außerdem wurde das InEK mit der Erstellung eines Kalkulationshandbuchs für die Datenerhebung im Krankenhaus beauftragt.

Die Selbstverwaltungspartner werden bei ihrer Aufgabenwahrnehmung durch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) unterstützt. Gem. § 10 Abs. 2 KHG haben die Selbstverwaltungspartner das InEK beauftragt, bundeseinheitliche Investitionsbewertungsrelationen zu entwickeln und zu kalkulieren. Nach umfangreichen Vorarbeiten (Durchführung eines Prä-Tests im Jahr 2011 und einer Probekalkulation im Jahr 2012) erfolgte im Jahr 2013 die Erstkalkulation der Investitionskosten in 39 teilnehmenden Krankenhäusern. Der vorliegende Bericht bezieht sich auf diese Kalkulation. Auf Grundlage der übermittelten Kostendaten konnte das InEK Investitionsbewertungsrelationen für die Fallpauschalen der G-DRG-Version 2014 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 17. Februar 2014 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 2014 am 1. April 2014 inhaltlich konsentiert werden. Interessierte Bundesländer haben damit die Möglichkeit, die Investitionsförderung von Krankenhäusern im DRG-

Entgeltbereich in einem landesindividuell festzulegenden Umfang leistungsorientiert und pauschalierend durchzuführen.

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

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael
Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Ruser
Abteilungsleiter
EDV und Statistik

Siegburg, im Juli 2014

2 Vorbereitende Arbeiten

Die Selbstverwaltungspartner (GKV-Spitzenverband, Verband der Privaten Krankenversicherung, Deutsche Krankenhausgesellschaft) haben in ihrer Vereinbarung vom 5. Februar 2010 die Grundstrukturen von Investitionsbewertungsrelationen und das Verfahren zu ihrer Ermittlung festgelegt und darin u.a. Vorgaben zur Ermittlung des Investitionsbedarfs, den für die Kalkulation heranzuziehenden Datenquellen und dem anzuwendenden Kalkulationsverfahren aufgestellt. Außerdem wurde das InEK mit der Erstellung eines Kalkulationshandbuchs für die Datenerhebung im Krankenhaus beauftragt. Weitere methodische Festlegungen wurden in der aus Vertretern der Selbstverwaltungspartner und dem InEK bestehenden Arbeitsgruppe „Investitionspauschalen“ getroffen.

Für die Entwicklung einer leistungsorientierten und pauschalierenden Investitionsfinanzierung standen auch international keine geeigneten Vorbilder zur Verfügung, sodass ein völlig neuartiger methodischer Ansatz zu konzipieren war. Die zentralen Eckpunkte der Methodik werden in Kapitel 3 dieses Berichts vorgestellt. Zur Prüfung der Umsetzbarkeit der Methodik sowohl bei der Aufbereitung der benötigten Daten im Krankenhaus als auch der Berechnung der Bewertungsrelationen durch das InEK wurden im Jahr 2011 ein Prä-Test und im Jahr 2012 eine Probekalkulation durchgeführt (siehe Abb. 1).

| Prä-Test | Probekalkulation | Erstkalkulation |
|--|--|--|
| Kalkulation 2011 | Kalkulation 2012 | Kalkulation 2013 |
| Kalkulationsmodell im ersten Praxistest | Erste breite Anwendung | Erprobte Anwendung |
| Begrenzter Teilnehmerkreis: 14 Krankenhäuser | Erweiterter Teilnehmerkreis: 23 Krankenhäuser, davon 13 Erstteilnehmer | Teilnehmerkreis mit Praxiserfahrung: 39 Krankenhäuser, davon 18 Erstteilnehmer |
| Erkennen von Anpassungsbedarf | „Internes“ Ergebnis | „Offizielles“ Ergebnis |

Abbildung 1: Vorbereitende Datenerhebungen und Erstkalkulation

Im Rahmen des von April bis November 2011 durchgeführten Prä-Tests bereiteten 14 interessierte Krankenhäuser Kalkulationsdaten auf und übermittelten diese an das InEK. Grundlage der Arbeiten in den Krankenhäusern war das im Dezember 2010 vom InEK in einer ersten Fassung vorgelegte Kalkulationshandbuch. Der Prä-Test sollte Erkenntnisse über die Umsetzbarkeit der Kalkulationsregeln im Krankenhaus, das Verfahren der Datenübermittlung und die Struktur des Datensatzes sowie die weitere Verarbeitung der übermittelten Daten im InEK liefern, um ggf. Anpassungen der bis dahin konzipierten Methodik vornehmen zu können.

Ausgehend von den Erfahrungsberichten der Kalkulationsteilnehmer und den im InEK gewonnenen Erkenntnissen wurde in mehreren Workshops mit den Kalkulationshäusern der Anpassungsbedarf für das Kalkulationshandbuch erarbeitet. Nach Abstimmung

mit den Selbstverwaltungspartnern wurde das überarbeitete Kalkulationshandbuch am 9. März 2012 in der Version 1.0 veröffentlicht. Es diente auch als Grundlage für die im Jahr 2012 durchgeführte Probekalkulation, bei der 23 freiwillig teilnehmende Krankenhäuser Kalkulationsdaten übermittelten. Der erweiterte Teilnehmerkreis ermöglichte eine breitere Einbeziehung von Krankenhäusern mit unterschiedlich umfangreichem Investitionsgeschehen.

Dabei zeigte sich, dass die Teilnehmer unabhängig von ihrer Kalkulationserfahrung (ggf. auch der Beteiligung an anderen Datenerhebungen des InEK) ohne größere Schwierigkeiten die Anforderungen des Kalkulationsverfahrens umsetzen konnten. Im Vergleich zur Kalkulation der Behandlungskosten im DRG- bzw. PEPP-Entgeltbereich weist die Datenerhebung für die Investitionsbewertungsrelationen eine deutlich reduzierte Komplexität auf und kann ohne spezifische Kalkulationssoftware mit Hilfe von Standard-Softwareprogrammen umgesetzt werden.

Die von den Teilnehmern übermittelten Kalkulationsdaten wurden im InEK zu einem internen Ergebnis verarbeitet, das vereinbarungsgemäß nicht veröffentlicht wurde. Die Kalkulationsdaten dienten vielmehr dem Zweck, das gesamte Kalkulationsverfahren einem Anwendungstest zu unterziehen und die im InEK entwickelten Datenbankstrukturen zu testen und ggf. anzupassen.

Im Dezember 2012 führte das InEK eine zentrale Informationsveranstaltung in Frankfurt am Main durch, bei der die Ziele der Datenerhebung und die Grundzüge des Kalkulationsverfahrens im Krankenhaus vorgestellt wurden. An der Veranstaltung nahmen ca. 80 interessierte Krankenhäuser teil.

3 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.

3.1 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.

3.2 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.

3.3 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 (62 Anlagenkonten für die Erstkalkulation), 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 krankenhausesindividuelle 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.

3.4 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 Leistungsbezeichnern (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.

4 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.

4.1 Beteiligung

Für die Erstkalkulation der Investitionskosten hatten 45 Krankenhäuser eine Vereinbarung mit dem InEK geschlossen, davon hatten 39 Krankenhäuser während der Datenerhebungsphase zwischen dem 31. Juli und dem 15. September 2013 Kalkulationsdaten an das InEK übermittelt. Die meisten der Krankenhäuser verfügten bereits über Kalkulationserfahrungen aus der Teilnahme an den Kostenkalkulationen zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems. Etwa die Hälfte der Teilnehmer beteiligten sich zuvor schon an der im Jahr 2012 durchgeführten Probekalkulation der Investitionskosten (vgl. Tab. 1).

| Kalkulationskrankenhäuser | Anzahl |
|--|--------|
| Krankenhäuser mit Datenlieferung | 39 |
| davon Teilnehmer IBR-Probekalkulation | 21 |
| davon Teilnehmer DRG-/PEPP-Kalkulation | 34 |
| davon Teilnehmer nur IBR-Kalkulation | 5 |

Tabelle 1: Kalkulationskrankenhäuser der IBR-Datenerhebung (Datenjahr 2012)

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

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

Tabelle 2: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach dem Bundesland der Krankenhäuser

Mit 15 Teilnehmern stellt Nordrhein-Westfalen den mit Abstand größten Anteil der Krankenhäuser (ca. 40%). Aus weiteren 11 Bundesländern haben ein bis vier Krankenhäuser Daten geliefert. Aus den Bundesländern Berlin, 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. Neun Teilnehmer haben Daten sowohl für den DRG- als auch den PEPP-Entgeltbereich zur Verfügung gestellt.

| Entgeltbereich | Anzahl Krankenhäuser |
|---|----------------------|
| Datenübermittlung für den DRG-Entgeltbereich | 38 |
| Datenübermittlung für den PEPP-Entgeltbereich | 10 |

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

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

| Trägerschaft | Anzahl Krankenhäuser |
|--|----------------------|
| Frei-gemeinnützig | 20 |
| Öffentlich davon Universitätskliniken | 19 4 |
| Privat | 0 |

Tabelle 4: Zusammensetzung der Datenerhebungen nach der Trägerschaft der Krankenhäuser

4.2 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 Erstkalkulation das Jahr 2012).
- Die Kosten müssen mit Investitionsmaßnahmen in Verbindung stehen, die innerhalb des für die Erhebung gültigen Kalkulationszeitraums durchgeführt wurden. Der für die Erstkalkulation gültige Kalkulationszeitraum umfasst die Jahre

2006 bis 2012. 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).

4.3 Datenprüfung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Für die Erstkalkulation ist im Hinblick auf die Festlegung plausibler Wertekorridore zu berücksichtigen, dass sich Maßstäbe zur Einschätzung der Datenqualität erst aus den im Zeitablauf übermittelten Daten entwickeln lassen. 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 |
|---|-----------------------------------|
| Falsche Kontozuordnung mit daraus folgender falscher Kostenverrechnung (abweichende Nutzungsdauer, Verteilschlüssel) | 23 |
| Leistungsmenge fehlt oder falsch mit erheblichen Auswirkungen auf die Kostensatzberechnung (fehlerhafte Fallauswahl des KH) | 3 |
| Auffälliger Kostensatz (Abweichung von plausiblen Grenzen > 100 %) mit dominierendem Einfluss auf den mittleren Modulkostensatz | 1 |
| Fehlerhafte Kostenübermittlung (Kennzeichnung Miete/AHK) | 1 |

Tabelle 5: Plausibilitätsprüfungen: Ausschlussgründe und Anzahl der ausgeschlossenen Modulwerte

5 Kalkulationsdatenbasis

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

5.1 Kostendaten

5.1.1 Datenaufbereitung

Die Aufbereitung der von den Kalkulationskrankenhäusern übermittelten Datensätze beinhaltet verschiedene Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen. Die nachfolgende Abbildung 2 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. 4.3), wurden aus der Kalkulationsdatenbasis ausgeschlossen.

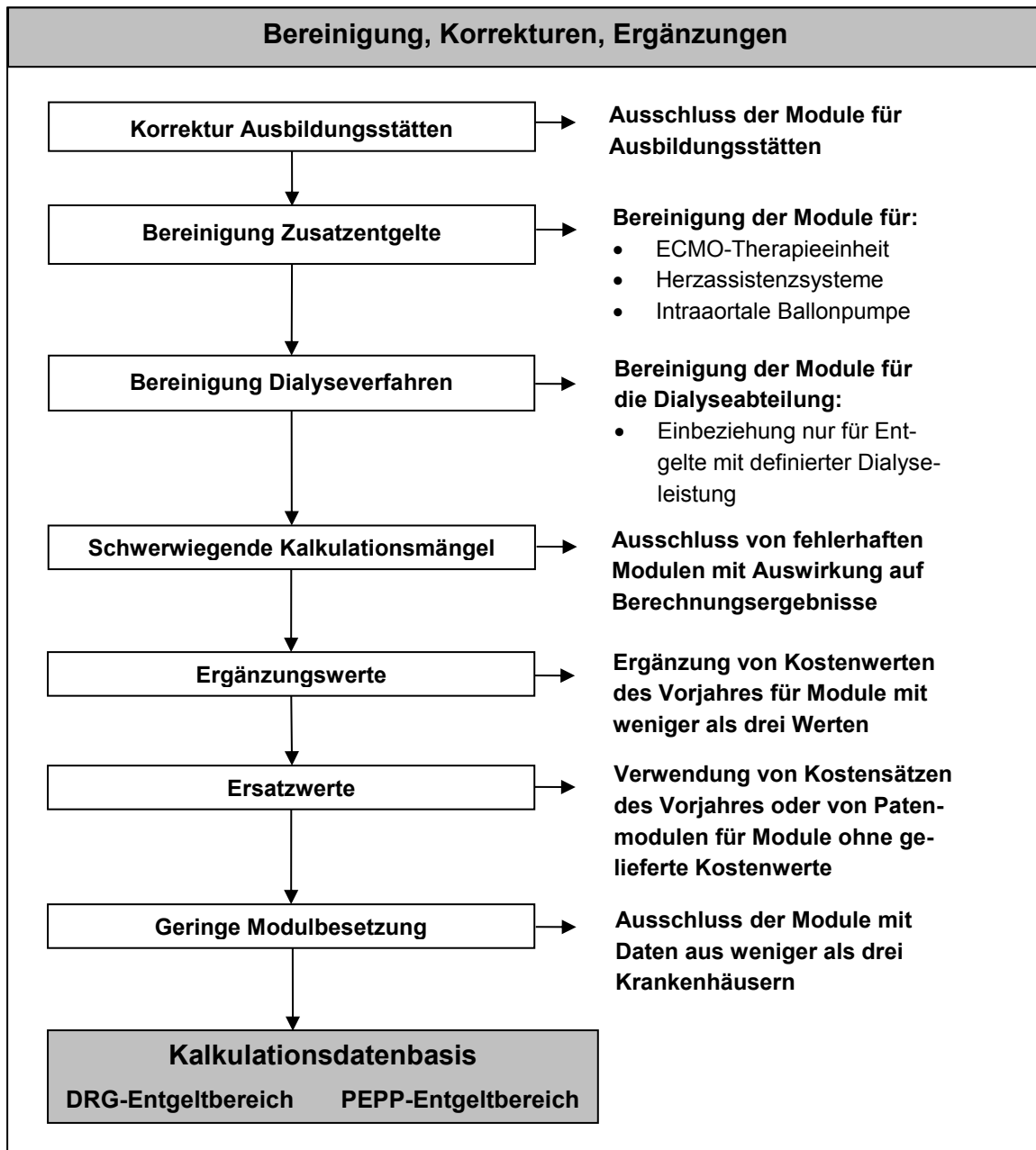


Abbildung 2: Übersicht Prozess – Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

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 (Probekalkulation) oder die Möglichkeit zur Bestimmung eines geeigneten Patentmoduls (für nähere Erläuterungen zu Ergänzungs- und Ersatzwerten siehe Kap. 5.1.2).

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

5.1.2 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 Probekalkulation des Vorjahres (Datenjahr 2011, Kalkulationszeitraum 2005–2011) zur Verfügung.

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

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

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

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

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

5.1.3 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 | 6 |
| Zusatzentgelte | 21 |
| Geringe Modulbesetzung | 104 |
| Ergänzungs- und Ersatzwerte | 34 |

Tabelle 6: Module mit Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

Die Angaben in der Spalte „Anzahl Module“ beziehen sich auf die für die Erstkalkulation 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 5.3 für den DRG-Entgeltbereich und Kapitel 5.4 für den PEPP-Entgeltbereich.

5.2 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 | 1.568 |
| Anzahl Fälle | 21.061.351 |

Tabelle 7: Umfang der Datenlieferung gem. § 21 KHEntgG, Datenerhebung 2012 (Stand: 31. Mai 2013)

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. 6.2).

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 | 39 |
| Anzahl Modulkostenwerte | 1.583 |
| Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge) | 936.367 |

Tabelle 8: Umfang der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2012

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

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

Fälle der DRG- bzw. PEPP-Kalkulation

Für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen diente die Menge der für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems verwendeten Kalkulationsfälle als Ausgangspunkt für die Bewertung mit Investitionskosten. Die aus den Datenlieferungen für das Datenjahr 2013 zur Verfügung stehenden Fallmengen gibt Tabelle 9 wieder.

| Kriterium | DRG-Kalkulation | PEPP-Kalkulation |
|----------------------------------|-----------------|------------------|
| Anzahl Krankenhäuser | 244 | 66 |
| Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge) | 3.534.247 | 169.107 |

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.

5.3 Datenbasis – DRG-Entgeltbereich

5.3.1 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.

Die Gesamtanzahl der Investitionskostenmodule, die die Anlagenausstattung des DRG-Entgeltbereichs im Krankenhaus umfassend beschreiben und für eine vollständige Kostendatenbasis zur IBR-Berechnung benötigt werden, betrug bei der Erstkalkulation 205. 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 205 Module gelieferten Kostenwerte (Modulbesetzung) zeigt Abbildung 3:

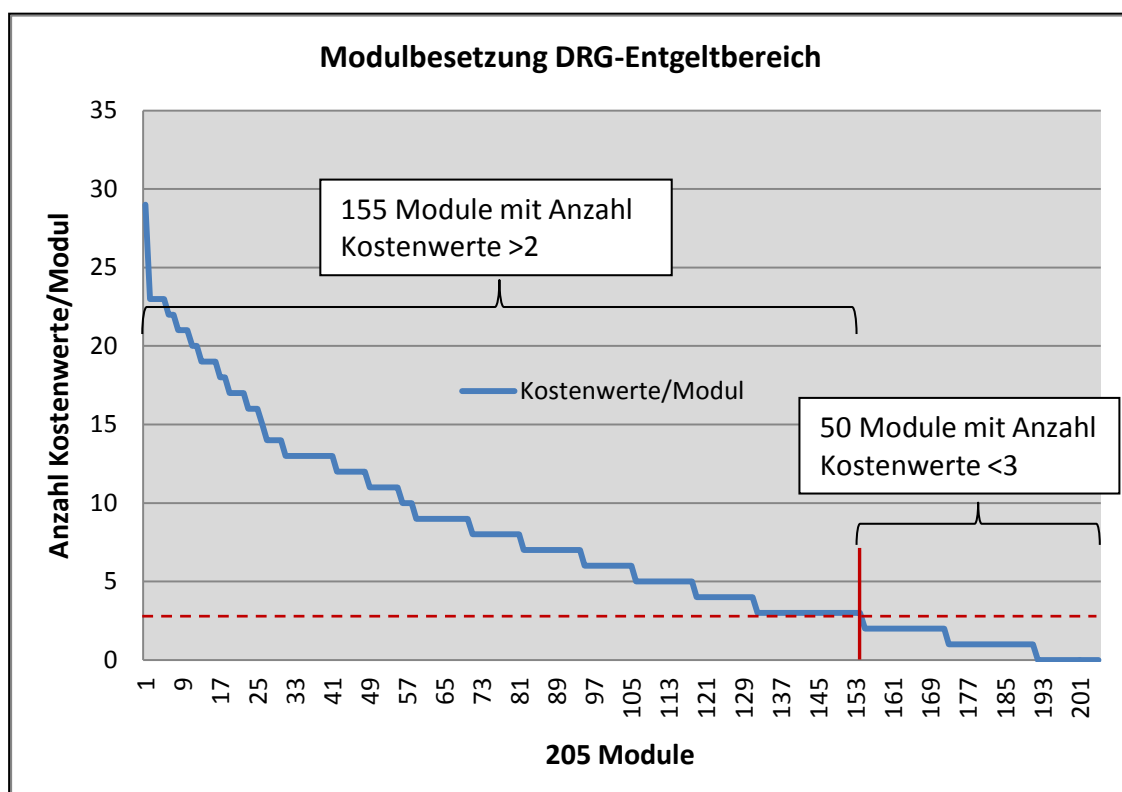


Abbildung 3: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

Für 155 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 50 Module weniger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 50 Module zeigt Tabelle 10 im Einzelnen:

| Module | Anzahl |
|---------------------------|--------|
| Module mit 0 Kostenwerten | 14 |
| Module mit 1 Kostenwert | 19 |
| Module mit 2 Kostenwerten | 17 |
| Gesamt von 205 | 50 |

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 34 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 Vorjahr Insgesamt 33 von den KH im Vorjahr gelieferte Kostenwerte | 15 |
| Ersatzwerte Vorjahr Modulkostensätze für dasselbe Modul | 1 |
| Ersatzwerte Datenjahr Modulkostensätze eines Patenmoduls | 18 |

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

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

| Module | Anzahl |
|--|--------|
| Benötigte Module | 205 |
| abzgl. Module mit <3 Kostenwerten | 50 |
| zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten | 34 |
| Für Kalkulation verwendbare Module | 189 |
| Saldo: fehlende Module | 16 |

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

Für 189 von benötigten 205 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 189 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 16 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 5.3.2.

5.3.2 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 Erstkalkulation ist der unterstützende Beitrag der Vorjahresdaten jedoch aufgrund der schmalen Datenbasis der Probekalkulation eingeschränkt.

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 Erstkalkulation konnten für 16 Module keine Kosten in die IBR-Berechnung einbezogen werden, da die Anzahl der gelieferten Kostenwerte nicht ausreichte und keine

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

| KStGr | KStGr Bezeichnung | Konto | Konto Bezeichnung | Status Datenlieferung |
|-------|------------------------|---------|---------------------------------|---------------------------------------|
| 1 | Normalstation | 6010000 | Techn. Anl. Nuklearmedizin | weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte |
| 4 | OP-Bereich | 7006110 | Spezial-MT Zahnheilkunde | kein Kostenwert geliefert |
| 11 | Übrige Diag./Ther. | 7006110 | Spezial-MT Zahnheilkunde | weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte |
| 9 | Radiologie | 7006070 | OP-Navigation-/Stereotaxiegerät | kein Kostenwert geliefert |
| 11 | Übrige Diag./Ther. | 7014010 | Spezial-MT Psychotherapie | weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte |
| 1 | Normalstation | 7006080 | Spezial-MT Augenheilkunde | weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte |
| 6 | Kreißsaal | 7013010 | Med. Ausstattung Therapiegeräte | weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte |
| 7 | Kardiolog. Diag./Ther. | 7006030 | OP-Tisch | kein Kostenwert geliefert |
| 4 | OP-Bereich | 7001030 | Basis-Ausstattung 15J | weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte |
| 5 | Anästhesie | 7001030 | Basis-Ausstattung 15J | weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte |
| 6 | Kreißsaal | 7001030 | Basis-Ausstattung 15J | kein Kostenwert geliefert |
| 7 | Kardiolog. Diag./Ther. | 7001030 | Basis-Ausstattung 15J | kein Kostenwert geliefert |
| 8 | Endoskop. Diag./Ther. | 7001030 | Basis-Ausstattung 15J | kein Kostenwert geliefert |
| 9 | Radiologie | 7001030 | Basis-Ausstattung 15J | kein Kostenwert geliefert |
| 10 | Laboratorien | 7001030 | Basis-Ausstattung 15J | kein Kostenwert geliefert |
| 11 | Übrige Diag./Ther. | 7001030 | Basis-Ausstattung 15J | weniger als 3 akzeptierte Kostenwerte |

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

Hinsichtlich der Bedeutung der durch die fehlenden Kosten vorliegenden Datenlücke für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen lassen sich die 16 Module in drei Gruppen unterscheiden:

Gruppe 1 umfasst Module für besondere Ausstattung, die für eine spezialisierte Leistungserbringung eingesetzt wird (siehe Tab. 14).

| KStGr | KStGr Bezeichnung | Konto | Konto Bezeichnung | Ausstattung / Fallspektrum |
|-------|--------------------|---------|----------------------------------|---|
| 1 | Normalstation | 6010000 | Techn. Anl. Nuklearmedizin | Anlagen zur Aufbereitung radioaktiv belasteter Abwässer, Abklinganlage; betrifft im Wesentlichen Fälle mit Radiojodtherapie (Basis-DRGs K15, Z64, H16) |
| 4 | OP-Bereich | 7006110 | Spezial-MT Zahnheilkunde | z.B. Behandlungseinheit, Bohr-/Lasengeräte; betrifft im Wesentlichen stationär zur zahnmed./ kieferchir. Behandlung aufgenommene Fälle (DRG D40Z) |
| 11 | Übrige Diag./Ther. | 7006110 | Spezial-MT Zahnheilkunde | |
| 9 | Radiologie | 7006070 | OP-Navigations-/Stereotaxiegerät | OP-Navigations-/Stereotaxiegeräte, in diesem Modul Ausstattung für Strahlentherapie; betrifft Fälle mit stereotakt. Bestrahlung (DRGs B15Z, B16Z, H15Z) |

Tabelle 14: Module ohne Kosten (Gruppe 1): Ausstattung für spezialisierte Leistungserbringung

Bei entsprechender Leistungserbringung können Investitionskosten für die erforderliche Ausstattung nicht in die Bewertung einfließen. Die Datenlücke ist bei den betroffenen Entgelten kostenmäßig nicht quantifizierbar. Ihre Bedeutung ist individuell je Entgelt einzuschätzen.

Zu Gruppe 2 zählen Module, deren Ausstattung in Anspruch genommen werden kann, wenn die Leistung in dem betreffenden Leistungsbereich erbracht wird (siehe Tab. 15).

| KStGr | KStGr Bezeichnung | Konto | Konto Bezeichnung | Ausstattung / Fallspektrum |
|-------|------------------------|---------|---------------------------------|--|
| 1 | Normalstation | 7006080 | Spezial-MT Augenheilkunde | z.B. Lasergeräte, Untersuchungs-/Messgeräte, Mikroskope; Kosten dieser Ausstattung liegen für OP-Bereich und übr. Diagnostik/Therapie vor; Einsatzumfang auf Normalstation fraglich; betrifft grds. alle Fälle mit Augenerkrankung |
| 6 | Kreißaal | 7013010 | Med. Ausstattung Therapiegeräte | in diesem Modul werden Gebärwannen zugeordnet; Gebärstuhl (Modul 6_07002070) und weitere geburtshilf. Ausstattung in anderen Modulen enthalten |
| 7 | Kardiolog. Diag./Ther. | 7006030 | OP-Tisch | OP-Tisch einschl. Säule und Zubehör; Patientenlage-rungsaufgabe i.d.R. Systembestandteil der kardiolog. Ausstattung (z.B. Herzkathetermessplatz); Kosten dann in Modul 7_07009010 erfasst |
| 11 | Übrige Diag./Ther. | 7014010 | Spezial-MT Psychotherapie | z.B. Biofeedbackgeräte, Geräte für psychol. Testverfahren, EKT-Geräte; betrifft grds. Fälle mit psych. Krankheitsbild, überwiegender Einsatz in KStGr 21-26 |

Tabelle 15: Module ohne Kosten (Gruppe 2): Ausstattung mit der Möglichkeit alternativer Modulzuordnung

Die Ausstattung der aufgeführten Module ist weitgehend durch weitere Module in anderen Leistungsbereichen (z.B. Spezial-MT Augenheilkunde) oder anderen Anlagenkonten (z.B. Gebärwanne/Gebärstuhl) abgebildet oder kann als Teil einer Gerätekombination einem anderen Anlagenkonto (und damit Modul) zugeordnet sein (z.B. OP-Tisch im Leistungsbereich Kardiologie).

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

Gruppe 3 beinhaltet Module für Anlagenausstattung, deren Vorhandensein im Krankenhaus nicht vorausgesetzt werden kann (siehe Tab. 16).

| KStGr | KStGr Bezeichnung | Konto | Konto Bezeichnung | Ausstattung / Fallspektrum |
|-------|------------------------|---------|-----------------------|---|
| 4 | OP-Bereich | 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 |
| 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 16: Module ohne Kosten (Gruppe 3): Nicht als notwendig anzusehende Ausstattung

Die dem Anlagenkonto „Basis-Ausstattung“ zuzuordnenden Anlagegüter sind nicht als für die Patientenversorgung notwendiger Teil der Ausstattung im Krankenhaus anzusehen. Fehlende Kosten für diese Module bedeuten demzufolge keine Bewertungslücke in der IBR-Berechnung.

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

5.4 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.

Die Gesamtzahl der Investitionskostenmodule, die die Anlagenausstattung des PEPP-Entgeltbereichs im Krankenhaus umfassend beschreiben und für eine vollständige Kostendatenbasis zur IBR-Berechnung benötigt werden, betrug bei der Erstkalkulation 84. 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 4:

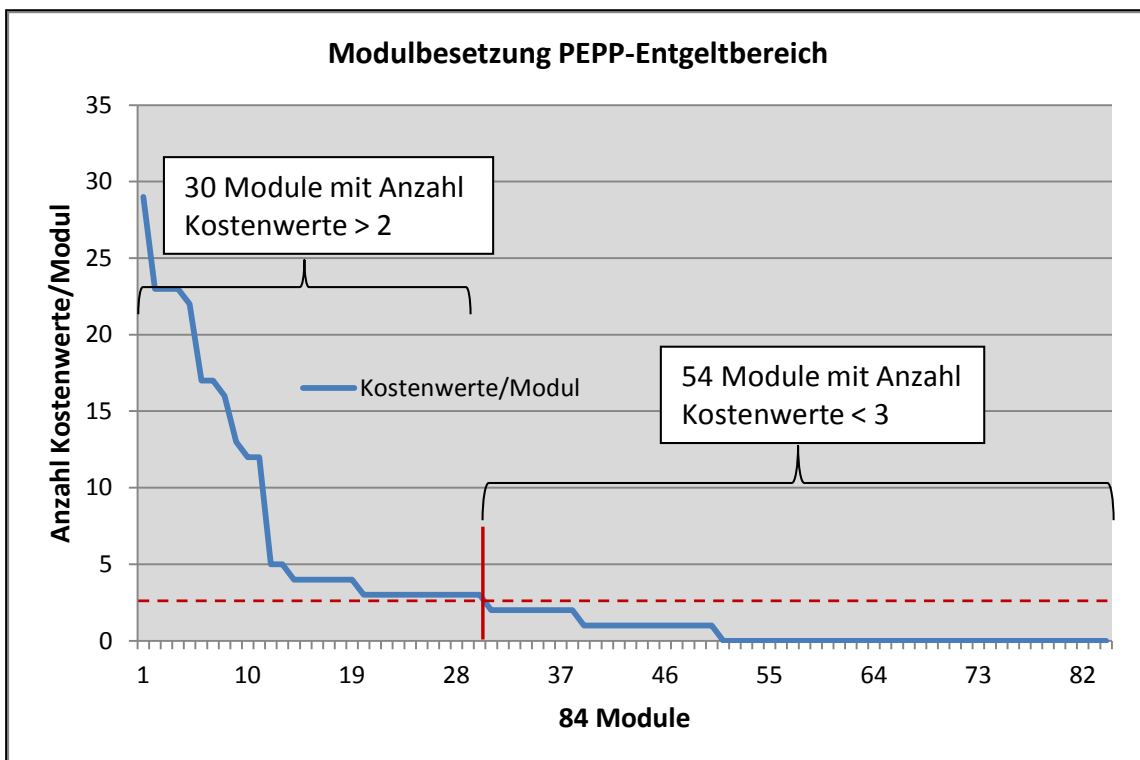


Abbildung 4: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module

Für 30 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 54 Module weniger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 54 Module zeigt Tabelle 17 im Einzelnen:

| Module | Anzahl |
|---------------------------|--------|
| Module mit 0 Kostenwerten | 34 |
| Module mit 1 Kostenwert | 12 |
| Module mit 2 Kostenwerten | 8 |
| Gesamt von 84 | 54 |

Tabelle 17: 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 Probekalkulation des Vorjahres standen jedoch keine geeigneten Ergänzungs- oder Ersatzwerte zur Verfügung. Auch ließen sich keine geeigneten Patenmodule aus den zum PEPP-Entgeltbereich zählenden Modulen der aktuellen Datenbasis bestimmen.

Eine Gegenüberstellung der für die IBR-Berechnung im PEPP-Entgeltbereich benötigten Datenbasis mit den aus der Datenerhebung für die Berechnung verfügbaren Modulen unter Berücksichtigung der geforderten Mindest-Modulbesetzung zeigt Tabelle 18:

| Module | Anzahl |
|--|--------|
| Benötigte Module | 84 |
| abzgl. Module mit <3 Kostenwerten | 54 |
| zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten | 0 |
| Für Kalkulation verwendbare Module | 30 |
| Saldo: fehlende Module | 54 |

Tabelle 18: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Für die IBR-Berechnung benötigte und verwendbare Module

Für 30 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 30 zum PEPP-Entgeltbereich zählenden Modulen (darunter 13 Module der Basis-Kostenstellengruppe 30) mit einer ausreichenden Anzahl an Kostenwerten standen nach Abschluss der Datenerhebung 54 Module gegenüber, bei denen der Umfang der übermittelten Kostenwerte nicht den an die Kalkulationsdatenbasis gestellten Anforde-

rungen 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. 10 teilnehmende Einrichtungen übermittelten für 71 benötigte Module (Module der Kostenstellengruppen 21–26, ohne Kostenstellengruppe 30) insgesamt 87 nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte (dabei wurde lediglich ein gelieferter Kostenwert im Zuge der Plausibilitätsprüfungen ausgeschlossen).

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

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

6 Ergebnisse

6.1 Investitionsbewertungsrelationen

6.1.1 Bewertungsrelationen für das G-DRG-System 2014

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des G-DRG-Systems 2014 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.

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 6.2 erläutert.

Unter Verwendung der Bezugsgröße und des arithmetischen Kostenmittelwerts je DRG wurde eine Bewertungsrelation berechnet, die für die Versorgung in Hauptabteilungen und Belegabteilungen gleichermaßen Gültigkeit besitzt. Verweildauerabhängige Zu- oder Abschläge sind gemäß Vereinbarung nicht vorgesehen und wurden daher nicht berechnet.

Zusätzlich wurde auch für diejenigen Fallgruppen eine Investitionsbewertungsrelation berechnet, die als unbewertete Fallpauschalen im DRG-Entgeltkatalog in Anlage 3a (vollstationäre Versorgung) bzw. in Anlage 3b (teilstationäre Versorgung) aufgeführt sind. Der IBR-Katalog enthält für diese Entgelte neben der fallbezogenen Bewertungsrelation ergänzend zur Unterstützung im Abrechnungsverkehr eine auf die mittlere Verweildauer der Fälle der jeweiligen Fallpauschale berechnete tagesbezogene Bewertungsrelation.

6.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im G-DRG-System 2014

Von den im G-DRG-System 2014 definierten Zusatzentgelten (ZE) kamen für die Berechnung einer Investitionsbewertungsrelation diejenigen Leistungen in Frage, deren Erstellung den Einsatz spezieller Anlagenausstattung erfordert. Nach eingehender Prüfung der vorliegenden Daten wurden für Dialysen und verwandte Verfahren, die als Zusatzentgelt in Anlage 2 zum DRG-Fallpauschalenkatalog aufgeführt sind, ZE-bezogene Investitionsbewertungsrelationen berechnet.

Analog zur Vorgehensweise bei der Berechnung für die Zusatzentgelte des DRG-Katalogs dienten die für die Kostenstellengruppe 3 (Dialyseabteilung) übermittelten Investitionskosten als Grundlage der Berechnung. Tabelle 19 zeigt die für die benötigten Module vorliegenden Kostenwerte:

| Datenbasis der IBR-Berechnung für Dialysen und verwandte Verfahren | | | | |
|--|-------------------|---------|----------------------------|-------------|
| Module | | | | Anzahl |
| KStGr | KStGr Bezeichnung | Konto | Konto Bezeichnung | Kostenwerte |
| 3 | Dialyseabteilung | 1100000 | Betriebsbauten | 3 |
| 3 | Dialyseabteilung | 6000000 | Techn. Anl. Betriebsbauten | 1 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7001020 | Basis 5J | 0 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7001020 | Basis 10J | 2 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7001030 | Basis 15J | 1 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7001040 | Mobiliar | 3 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7001050 | DV-PC/Endgeräte | 3 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7002010 | Med. Stationsausst. | 2 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7002020 | Patientenbetten/-liegen | 1 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7002030 | Infusionspumpen | 1 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7002040 | Patientenmonitoring | 1 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7002050 | Funktionsdiagnostik | 2 |
| 3 | Dialyseabteilung | 7005010 | Dialyse-/ersatzverfahren | 6 |
| 3 | Dialyseabteilung | 9020000 | Software (fremd) | 4 |

Tabelle 19: Datenbasis der IBR-Berechnung für Dialysen und verwandte Verfahren

Ergänzungs- oder Ersatzwerte konnten aufgrund der spezifisch auf Dialyseleistungen bezogenen Kostensatzberechnung für die Module der Kostenstellengruppe 3 nicht herangezogen werden. Obwohl also für einige 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. Grundsätzlich dienen die Kosten aller in Tabelle 19 aufgeführten Module als Grundlage für die Bewertung der einzelnen ZE-relevanten Dialyseleistungen. Die Kosten von Modul 3_7005010, dem die Dialysemaschinen zugeordnet sind, wurden jedoch bei der Bewertung der Leistung *Peritonealdialyse, kontinuierlich, nicht maschinell unterstützt (CAPD)* nicht berücksichtigt, da bei diesem Verfahren keine Dialysemaschinen zum Einsatz kommen.

6.2 IBR-Bezugsgröße

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

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

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

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

Summe der Bewertungsrelationen = Fallzahl der Datenerhebung gem. § 21 KHEntgG
bzw. Summe der Bewertungsrelationen / Fallzahl = 1,0

Auf dieser Grundlage beträgt die für den DRG-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall 286,06 €.

7 Weiterentwicklung

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

Beteiligung an der Datenerhebung

Die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen erfordert valide und aktuelle Kosteninformationen zu den von den Krankenhäusern realisierten Investitionsmaßnahmen. Die von den Teilnehmern an der IBR-Kalkulation freiwillig übermittelten Investitionskosten bildeten dafür die entscheidende Grundlage. Die Datenlieferungen der 39 Kalkulationskrankenhäuser führten für den DRG-Entgeltbereich zu einer annähernd vollständigen Kalkulationsdatenbasis, während die für den PEPP-Entgeltbereich übermittelte Datenbasis für die IBR-Berechnung nicht ausreichte.

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

Datenaufbereitung

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

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

Kalkulationsmethodik

Im IBR-Katalog für 2014 wurde für jede DRG-Fallpauschale eine Investitionsbewertungsrelation ausgewiesen, die sich auf einen kostendurchschnittlichen Fall dieser DRG bezieht. Der Prozessbetrachtung beim Einsatz der Anlagenausstattung folgend, setzt sich der einer Investitionsbewertungsrelation zugrunde liegende Kostenwert aus (überwiegend) fallbezogen anfallenden Kostenanteilen und (überwiegend) tagesbezogen in Abhängigkeit von der Verweildauer entstehenden Kostenanteilen zusammen. Der jeweilige Beitrag dieser Kostenanteile zur Bewertungsrelation ist bei den einzelnen Entgelten ungleich verteilt, ohne dass jedoch wie im Entgeltsystem ein den Verweildauereinfluss korrigierender Mechanismus (Festlegung einer oberen/unteren Verweildauer) etabliert ist. Durch die getrennte Berechnung einer fallbezogenen Bewertungsrelation auf Basis des fallabhängigen Kostenanteils und einer tagesbezogenen Bewertungsrelation für den verweildauerabhängigen Kostenanteil je Entgelt könnte eine besser auf das tatsächliche Leistungsgeschehen in den Krankenhäusern ausgerichtete Bewertung erreicht werden.

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1-1:

Module mit Verwendung von Ergänzungswerten aus der Datenerhebung des Vorjahres

Tabelle A-1-2:

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

Tabelle A-2:

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

Tabelle A-1-1:

Module mit Verwendung von Ergänzungswerten aus der Datenerhebung des Vorjahres

| KStGr | KStGr Bezeichnung | Module | | Anzahl Kostenwerte |
|-------|------------------------|---------|-------------------------------|-----------------------|
| | | Konto | Konto Bezeichnung | |
| 1 | Normalstation | 7001030 | Basis-Ausstattung 15J | 4 |
| 5 | Anästhesie | 7001020 | Basis-Ausstattung 10J | 1 |
| 6 | Kreißaal | 1100000 | Betriebsbauten | 1 |
| 6 | Kreißaal | 7001010 | Basis-Ausstattung 5J | 1 |
| 6 | Kreißaal | 7001020 | Basis-Ausstattung 10J | 1 |
| 6 | Kreißaal | 7001040 | Mobiliar | 2 |
| 6 | Kreißaal | 7001050 | DV-PC/Endgeräte | 6 |
| 6 | Kreißaal | 7002040 | Patientenmonitoring | 4 |
| 6 | Kreißaal | 7002070 | Tisch/Stuhl - Unters./Interv. | 1 |
| 7 | Kardiolog. Diag./Ther. | 7001010 | Basis-Ausstattung 5J | 2 |
| 7 | Kardiolog. Diag./Ther. | 7002030 | Infusionspumpen | 3 |
| 8 | Endoskop. Diag./Ther. | 7001010 | Basis-Ausstattung 5J | 2 |
| 8 | Endoskop. Diag./Ther. | 7002030 | Infusionspumpen | 1 |
| 8 | Endoskop. Diag./Ther. | 7002070 | Tisch/Stuhl - Unters./Interv. | 3 |
| 9 | Radiologie | 7011090 | Strahlenther. - Beschleuniger | 1 |

Tabelle A-1-2:

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

| KStGr | KStGr Bezeichnung | Module | | Herkunft Datenerhebung | Herkunft Modul | Bemerkung |
|-------|------------------------|---------|-------------------------------|---------------------------|-------------------|---|
| | | Konto | Konto Bezeichnung | | | |
| 2 | Intensivstation | 7001030 | Basis 15J | Datenjahr | 1_7001030 | |
| 2 | Intensivstation | 7013010 | Med. Ausstatt. Therapiegeräte | Datenjahr | 1_7013010 | |
| 4 | OP-Bereich | 7006080 | Spezial-MT Augenheilkunde | Datenjahr | | gemeinsamer Kostensatz/Fall aus 4_7006080 und 11_7006080 |
| 6 | Kreißaal | 6000000 | Techn. Anl. Betriebsbauten | Datenjahr | 11_6000000 | |
| 6 | Kreißaal | 7002010 | Med. Stationsausst. | Datenjahr | 8_7002010 | |
| 6 | Kreißaal | 7002020 | Patientenbetten/-liegen | Datenjahr | 8_7002020 | |
| 6 | Kreißaal | 7002030 | Infusionspumpen | Vorjahr | 6_7002030 | |
| 6 | Kreißaal | 9020000 | Software (fremd) | Datenjahr | 8_9020000 | |
| 7 | Kardiolog. Diag./Ther. | 6000000 | Techn. Anl. Betriebsbauten | Datenjahr | 11_6000000 | |
| 7 | Kardiolog. Diag./Ther. | 7002010 | Med. Stationsausst. | Datenjahr | 8_7002010 | |
| 7 | Kardiolog. Diag./Ther. | 7002020 | Patientenbetten/-liegen | Datenjahr | 8_7002020 | |
| 7 | Kardiolog. Diag./Ther. | 7002070 | Tisch/Stuhl - Unters./Interv. | Datenjahr | 8_7002070 | |
| 8 | Endoskop. Diag./Ther. | 6000000 | Techn. Anl. Betriebsbauten | Datenjahr | 11_6000000 | |
| 8 | Endoskop. Diag./Ther. | 7006040 | OP-Besteck | Datenjahr | 7_7006040 | |
| 9 | Radiologie | 7002040 | Patientenmonitoring | Datenjahr | 11_7002040 | |
| 9 | Radiologie | 7011060 | Nuklearmed. SPECT | Datenjahr | 9_7011060 | berechnet auf Basis von 2 KH- Werten des Datenjahres |
| 10 | Laboratorien | 7002010 | Med. Stationsausst. | Datenjahr | 11_7002010 | |
| 11 | Übrige Diag./Ther. | 7002060 | Beatmung | Datenjahr | 1_7002060 | |
| 11 | Übrige Diag./Ther. | 7006080 | Spezial-MT Augenheilkunde | Datenjahr | | gemeinsamer Kostensatz/Fall aus 4_7006080 und 11_7006080 |

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 | Fall/Tages-kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-------------|-------------------|-------------------|---------|--------|
| A01A | Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation | | 4.524 | 164 | 15,816 | |
| A01B | Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation mit Beatmung > 59 und < 180 Stunden oder mit Transplantatabstoßung oder mit kombinierter Nierentransplantation oder Alter < 6 Jahre | | 2.185 | 180 | 7,638 | |
| A01C | Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne kombinierte Nierentransplantation, Alter > 5 Jahre | | 1.239 | 166 | 4,332 | |
| A02Z | Transplantation von Niere und Pankreas | | 1.704 | 142 | 5,958 | |
| A03A | Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden | | 4.607 | 165 | 16,105 | |
| A03B | Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden | | 1.616 | 162 | 5,649 | |
| A04A | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt | x | 2.576 | 126 | 9,006 | 0,094 |
| A04B | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, mit In-vitro-Aufbereitung oder Alter < 16 Jahre | | 1.536 | 166 | 5,370 | |
| A04C | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, HLA-verschieden oder bei Plasmozytom, mit Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre | | 1.396 | 163 | 4,878 | |
| A04D | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom, ohne In-vitro-Aufbereitung, Alter > 15 Jahre, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, HLA-identisch | | 1.215 | 166 | 4,247 | |
| A04E | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, bei Plasmozytom, ohne Graft-versus-host-Krankheit Grad III und IV, Alter > 15 Jahre | | 828 | 158 | 2,894 | |
| A05A | Herztransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder Alter < 16 Jahre | | 5.572 | 163 | 19,477 | |
| A05B | Herztransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden, Alter > 15 Jahre | | 3.427 | 161 | 11,979 | |
| A06A | Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte | | 14.369 | 168 | 50,232 | |
| A06B | Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3920 / 3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma | | 12.353 | 170 | 43,184 | |
| A07A | Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbehandlung > 3920 / 3680 P. oder mit hochkomplexem oder dreizeitigem Eingriff | | 8.750 | 170 | 30,588 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| A07B | Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit Polytrauma oder Alter < 16 Jahre | | 7.616 | 172 | 26,622 | |
| A07C | Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 Aufwandspunkte, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte | | 7.495 | 186 | 26,200 | |
| A07D | Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose | | 5.675 | 162 | 19,838 | |
| A07E | Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose | | 5.473 | 165 | 19,132 | |
| A09A | Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 2208 P., mit angeb. Fehlbild. od. Tumorerkr., Alter < 3 J. od. mit kompl. OR-Proz. oder Polytrauma od. int. Komplexbeh. > 3430 / 3220 P. und hochkompl. Eingr. od. Alter < 16 J. | | 4.952 | 170 | 17,310 | |
| A09B | Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandsp., mit kompl. OR-Prozedur od. Polytrauma od. intensivmed. Komplexbehandlung > 3430 / 3220 Aufwandsp., mit sehr kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation | | 5.016 | 186 | 17,536 | |
| A09C | Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2352 / 2208 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 2352 / 2208 P. oder kompliz. Konstellation oder Alter < 16 Jahre | | 4.379 | 174 | 15,306 | |
| A09D | Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 und < 2353 / 2209 Aufwandspunkte | | 4.245 | 169 | 14,839 | |
| A09E | Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 Aufwandspunkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur | | 3.434 | 166 | 12,006 | |
| A09F | Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1470 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur | | 3.105 | 166 | 10,856 | |
| A11A | Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkompl. Eingriff oder Alter < 2 J. bei angeborener Fehlbildung od. mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 J. | | 3.571 | 173 | 12,484 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| A11B | Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, mit komplexer OR-Prozedur und Alter < 16 Jahre oder kompliz. Konstellation, oder bei Tumor oder angeborener Fehlbildung, Alter < 3 Jahre | | 2.936 | 186 | 10,263 | |
| A11C | Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation und bestimmter OR-Prozedur, Alter > 15 Jahre | | 2.778 | 182 | 9,711 | |
| A11D | Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre | | 2.627 | 172 | 9,184 | |
| A11E | Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder int. Komplexbeh. > 1176 / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre | | 2.400 | 173 | 8,390 | |
| A11F | Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 Jahre | | 2.024 | 166 | 7,075 | |
| A11G | Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, mit äußerst schweren CC | | 1.779 | 162 | 6,218 | |
| A11H | Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC | | 1.531 | 164 | 5,353 | |
| A13A | Beatmung > 95 Stunden mit hochkomplexem Eingriff od. mit komplexer OR-Prozedur u. intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 P. od. mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz. und Alter < 16 J. od. intensivmed. Komplexbeh. > 1176 / 1104 P. bei Lymphom und Leukämie | | 2.151 | 169 | 7,519 | |
| A13B | Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur und sehr komplexem Eingriff oder Eingriff bei angeborener Fehlbildung, Alter < 10 Jahre, oder mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Punkte und komplizierender Konstellation | | 1.973 | 186 | 6,896 | |
| A13C | Beatmung > 95 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur und kompliz. Konstellation, Alter > 15 J. oder mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., ohne Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation | | 1.924 | 184 | 6,727 | |
| A13D | Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung | | 1.625 | 174 | 5,681 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| A13E | Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre | | 1.452 | 173 | 5,076 | |
| A13F | Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne bestimmte OR-Proz., ohne kompliz. Konstellation, ohne int. Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur | | 1.108 | 171 | 3,874 | |
| A13G | Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne bestimmte OR-Proz., ohne kompliz. Konst., ohne int. Komplexbeh. > 588 / 552 P., Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, mit äußerst schweren CC | | 995 | 167 | 3,478 | |
| A13H | Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne kompliz. Konstellation, ohne int. Komplexbeh. > 588 / 552 P., Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC | | 885 | 167 | 3,094 | |
| A15A | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt | x | 827 | 125 | 2,892 | 0,068 |
| A15B | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 16 Jahre | | 600 | 154 | 2,099 | |
| A15C | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 15 Jahre | | 596 | 161 | 2,082 | |
| A15D | Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom | | 461 | 162 | 1,611 | |
| A16A | Transplantation von Darm oder Pankreas | x | 777 | 108 | 2,718 | 0,089 |
| A16B | Injektion von Pankreasgewebe | | | | | |
| A17A | Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation | | 1.168 | 168 | 4,085 | |
| A17B | Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation | | 808 | 165 | 2,826 | |
| A18Z | Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion | | 11.995 | 172 | 41,931 | |
| A22Z | Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung | | | | | |
| A36A | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen | | 3.581 | 167 | 12,518 | |
| A36B | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen | | 1.779 | 172 | 6,219 | |
| A42A | Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie | | 410 | 162 | 1,434 | |
| A42B | Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter < 16 Jahre | | 187 | 121 | 0,653 | |
| A42C | Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre | | 157 | 160 | 0,549 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| A43Z | Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom | x | 2.278 | 109 | 7,962 | 0,115 |
| A60A | Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC | | 563 | 168 | 1,968 | |
| 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 | | 210 | 162 | 0,732 | |
| 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 | | 233 | 167 | 0,814 | |
| A60D | Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag | | 88 | 158 | 0,308 | |
| A61A | Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, mit äußerst schweren CC | | 592 | 160 | 2,070 | |
| A61B | Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen, ohne äußerst schwere CC | | 117 | 157 | 0,410 | |
| A62Z | Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation | | 661 | 161 | 2,312 | |
| A63Z | Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation | | 574 | 162 | 2,005 | |
| A64Z | Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm oder Nieren-Pankreas-Transplantation | | 452 | 166 | 1,579 | |
| A66Z | Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation | | 232 | 164 | 0,810 | |
| A69Z | Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste | | 482 | 167 | 1,684 | |
| B01Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems | | 1.673 | 171 | 5,849 | |
| B02A | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen, bei bestimmter Neubildung des Nervensystems oder Alter < 6 Jahre und auß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel | | 4.087 | 167 | 14,287 | |
| B02B | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation mit Strahlentherapie, mehr als 8 Bestrahlungen oder Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre mit gr. intrakran. Eingriff und auß. schw. CC, bei best. Neubildung d. Nervensyst. oder mit best. Eingr. am Schädel | | 2.904 | 168 | 10,151 | |
| B02C | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, Alter < 6 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder mit verschiedenartiger komplexer Prozedur | | 1.282 | 172 | 4,482 | |
| B02D | Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation ohne Strahlentherapie, Alter > 5 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff am Schädel, ohne komplizierende Konstellation, ohne verschiedenartige komplexe Prozedur | | 752 | 168 | 2,628 | |
| B03Z | Operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie oder Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösart. Neubild. od. mit schw. CC od. mit intraop. Monitoring od. Eingriffe b. zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie mit auß. schw. CC | | 760 | 172 | 2,658 | |
| B04A | Interventionelle und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC | | 892 | 167 | 3,119 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| B04B | Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC und beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC | | 755 | 167 | 2,640 | |
| B04C | Interventionelle Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC | | 491 | 165 | 1,718 | |
| B04D | Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC | | 467 | 168 | 1,634 | |
| B05Z | Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom | | 122 | 155 | 0,426 | |
| B07Z | Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose | | 785 | 165 | 2,746 | |
| B09A | Andere Eingriffe am Schädel mit äußerst schweren CC | | 570 | 161 | 1,993 | |
| B09B | Andere Eingriffe am Schädel ohne äußerst schwere CC | | 340 | 162 | 1,189 | |
| B11Z | Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur | x | 1.330 | 141 | 4,650 | 0,095 |
| B12Z | Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen | | 647 | 168 | 2,261 | |
| B13Z | Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG | x | 1.261 | 92 | 4,407 | 0,228 |
| B15Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen | | 2.618 | 167 | 9,152 | |
| B16Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, weniger als 11 Bestrahlungen | | 881 | 167 | 3,081 | |
| B17A | Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose | | 1.111 | 161 | 3,883 | |
| B17B | Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe Diagnose, mit komplexem Eingriff | | 362 | 122 | 1,267 | |
| B17C | Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexen Eingriff, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter < 16 Jahre | | 245 | 156 | 0,855 | |
| B17D | Eingriffe an periph. Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensyst. oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexen Eingriff, Alter < 19 Jahre oder mit schweren CC, Alter > 15 Jahre | | 343 | 165 | 1,197 | |
| B17E | Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebr. Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne kompl. Diagn., ohne kompl. Eingr., ohne schw. CC, Alter > 18 Jahre, mit mäßig kompl. Eingr. | | 265 | 169 | 0,926 | |
| B17F | 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. | | 193 | 162 | 0,674 | |
| B18Z | Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Revision eines Ventrikelschuntes | | 458 | 168 | 1,600 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| B20A | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter < 16 Jahre | | 868 | 145 | 3,035 | |
| B20B | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, mit intraoperativem neurophysiologischen Monitoring oder komplexer Diagnose | | 1.200 | 182 | 4,197 | |
| B20C | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter < 3 Jahre oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff | | 550 | 144 | 1,922 | |
| B20D | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit komplexer Prozedur, Alter > 15 Jahre, ohne intraoperatives neurophysiologisches Monitoring, ohne komplexe Diagnose | | 680 | 166 | 2,377 | |
| B20E | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff bei Trigeminusneuralgie | | 684 | 170 | 2,390 | |
| B20F | Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff bei Trigeminusneuralgie | | 582 | 165 | 2,036 | |
| B21A | Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation | | 1.938 | 122 | 6,776 | |
| B21B | Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation | | 219 | 119 | 0,767 | |
| B36A | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems | | 3.097 | 169 | 10,826 | |
| B36B | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte und < 1765 / 1657 Aufwandspunkte ohne best. OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 Aufwandspunkte mit best. OR-Proz. bei Krankheiten und Störungen d. Nervensystems | | 1.898 | 171 | 6,636 | |
| B39A | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation | | 931 | 166 | 3,255 | |
| B39B | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff, oder mehr als 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation | | 791 | 172 | 2,765 | |
| B39C | Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation | | 729 | 169 | 2,548 | |
| 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 | | 764 | 131 | 2,669 | |
| B42B | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls | | 544 | 116 | 1,901 | |
| B43Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage | x | 1.438 | 116 | 5,028 | 0,088 |
| B44A | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls | | 855 | 161 | 2,989 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| B44B | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls | | 521 | 165 | 1,820 | |
| B44C | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls | | 820 | 132 | 2,865 | |
| B44D | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne schwere motorische Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls | | 465 | 162 | 1,625 | |
| B46Z | Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch- psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems | x | 308 | 116 | 1,077 | 0,072 |
| B47Z | Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems | | 280 | 141 | 0,980 | |
| B48Z | Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neuro- logischen Erkrankungen | | 393 | 112 | 1,373 | |
| B49Z | Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson | x | 410 | 133 | 1,433 | 0,073 |
| B60A | Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag | | 269 | 164 | 0,940 | |
| B60B | Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag | | 93 | 136 | 0,327 | |
| B61A | Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt | | 829 | 162 | 2,897 | |
| B61B | Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt | x | 903 | 146 | 3,157 | 0,095 |
| B63Z | Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion | | 247 | 167 | 0,863 | |
| B64Z | Delirium | | 232 | 163 | 0,812 | |
| B66A | Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation | | 404 | 158 | 1,412 | |
| B66B | Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation | | 378 | 165 | 1,320 | |
| B66C | Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr | | 181 | 118 | 0,631 | |
| B66D | Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre | | 224 | 168 | 0,781 | |
| B67A | Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung | | 338 | 164 | 1,182 | |
| B67B | Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung | | 273 | 164 | 0,956 | |
| B68A | Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag | | 373 | 160 | 1,304 | |
| B68B | Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre | | 249 | 127 | 0,870 | |
| B68C | Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose | | 309 | 160 | 1,082 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| B68D | Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose | | 223 | 161 | 0,780 | |
| B69A | Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden | | 374 | 165 | 1,307 | |
| B69B | Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, mit äußerst schweren CC | | 471 | 160 | 1,647 | |
| 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 | | 333 | 163 | 1,165 | |
| 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 | | 229 | 165 | 0,802 | |
| B70A | Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose | | 514 | 166 | 1,797 | |
| B70B | Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus | | 458 | 165 | 1,600 | |
| 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. | | 429 | 163 | 1,501 | |
| 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. | | 412 | 164 | 1,441 | |
| 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 | | 383 | 177 | 1,340 | |
| 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 | | 290 | 166 | 1,015 | |
| B70G | Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme | | 248 | 156 | 0,868 | |
| B70H | Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme | | 227 | 131 | 0,792 | |
| B70I | Apoplexie, ein Belegungstag | | 198 | 160 | 0,692 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| B71A | Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC | | 574 | 162 | 2,007 | |
| 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 | | 360 | 161 | 1,260 | |
| 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. | | 266 | 163 | 0,929 | |
| B71D | Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie | | 195 | 177 | 0,680 | |
| B72A | Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter < 16 Jahre | | 250 | 159 | 0,876 | |
| B72B | Infektion des Nervensystems außer Virusmeningitis, Alter > 15 Jahre | | 366 | 163 | 1,281 | |
| B73Z | Virusmeningitis | | 238 | 158 | 0,831 | |
| B75Z | Fieberkrämpfe | | 127 | 161 | 0,444 | |
| B76A | Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie | x | 313 | 137 | 1,094 | 0,096 |
| 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 | | 375 | 164 | 1,313 | |
| B76C | Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe Diagnose oder mit schweren CC, Alter > 2 Jahre oder ohne schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, mit angeborener Fehlbildung | | 372 | 165 | 1,300 | |
| B76D | Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit EEG, ohne komplexe Diagnose, ohne angeborene Fehlbildung | | 239 | 180 | 0,834 | |
| B76E | Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose | | 183 | 165 | 0,639 | |
| B76F | Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose | | 173 | 181 | 0,605 | |
| B77Z | Kopfschmerzen | | 169 | 177 | 0,590 | |
| B78A | Intrakranielle Verletzung, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Diagnose | | 331 | 166 | 1,158 | |
| B78B | Intrakranielle Verletzung, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Diagnose | | 266 | 162 | 0,931 | |
| B79Z | Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor | | 179 | 165 | 0,627 | |
| B80Z | Andere Kopfverletzungen | | 103 | 165 | 0,361 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| B81A | Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose | | 339 | 164 | 1,186 | |
| B81B | Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose | | 217 | 180 | 0,758 | |
| B82Z | Andere Erkrankungen an peripheren Nerven | | 137 | 173 | 0,477 | |
| B84Z | Vaskuläre Myelopathien | | 381 | 160 | 1,333 | |
| B85A | Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mit komplexer Diagnose | | 391 | 162 | 1,365 | |
| B85B | Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne komplexe Diagnose, ohne hochkomplexe Diagnose | | 320 | 166 | 1,119 | |
| B85C | Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer Diagnose oder zerebrale Lähmungen | | 234 | 165 | 0,817 | |
| B85D | Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose | | 207 | 164 | 0,725 | |
| B86Z | Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet | | 252 | 94 | 0,880 | |
| C01A | Komplexe Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen | | 497 | 155 | 1,737 | |
| C01B | Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder Biopsien an kraniellen Gefäßen | | 314 | 160 | 1,096 | |
| C02A | Enukleationen und Eingriffe an der Orbita bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung | | 525 | 169 | 1,837 | |
| C02B | Enukleationen und Eingriffe an der Orbita außer bei bösartiger Neubildung | | 373 | 145 | 1,304 | |
| C03A | Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, mit best. Eingriff an der Retina oder Entfernung des Augapfels mit gleichzeitiger Einführung eines Implantates | | 346 | 157 | 1,208 | |
| C03B | Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina | | 295 | 155 | 1,032 | |
| C03C | Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, mit bestimmtem Eingriff an der Retina | | 314 | 160 | 1,097 | |
| C03D | Eingriffe an der Retina mit Pars-plana-Vitrektomie, ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), außer bei bösartiger Neubildung des Auges, ohne bestimmten Eingriff an der Retina | | 281 | 161 | 0,984 | |
| C04A | Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE), Amnionmembrantransplantation oder Alter < 16 Jahre | | 426 | 156 | 1,489 | |
| C04B | Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exzision der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, Alter > 15 Jahre | | 373 | 161 | 1,304 | |
| C05Z | Dakryozystorhinostomie | | 214 | 140 | 0,748 | |
| C06Z | Komplexe Eingriffe bei Glaukom | | 282 | 161 | 0,986 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| C07A | Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Extradktion der Linse (ECCE) | | 242 | 157 | 0,845 | |
| C07B | Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) | | 223 | 159 | 0,779 | |
| C08A | Beidseitige extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Extradktion der Linse bei angeborener Fehlbildung der Linse | | 253 | 157 | 0,885 | |
| C08B | Extrakapsuläre Extradktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse | | 192 | 156 | 0,672 | |
| C10A | Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand | | 247 | 116 | 0,864 | |
| C10B | Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter < 6 Jahre | | 220 | 102 | 0,770 | |
| C10C | Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, Alter > 5 Jahre | | 224 | 138 | 0,784 | |
| C12Z | Andere Rekonstruktionen der Augenlider | | 301 | 159 | 1,052 | |
| C13Z | Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen | | 191 | 158 | 0,666 | |
| C14Z | Andere Eingriffe am Auge | | 247 | 165 | 0,863 | |
| C15Z | Andere Eingriffe an der Retina | | 268 | 160 | 0,938 | |
| C16Z | Aufwändige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre | | 289 | 117 | 1,011 | |
| C20A | Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre | | 244 | 138 | 0,852 | |
| C20B | Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre | | 233 | 165 | 0,815 | |
| C60Z | Akute und schwere Augeninfektionen | | 171 | 159 | 0,598 | |
| C61Z | Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges | | 236 | 178 | 0,826 | |
| C62Z | Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen | | 129 | 158 | 0,453 | |
| C63Z | Andere Erkrankungen des Auges | | 172 | 176 | 0,601 | |
| C64Z | Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides | | 92 | 157 | 0,320 | |
| C65Z | Bösartige Neubildungen des Auges | | 157 | 161 | 0,550 | |
| C66Z | Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus | | 183 | 158 | 0,641 | |
| D01A | Kochleaimplantation, bilateral | x | 201 | 90 | 0,702 | 0,125 |
| D01B | Kochleaimplantation, unilateral | | 415 | 162 | 1,449 | |
| D02A | Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC | | 1.736 | 169 | 6,069 | |
| D02B | Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC | | 931 | 164 | 3,255 | |
| D03A | Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit Knorpeltransplantat, Alter < 1 Jahr | | 309 | 137 | 1,079 | |
| D03B | Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit Knorpeltransplantat, Alter > 0 Jahre | | 303 | 158 | 1,060 | |
| D04Z | Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovaskulärem Lappen | | 641 | 163 | 2,241 | |
| D05A | Komplexe Parotidektomie | | 472 | 162 | 1,648 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| D05B | Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien | | 360 | 165 | 1,258 | |
| D06A | Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter < 6 Jahre | | 321 | 124 | 1,121 | |
| 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 | | 306 | 167 | 1,070 | |
| D06C | Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, komplexe Eingriffe am Mittelohr und andere Eingriffe an den Speicheldrüsen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose | | 280 | 170 | 0,978 | |
| D08A | Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC | | 504 | 164 | 1,762 | |
| D08B | Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC | | 259 | 168 | 0,906 | |
| D09Z | Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC | | 360 | 166 | 1,259 | |
| D12A | Andere aufwändige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals | | 342 | 166 | 1,195 | |
| D12B | Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals | | 233 | 169 | 0,815 | |
| D13A | Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund mit komplizierender Diagnose | | 183 | 142 | 0,641 | |
| D13B | Kleine Eingriffe an Nase, Ohr und Mund ohne komplizierende Diagnose | | 136 | 167 | 0,475 | |
| D15A | Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese | | 686 | 165 | 2,399 | |
| D15B | Tracheostomie ohne äußerst schwere CC | | 610 | 166 | 2,131 | |
| D16Z | Materialentfernung an Kiefer und Gesicht | | 196 | 161 | 0,686 | |
| D19Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag, mehr als 10 Bestrahlungen | | 2.715 | 168 | 9,491 | |
| D20Z | Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, mehr als ein Belegungstag | | 716 | 166 | 2,505 | |
| D22A | Eingriffe an Mundhöhle und Mund mit Mundboden- oder Vestibulumplastik | | 285 | 156 | 0,995 | |
| D22B | Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik | | 183 | 166 | 0,639 | |
| D23Z | Implantation eines Hörgerätes | x | 179 | 92 | 0,625 | 0,133 |
| D24A | Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC | | 1.400 | 171 | 4,893 | |
| D24B | Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff | | 813 | 167 | 2,841 | |
| D25A | Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff | | 1.155 | 169 | 4,037 | |
| D25B | Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC | | 526 | 166 | 1,840 | |
| D25C | Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC | | 741 | 165 | 2,589 | |
| D25D | Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC | | 335 | 169 | 1,171 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| D28Z | Monognathe Osteotomie und komplexe Eingriffe an Kopf und Hals oder andere Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen | | 360 | 168 | 1,260 | |
| D29Z | Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung | | 264 | 165 | 0,925 | |
| 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. | | 254 | 169 | 0,888 | |
| D30B | Tonsillektomie außer bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne aufwändigen Eingriff, ohne komplexe Diagnose | | 176 | 167 | 0,614 | |
| D33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses | | 1.287 | 149 | 4,500 | |
| D35Z | Eingriffe an Nase und Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung | | 387 | 148 | 1,352 | |
| D36Z | Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen | | 287 | 164 | 1,003 | |
| D37A | Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder Gaumenspalte oder Spaltnase oder Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation | | 429 | 122 | 1,499 | |
| D37B | Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, ohne Gaumenspalte, ohne Spaltnase, ohne Septorhinoplastik mit Rippenknorpeltransplantation | | 329 | 125 | 1,149 | |
| D38Z | Mäßig komplexe Eingriffe an der Nase oder an den Nasennebenhöhlen | | 213 | 165 | 0,744 | |
| D39Z | Andere Eingriffe an der Nase | | 139 | 139 | 0,487 | |
| D40Z | Zahnextraktion und -wiederherstellung | | 154 | 156 | 0,539 | |
| D60A | Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, mit starrer Endoskopie | | 385 | 147 | 1,346 | |
| D60B | Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC, ohne starre Endoskopie | | 268 | 165 | 0,936 | |
| D60C | Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 189 | 169 | 0,661 | |
| D61A | Komplexe Gleichgewichtsstörung, Hörverlust oder Tinnitus | | 204 | 164 | 0,714 | |
| D61B | Gleichgewichtsstörungen (Schwindel) außer komplexer Gleichgewichtsstörung, Hörverlust, Tinnitus | | 185 | 179 | 0,646 | |
| D62Z | Blutung aus Nase und Rachen oder Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter > 2 Jahre | | 131 | 179 | 0,458 | |
| D63Z | Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege, Alter < 3 Jahre | | 107 | 161 | 0,376 | |
| D64Z | Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis | | 89 | 157 | 0,312 | |
| D65Z | Verletzung und Deformität der Nase | | 132 | 158 | 0,463 | |
| D66Z | Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals | | 154 | 168 | 0,538 | |
| D67Z | Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle | | 140 | 181 | 0,488 | |
| E01A | Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose | | 1.085 | 169 | 3,791 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| E01B | Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe am Thorax ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose | | 796 | 163 | 2,784 | |
| E02A | Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter < 10 Jahre | | 336 | 161 | 1,174 | |
| E02B | Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, mit aufwändigem Eingriff, Alter > 9 Jahre | | 512 | 165 | 1,791 | |
| E02C | Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen ohne aufwändigen Eingriff, Alter > 9 Jahre | | 361 | 171 | 1,261 | |
| E03Z | Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag | | 446 | 157 | 1,558 | |
| E05A | Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC | | 947 | 169 | 3,312 | |
| E05B | Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung | | 697 | 167 | 2,438 | |
| E05C | Andere große Eingriffe am Thorax ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung | | 595 | 167 | 2,078 | |
| E06A | Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum mit äußerst schweren CC | | 734 | 168 | 2,567 | |
| E06B | Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre | | 485 | 158 | 1,697 | |
| E06C | Andere Lungenresektionen, Biopsie an Thoraxorganen und Eingriffe an Thoraxwand, Pleura und Mediastinum ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre | | 476 | 168 | 1,664 | |
| E07Z | Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom | | 228 | 142 | 0,798 | |
| E08A | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden | | 1.657 | 162 | 5,791 | |
| E08B | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen | | 2.476 | 168 | 8,657 | |
| E08C | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen | | 810 | 167 | 2,832 | |
| E36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane | | 1.749 | 173 | 6,113 | |
| E37Z | Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane | x | 2.369 | 88 | 8,281 | 0,058 |
| E40A | Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mit intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 196 P. oder mit kompliz. Diagnose oder kompl. Prozedur oder Alter < 16 Jahre, mit auß. schw. CC oder ARDS, Alter < 16 J. | | 609 | 157 | 2,127 | |
| E40B | Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Std., ohne intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 196 P., oh. kompliz. Diagn., ohne kompl. Proz., Alter > 15 J., mit auß. schw. CC od. bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 J. | | 650 | 168 | 2,274 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| E40C | Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 P., ohne kompliz. Diagnose, ohne kompl. Prozedur, ohne äuß. schw. CC, außer bei Para- / Tetraplegie | | 541 | 167 | 1,890 | |
| E41Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane | x | 739 | 130 | 2,582 | 0,075 |
| E42Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane | | 518 | 160 | 1,812 | |
| E60A | Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC | | 254 | 163 | 0,888 | |
| E60B | Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC | | 228 | 162 | 0,796 | |
| E63Z | Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie bis 2 Belegungstage | | 118 | 164 | 0,412 | |
| E64A | Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie | | 319 | 168 | 1,116 | |
| E64B | Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre | | 177 | 154 | 0,620 | |
| E64C | Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre | | 245 | 165 | 0,857 | |
| E64D | Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag | | 123 | 157 | 0,431 | |
| 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 | | 347 | 164 | 1,212 | |
| E65B | Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr | | 262 | 166 | 0,916 | |
| E65C | Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35%, Alter > 0 Jahre | | 225 | 167 | 0,785 | |
| E66A | Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose | | 238 | 161 | 0,832 | |
| E66B | Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose | | 170 | 175 | 0,596 | |
| 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 | | 189 | 158 | 0,661 | |
| E69B | Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag u. Alter > 55 Jahre oder mit äußerst schweren od. schw. CC, Alt. > 0 J., außer b. Para- / Tetraplegie od. ein Belegungstag od. ohne äußerst schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J., m. RS-Virus-Infektion | | 198 | 180 | 0,694 | |
| E69C | Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 1 Jahr, ohne RS-Virus-Infektion | | 115 | 154 | 0,403 | |
| 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 | | 110 | 158 | 0,383 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| 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 | | 142 | 179 | 0,498 | |
| E70A | Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre | | 136 | 135 | 0,475 | |
| E70B | Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter > 2 Jahre | | 200 | 158 | 0,699 | |
| E71A | Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplexer Biopsie der Lunge | | 356 | 168 | 1,243 | |
| E71B | Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie oder ohne komplexe Biopsie der Lunge | | 186 | 169 | 0,651 | |
| E73A | Pleuraerguss mit äußerst schweren CC | | 404 | 174 | 1,412 | |
| E73B | Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC | | 237 | 165 | 0,828 | |
| E74Z | Interstitielle Lungenerkrankung | | 250 | 165 | 0,873 | |
| E75A | Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 10 Jahre | | 182 | 136 | 0,636 | |
| E75B | Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 9 Jahre | | 311 | 165 | 1,088 | |
| E75C | Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose | | 192 | 167 | 0,673 | |
| E76A | Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage | x | 845 | 142 | 2,955 | 0,073 |
| E76B | Tuberkulose bis 14 Belegungstage mit äußerst schweren oder schweren CC | | 247 | 118 | 0,863 | |
| E76C | Tuberkulose bis 14 Belegungstage ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax | | 268 | 163 | 0,936 | |
| E77A | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte | | 480 | 136 | 1,680 | |
| E77B | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder komplexer Diagnose bei Z.n. Organtransplantation | | 539 | 161 | 1,884 | |
| E77C | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexe Diagnose, ohne komplexe Diagnose bei Z.n. Organtransplantation, mit äußerst schweren CC | | 465 | 166 | 1,625 | |
| E77D | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern oder angeborenem Fehlbildungssyndrom | | 362 | 162 | 1,265 | |
| E77E | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC, mit sehr komplexer Diagnose mit äußerst schweren oder schweren CC | | 331 | 160 | 1,157 | |
| E77F | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren CC | | 288 | 166 | 1,005 | |
| E77G | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, bei Para- / Tetraplegie oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern | | 268 | 164 | 0,935 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| E77H | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 1 Jahr, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern | | 164 | 158 | 0,573 | |
| E77I | Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern | | 220 | 180 | 0,770 | |
| E78Z | Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage | | 113 | 130 | 0,396 | |
| F01A | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder Implantation eines myokardmodulierenden Systems | | 629 | 164 | 2,200 | |
| F01B | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff | | 703 | 164 | 2,459 | |
| F01C | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Drei-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff | | 446 | 167 | 1,559 | |
| F01D | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff | | 734 | 161 | 2,567 | |
| F01E | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC | | 617 | 164 | 2,155 | |
| F01F | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei-Kammer-Stimulation oder Defibrillator mit subkutaner Elektrode, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff | | 432 | 162 | 1,512 | |
| F01G | Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Ein-Kammer-Stimulation, ohne zusätzlichen Herz- oder Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC | | 342 | 163 | 1,196 | |
| F02A | Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Drei-Kammer-Stimulation | | 231 | 158 | 0,808 | |
| F02B | Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Ein-Kammer-Stimulation | | 216 | 157 | 0,757 | |
| F03A | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie | | 1.323 | 168 | 4,624 | |
| F03B | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, mit Dreifacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie | | 1.072 | 162 | 3,749 | |
| F03C | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 0 Jahre, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingriff oder bei angeborenem Herzfehler, mit komplexem Eingriff | | 1.151 | 167 | 4,023 | |
| F03D | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 0 Jahre, ohne Eingr. in tiefer Hypothermie, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingr. oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler, Alter < 16 Jahre | | 814 | 136 | 2,845 | |
| F03E | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, Alter > 15 Jahre, mit Zweifacheingr. oder kompl. Eingriff oder bei Endokarditis oder bei angeborenem Herzfehler | | 1.005 | 167 | 3,513 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| F03F | Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff in tiefer Hypothermie, ohne Dreifach- / Zweifacheingriff, außer bei angeborenem Herzfehler, ohne komplexen Eingriff, außer bei Endokarditis, Alter > 15 J. | | 843 | 164 | 2,946 | |
| 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 | | 1.245 | 168 | 4,351 | |
| F06A | Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff | | 1.569 | 159 | 5,484 | |
| F06B | Koronare Bypass-Operation mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff | | 1.376 | 164 | 4,810 | |
| F06C | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder bei Infarkt oder mit Reoperation oder mit invasiver kardiologischer Diagnostik, mit intraoperativer Ablation | | 1.085 | 162 | 3,794 | |
| F06D | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik, bei Infarkt oder mit Reoperation, ohne intraoperative Ablation | | 1.112 | 165 | 3,886 | |
| F06E | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation, außer bei Infarkt, ohne Reoperation | | 1.058 | 168 | 3,700 | |
| F06F | Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation | | 820 | 168 | 2,866 | |
| F07A | Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit komplizierender Konstellation oder komplexer Operation | | 1.032 | 168 | 3,607 | |
| F07B | Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Operation | | 881 | 164 | 3,080 | |
| F08A | Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder thorakoabdominalem Aneurysma oder komplexem Aorteneingriff | | 1.391 | 165 | 4,863 | |
| F08B | Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, mit auß. schw. CC | | 1.212 | 170 | 4,238 | |
| F08C | Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, mit auß. schw. CC od. mit best. Aorteneingr. | | 1.046 | 166 | 3,656 | |
| F08D | Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., mit Mehretagen- oder Aorteneingr. oder Reoperation, ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr. | | 860 | 167 | 3,007 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| F08E | Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konstell., ohne thorakoabd. Aneurysma, ohne kompl. Aorteneingr., mit kompl. Eingr., ohne Mehretagen- oder Aorteneingr., ohne Reoperation, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Aorteneingr. | | 687 | 167 | 2,401 | |
| F08F | Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff | | 541 | 165 | 1,891 | |
| F09A | Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre | | 647 | 159 | 2,262 | |
| F09B | Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC | | 599 | 165 | 2,096 | |
| F09C | Andere kardiothorakale Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC | | 453 | 164 | 1,585 | |
| F12A | Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem mit äußerst schweren CC oder mit ablativen Maßnahmen oder PTCA | | 657 | 163 | 2,296 | |
| F12B | Implantation eines Herzschrittmachers, Drei-Kammersystem ohne äuß. schw. CC, oh. ablativ. Maßnahme, oh. PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, oh. kompl. Eingriff, Alter > 15 J., m. Sondenentfernung m. Excimer-Laser | | 409 | 160 | 1,428 | |
| F12C | Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter < 16 Jahre | | 468 | 137 | 1,637 | |
| F12D | Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff | | 573 | 161 | 2,004 | |
| F12E | Implantation eines Herzschrittmachers, Zwei-Kammersystem, ohne kompl. Eingr., Alter > 15 Jahre, ohne Sondenentfernung mit Excimer-Laser, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation | | 553 | 163 | 1,933 | |
| F12F | Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen oder Alter < 16 Jahre | | 469 | 165 | 1,639 | |
| 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 | | 338 | 167 | 1,180 | |
| F12H | Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, mit Implantation eines Ereignisrekorders | | 229 | 162 | 0,800 | |
| F12I | Implantation eines Herzschrittmachers, Ein-Kammersystem, ohne invasive kardiologische Diagnostik bei bestimmten Eingriffen, Alter > 15 Jahre, ohne Implantation eines Ereignisrekorders | | 349 | 167 | 1,221 | |
| F13A | Amputation bei Kreislaufkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen | | 1.087 | 165 | 3,800 | |
| F13B | Amputation bei Kreislaufkrankungen an oberer Extremität und Zehen mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe | | 507 | 159 | 1,773 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| F13C | Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer Extremität und Zehen ohne äußerst schwere CC | | 345 | 160 | 1,205 | |
| F14A | Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit äußerst schweren CC | | 992 | 166 | 3,466 | |
| F14B | Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Konstellation oder Revision oder komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC | | 685 | 170 | 2,396 | |
| 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 | | 902 | 169 | 3,153 | |
| F17A | Wechsel eines Herzschrittmachers, Mehrkammersystem oder Alter < 16 Jahre | | 189 | 160 | 0,660 | |
| F17B | Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammersystem, Alter > 15 Jahre | | 191 | 157 | 0,669 | |
| 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 | | 626 | 161 | 2,189 | |
| 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 | | 434 | 156 | 1,516 | |
| 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 | | 317 | 160 | 1,109 | |
| 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 | | 226 | 159 | 0,789 | |
| F19A | Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC | | 553 | 161 | 1,932 | |
| F19B | Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen oder Radiofrequenzablation über A. renalis, ohne äußerst schwere CC bei anderen perkutan-transluminalen Interventionen an Herz, Aorta und Lungengefäßen, Alter < 16 Jahre | | 294 | 155 | 1,029 | |
| F19C | Andere perkutan-transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre | | 404 | 161 | 1,412 | |
| F19D | Radiofrequenzablation über A. renalis, Alter > 15 Jahre | | 366 | 157 | 1,281 | |
| F20Z | Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC | | 475 | 156 | 1,662 | |
| F21A | Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, mit hochkomplexem Eingriff | | 785 | 165 | 2,743 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| F21B | Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff | | 505 | 164 | 1,767 | |
| F21C | Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff | | 360 | 165 | 1,258 | |
| F24A | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC | | 613 | 161 | 2,143 | |
| F24B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit perkutaner Angioplastie, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC | | 435 | 166 | 1,521 | |
| F27A | Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Gefäßeingriff | | 1.132 | 163 | 3,956 | |
| F27B | Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC oder komplexer Arthrodesse des Fußes | | 530 | 161 | 1,854 | |
| F27C | Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Arthrodesse des Fußes | | 399 | 160 | 1,395 | |
| F28A | Amputation mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC | | 1.375 | 168 | 4,808 | |
| F28B | Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC | | 622 | 167 | 2,174 | |
| F28C | Amputation bei Kreislauferkrankungen außer an oberer Extremität und Zehen, ohne Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 481 | 158 | 1,680 | |
| F29Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiotorakale Eingriffe | x | 1.531 | 128 | 5,353 | 0,078 |
| F30Z | Operation bei komplexem angeborenen Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern | | 1.016 | 140 | 3,551 | |
| F36A | Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems > 1176 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder > 588 / 552 Aufwandspunkte mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta | | 2.996 | 167 | 10,474 | |
| F36B | Intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 P. u. < 1177 / 1105 P. m. best. OR-Proz. od. kompl. Eingr. od. > 1176 / 1104 P. oh. best. OR-Proz. m. kompl. Eingr., oh. mehrzeit. kompl. OR-Proz. b. Krankh. u. Störungen d. Kreislaufsystem. | | 1.925 | 172 | 6,728 | |
| F37Z | Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems | x | 2.612 | 127 | 9,129 | 0,086 |
| F39A | Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC | | 308 | 159 | 1,075 | |
| F39B | Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 250 | 159 | 0,875 | |
| F41A | Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC | | 760 | 164 | 2,656 | |
| F41B | Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC | | 410 | 163 | 1,433 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| 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 | | 1.137 | 168 | 3,976 | |
| F43A | Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte | | 1.118 | 166 | 3,907 | |
| F43B | Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte, mit komplizierender Konstellation oder bestimmter OR-Prozedur | | 841 | 170 | 2,940 | |
| F43C | Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte OR-Prozedur | | 616 | 164 | 2,153 | |
| F45Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems | x | 819 | 127 | 2,864 | 0,082 |
| F48Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems | | 527 | 168 | 1,843 | |
| F49A | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff | | 617 | 161 | 2,156 | |
| F49B | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff | | 618 | 165 | 2,160 | |
| F49C | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter < 15 Jahre | | 282 | 141 | 0,984 | |
| F49D | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, mit kardialen Mapping oder schweren CC | | 443 | 178 | 1,548 | |
| F49E | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, mit komplexer Diagnose | | 397 | 163 | 1,387 | |
| F49F | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmtem Eingriff | | 329 | 163 | 1,151 | |
| F49G | Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, Alter > 14 Jahre, ohne kardiales Mapping, ohne schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff | | 288 | 166 | 1,005 | |
| F50A | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation im linken Vorhof oder hochkomplexer Ablation oder Implantation eines Ereignisrekorders | | 356 | 163 | 1,245 | |
| F50B | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie mit komplexer Ablation, ohne komplexe Ablation im linken Vorhof, ohne hochkomplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders | | 324 | 161 | 1,132 | |
| F50C | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, mit transeptaler Linksherz-Katheteruntersuchung | | 323 | 156 | 1,128 | |
| F50D | Ablative Maßnahmen bei Tachyarrhythmie ohne komplexe Ablation, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne transeptale Linksherz-Katheteruntersuchung | | 286 | 162 | 1,000 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| F51A | Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination | | 772 | 168 | 2,700 | |
| F51B | Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination | | 696 | 169 | 2,433 | |
| F52A | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC | | 576 | 169 | 2,014 | |
| F52B | Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie | | 423 | 171 | 1,479 | |
| F56A | Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC | | 487 | 160 | 1,703 | |
| F56B | Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention, ohne äußerst schwere CC, oder Kryoplastie | | 318 | 165 | 1,111 | |
| F58A | Perkutane Koronarangioplastie mit äußerst schweren CC | | 511 | 165 | 1,786 | |
| F58B | Perkutane Koronarangioplastie ohne äußerst schwere CC | | 291 | 168 | 1,017 | |
| F59A | Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne komplizierende Diagnose, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, mit auß. schweren CC oder Rotationsthrombektomie | | 715 | 171 | 2,498 | |
| F59B | Mäßig kompl. Gefäßeingr. od. kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konstell., ohne Revis., ohne kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., ohne best. beids. Gefäßeingr., ohne auß. schw. CC, ohne Rotationsthromb., mit aufwänd. Eingr. od. best. Diagn. od. Alt. < 16 J. | | 516 | 169 | 1,805 | |
| F59C | Mäßig kompl. Gefäßeingr. oder kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. auß. schwere CC, oh. Rot.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt. > 15 J., mit best. Eingr. | | 371 | 167 | 1,297 | |
| F59D | Mäßig kompl. Gefäßeingr. od. kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt. > 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. auß. schw. CC, oh. Rotat.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt. > 15 J., oh. best. Eingr. | | 362 | 169 | 1,266 | |
| F60A | Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC | | 389 | 164 | 1,359 | |
| F60B | Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC | | 246 | 163 | 0,861 | |
| F61A | Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation | | 740 | 163 | 2,588 | |
| F61B | Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation | | 606 | 164 | 2,120 | |
| F62A | Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose | | 468 | 165 | 1,635 | |
| F62B | Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose | | 257 | 170 | 0,898 | |
| F63A | Venenthrombose mit äußerst schweren CC | | 333 | 163 | 1,165 | |
| F63B | Venenthrombose ohne äußerst schwere CC | | 208 | 164 | 0,728 | |
| F64Z | Hautulkus bei Kreislauferkrankungen | | 238 | 157 | 0,831 | |
| F65A | Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC | | 395 | 163 | 1,381 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| F65B | Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC | | 230 | 169 | 0,803 | |
| F66A | Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC | | 401 | 161 | 1,403 | |
| F66B | Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC | | 155 | 166 | 0,544 | |
| F67A | Hypertonie mit äußerst schweren CC | | 334 | 162 | 1,167 | |
| F67B | Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder schweren CC | | 235 | 165 | 0,820 | |
| F67C | Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre | | 135 | 126 | 0,471 | |
| F67D | Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre | | 158 | 168 | 0,554 | |
| F68A | Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre | | 173 | 158 | 0,607 | |
| F68B | Angeborene Herzkrankheit, Alter > 5 Jahre | | 162 | 158 | 0,565 | |
| F69A | Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC | | 337 | 162 | 1,180 | |
| F69B | Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 180 | 164 | 0,631 | |
| F70A | Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC | | 368 | 161 | 1,287 | |
| F70B | Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC | | 195 | 164 | 0,681 | |
| F71A | Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC oder kathetergestützte elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens | | 330 | 179 | 1,154 | |
| F71B | Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens | | 168 | 183 | 0,586 | |
| F72A | Instabile Angina pectoris mit äußerst schweren CC | | 313 | 134 | 1,094 | |
| F72B | Instabile Angina pectoris ohne äußerst schwere CC | | 161 | 163 | 0,564 | |
| F73Z | Synkope und Kollaps | | 158 | 180 | 0,551 | |
| F74Z | Thoraxschmerz | | 122 | 178 | 0,426 | |
| F75A | Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC | | 400 | 167 | 1,397 | |
| F75B | Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre | | 189 | 158 | 0,661 | |
| F75C | Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre und Alter < 18 Jahre | | 221 | 157 | 0,771 | |
| F75D | Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre | | 247 | 168 | 0,863 | |
| F77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems | | 381 | 162 | 1,332 | |
| F95A | Interventioneller Septumverschluss, Alter < 19 Jahre oder Vorhofverschluss | | 351 | 161 | 1,227 | |
| F95B | Interventioneller Septumverschluss, Alter > 18 Jahre | | 269 | 158 | 0,940 | |
| F96Z | Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems | | | | | |
| F98A | Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre | | 841 | 166 | 2,942 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| F98B | Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, mit sehr komplexem Eingriff | | 817 | 168 | 2,856 | |
| F98C | Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff | | 652 | 163 | 2,279 | |
| G01Z | Eviszeration des kleinen Beckens oder bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 Aufwandspunkte | | 1.467 | 163 | 5,129 | |
| G02A | Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter > 392 AufwPkte oder bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose | | 958 | 171 | 3,347 | |
| G02B | Komplexe Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbeh. im Kindesalter > 392 AufwPkte, ohne best. Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose | | 829 | 167 | 2,897 | |
| G03A | Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit hochkompl. Eingriff oder kompliz. Konstell. oder bei bestimmter bösartiger Neubildung | | 1.222 | 166 | 4,272 | |
| G03B | Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, mit komplexem Eingriff | | 1.075 | 161 | 3,758 | |
| G03C | Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung, ohne komplexen Eingriff | | 993 | 166 | 3,470 | |
| G04A | Adhäsiole am Peritoneum, Alter < 4 J. od. mit schw. CC od. kl. Ingr. an Dünn-/Dickdarm mit auß. schw. CC od. Anl. eines Enterostomas, Alt. < 6 J., od. best. PTAs an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC, oh. int.med. Komplexbeh. b. Kind > 392 AufwPkte | | 654 | 167 | 2,285 | |
| G04B | Adhäsiole am Peritoneum, Alter < 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC od. Anlegen eines Enterostomas, Alter > 5 Jahre, ohne best. PTAs an abdominalen Gefäßen | | 701 | 169 | 2,450 | |
| G07A | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis mit auß. schw. oder schweren CC oder kleine Ingr. an Dünn- und Dickdarm od. a. abd. Gef. ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre oder mit best. perkutan-translumin. Ingr. an abdom. Gefäßen | | 412 | 164 | 1,440 | |
| G07B | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, mit laparoskopischer Adhäsiole od. Alter > 2 Jahre und Alter < 10 Jahre | | 415 | 140 | 1,451 | |
| G07C | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiole bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre | | 381 | 167 | 1,332 | |
| G08A | Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC | | 737 | 162 | 2,575 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| G08B | Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC | | 329 | 166 | 1,149 | |
| G09Z | Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien | | 251 | 163 | 0,879 | |
| G10Z | Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz | | 805 | 168 | 2,814 | |
| G11A | Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter < 10 Jahre | | 295 | 121 | 1,033 | |
| G11B | Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter, Alter > 9 Jahre | | 193 | 153 | 0,676 | |
| G12A | Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur | | 612 | 166 | 2,138 | |
| G12B | Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur | | 436 | 166 | 1,525 | |
| G12C | Anderer OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe oder mäßig komplexe OR-Prozedur | | 290 | 165 | 1,013 | |
| G13Z | Anderer Eingriffe an Darm oder Enterostoma mit äußerst schweren CC | | 482 | 169 | 1,684 | |
| G14Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | | 1.252 | 167 | 4,376 | |
| G15Z | Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff | | 1.512 | 164 | 5,284 | |
| G16A | Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder bei Zustand nach Organtransplantation oder mit Immundefekt, mit bestimmter Lebermetastasen Chirurgie oder komplizierender Konstellation | | 1.472 | 162 | 5,145 | |
| G16B | Komplexe Rektumresektion oder andere Rektumresektion mit bestimmtem Eingriff oder bei Zustand nach Organtransplantation oder mit Immundefekt, ohne bestimmte Lebermetastasen Chirurgie, ohne komplizierende Konstellation | | 1.015 | 170 | 3,550 | |
| G17A | Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, bei bösartiger Neubildung | | 870 | 166 | 3,040 | |
| G17B | Anderer Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung | | 713 | 161 | 2,494 | |
| G18A | Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose | | 864 | 167 | 3,020 | |
| G18B | Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, mit sehr komplexem Eingriff | | 609 | 170 | 2,128 | |
| G18C | Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne sehr komplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff | | 575 | 167 | 2,011 | |
| G18D | Eingriffe an Dünn- und Dickdarm außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne sehr komplexen Eingriff, ohne komplexen Eingriff | | 352 | 157 | 1,230 | |
| G19A | Anderer 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 | | 651 | 164 | 2,275 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| G19B | Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff | | 577 | 166 | 2,016 | |
| G19C | Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei angeborener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellation, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff | | 419 | 166 | 1,465 | |
| G21A | Komplexe Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre | | 292 | 158 | 1,020 | |
| G21B | Komplexe Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff | | 327 | 168 | 1,144 | |
| G21C | Komplexe Adhäsioolyse am Peritoneum, Alter > 3 Jahre und ohne äußerst schwere oder schwere CC oder andere Eingriffe an Darm oder Enterostoma ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff | | 198 | 139 | 0,692 | |
| G22A | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung | | 348 | 161 | 1,215 | |
| G22B | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsioolyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung | | 352 | 161 | 1,231 | |
| G22C | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung | | 318 | 172 | 1,112 | |
| G23A | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung | | 219 | 139 | 0,765 | |
| G23B | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsioolyse oder Alter < 14 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung | | 232 | 163 | 0,810 | |
| G23C | Appendektomie oder laparoskopische Adhäsioolyse außer bei Peritonitis, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung | | 219 | 171 | 0,764 | |
| G24A | Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand | | 361 | 160 | 1,263 | |
| G24B | Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand | | 190 | 168 | 0,664 | |
| G26Z | Andere Eingriffe am Anus | | 140 | 181 | 0,491 | |
| G27A | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, mit äußerst schweren CC | | 3.176 | 166 | 11,104 | |
| G27B | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 8 Bestrahlungen, ohne äußerst schwere CC | | 2.075 | 166 | 7,255 | |
| G29Z | Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag | | 730 | 167 | 2,552 | |
| G33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | | 1.658 | 167 | 5,797 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| G35Z | Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | | 2.070 | 166 | 7,236 | |
| G36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | | 3.125 | 168 | 10,925 | |
| G37Z | Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | | 1.128 | 165 | 3,942 | |
| G38Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | | 1.362 | 169 | 4,761 | |
| G40Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | | 666 | 165 | 2,328 | |
| G46A | Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC oder verbunden mit äußerst schweren, schweren CC oder komplizierendem Eingriff bei Kindern | | 536 | 165 | 1,874 | |
| G46B | Verschiedenartige Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane verbunden mit äußerst schweren CC, schweren CC oder mit komplizierendem Eingriff oder verbunden mit schw. CC bei Kindern, oder Ösophagusperforation oder bestimmte Prozedur | | 397 | 167 | 1,387 | |
| G46C | Verschiedenartige Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopien bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit schw. CC oder bei nicht schw. Erkr. der Verdauungsorgane, mit schw. CC bei Kindern, ohne Ösophagusperforation, ohne bestimmte Prozedur | | 327 | 167 | 1,145 | |
| G47Z | Andere Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie, Alter < 15 Jahre | | 288 | 169 | 1,007 | |
| G48A | Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit schwerer Darminfektion oder bei Zustand nach Organtransplantation | | 421 | 163 | 1,472 | |
| G48B | Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, mit komplizierender Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation | | 323 | 162 | 1,128 | |
| G48C | Koloskopie ohne wenig komplexe Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne schwere Darminfektion, außer bei Zustand nach Organtransplantation | | 351 | 166 | 1,228 | |
| G50Z | Gastroskopie ohne wenig komplexe Gastroskopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 14 Jahre | | 337 | 166 | 1,178 | |
| G51Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | x | 1.059 | 108 | 3,702 | 0,081 |
| G52Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | | 572 | 159 | 1,998 | |
| G60A | Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC | | 268 | 166 | 0,937 | |
| G60B | Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC | | 135 | 170 | 0,471 | |
| G64A | Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC | | 383 | 165 | 1,338 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| G64B | Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC | | 186 | 178 | 0,649 | |
| G65Z | Obstruktion des Verdauungstraktes | | 172 | 167 | 0,601 | |
| G66Z | Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC | | 210 | 161 | 0,733 | |
| G67A | Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit bestimmter komplizierender Diagnose oder mit komplexer Prozedur oder mit Dialyse | | 222 | 169 | 0,777 | |
| G67B | Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder > 74 Jahre oder schweren CC bei bestimmter Diagnose | | 176 | 181 | 0,617 | |
| G67C | Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC | | 152 | 180 | 0,530 | |
| G70A | Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre | | 150 | 159 | 0,524 | |
| G70B | Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre | | 242 | 164 | 0,847 | |
| G71Z | Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane | | 175 | 166 | 0,613 | |
| G72A | Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre | | 91 | 136 | 0,319 | |
| 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 | | 114 | 180 | 0,398 | |
| G73Z | Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag | | 292 | 165 | 1,021 | |
| G74Z | Hämorrhoiden | | 183 | 156 | 0,639 | |
| G77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane | | 391 | 162 | 1,368 | |
| H01A | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, mit komplexem Eingriff | | 1.154 | 165 | 4,035 | |
| H01B | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie, ohne komplexen Eingriff | | 1.004 | 170 | 3,510 | |
| H02A | Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen bei bösartiger Neubildung | | 979 | 162 | 3,424 | |
| H02B | Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen außer bei bösartiger Neubildung | | 898 | 165 | 3,140 | |
| H05Z | Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen | | 618 | 165 | 2,161 | |
| H06A | Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation | | 773 | 166 | 2,702 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| H06B | Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, mit selektiver Embolisation | | 431 | 164 | 1,507 | |
| H06C | Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas, ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation, ohne selektive Embolisation | | 376 | 166 | 1,316 | |
| H07A | Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation | | 655 | 161 | 2,290 | |
| H07B | Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation | | 482 | 164 | 1,686 | |
| H08A | Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer oder komplizierender Diagnose | | 520 | 162 | 1,818 | |
| H08B | Laparoskopische Cholezystektomie ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Diagnose | | 273 | 165 | 0,956 | |
| H09A | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC | | 945 | 168 | 3,305 | |
| H09B | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmtem Eingriff am Pankreas | | 656 | 167 | 2,293 | |
| H09C | Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff am Pankreas | | 496 | 162 | 1,734 | |
| H12A | Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff | | 774 | 170 | 2,705 | |
| H12B | Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff | | 341 | 164 | 1,191 | |
| H15Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen | | 2.666 | 144 | 9,321 | |
| H16Z | Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag | | 488 | 163 | 1,706 | |
| H33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas | | 1.615 | 164 | 5,647 | |
| H36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas | | 2.024 | 167 | 7,075 | |
| H37Z | Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas | | | | | |
| H38Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas | | 1.434 | 165 | 5,012 | |
| H40Z | Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung | | 406 | 160 | 1,418 | |
| H41A | Komplexe therapeutische ERCP mit äußerst schweren CC oder photodynamische Therapie oder ERCP mit perkutan-transluminalen Verfahren | | 626 | 167 | 2,188 | |
| H41B | Komplexe therapeutische ERCP mit schweren CC, ohne photodynamische Therapie oder Alter < 16 Jahre oder komplexer Eingriff, ohne perkutan-transluminales Verfahren | | 374 | 167 | 1,307 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| H41C | Komplexe therapeutische ERCP ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne photodynamische Therapie, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, oder andere ERCP | | 255 | 164 | 0,893 | |
| H44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas | | 473 | 128 | 1,654 | |
| H60Z | Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC | | 420 | 162 | 1,468 | |
| H61A | Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose | | 328 | 163 | 1,146 | |
| H61B | Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose | | 172 | 168 | 0,600 | |
| H62A | Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter < 16 Jahre | | 182 | 108 | 0,636 | |
| H62B | Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung mit akuter Pankreatitis, Alter > 15 Jahre oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC | | 266 | 180 | 0,931 | |
| H62C | Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung ohne akute Pankreatitis | | 219 | 157 | 0,765 | |
| 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. | | 351 | 165 | 1,228 | |
| 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 | | 282 | 163 | 0,986 | |
| 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 | | 164 | 164 | 0,573 | |
| H64Z | Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen | | 185 | 178 | 0,647 | |
| H78Z | Komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas | | 688 | 166 | 2,406 | |
| I01Z | Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose | | 1.300 | 168 | 4,545 | |
| 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 | | 2.187 | 167 | 7,645 | |
| I02B | Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation, auß. an d. Hand, m. kompliz. Konst., Ingr. 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 | | 1.785 | 169 | 6,240 | |
| 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 | | 1.139 | 166 | 3,980 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| I02D | Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit äußerst schweren CC | | 928 | 169 | 3,244 | |
| I03A | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesse od. Alter < 16 Jahre od. beidseitige Eingriffe od. mehrere große Eingr. an Gelenken der unteren Extremität mit kompl. Eingr., mit äußerst schw. CC, od. Eingr. an mehreren Lok. | | 1.099 | 170 | 3,842 | |
| I03B | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesse od. Alter < 16 Jahre od. beidseitige Eingriffe od. mehrere große Eingr. an Gelenken der unteren Extremität mit kompl. Eingr., oh. äußerst schw. CC, oh. Eingr. an mehreren Lok. | | 789 | 166 | 2,758 | |
| I04Z | Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesse | | 733 | 164 | 2,563 | |
| I05A | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesse, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC | | 614 | 167 | 2,146 | |
| I05B | Anderer großer Gelenkersatz | | 489 | 165 | 1,710 | |
| I06A | Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit Wirbelsäulenrelease oder mit bestimmtem mehrzeitigem Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation, oder bei Para- / Tetrapl. mit äußerst schweren CC | | 1.625 | 166 | 5,681 | |
| 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 | 165 | 4,075 | |
| I06C | Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexem Eingriff an Wirbelsäule ohne schwer entz. Erkr. oder mit Wirbelkörperersatz oder bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder Halotraktion | | 1.189 | 170 | 4,158 | |
| I06D | Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne Wirbelkörperersatz, ohne schwere entzündliche Erkrankung, ohne bösartige Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Halotraktion | | 553 | 141 | 1,933 | |
| I07Z | Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | | 650 | 160 | 2,274 | |
| I08A | And. mäßig kompl. Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Mehrfacheingriff oder mit sehr kompl. Diagnosen, mit Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur oder mit best. Eingriff bei Beckenfraktur | | 994 | 160 | 3,474 | |
| I08B | And. mäßig kompl. Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Mehrfacheingriff oder mit sehr kompl. Diagnosen, ohne Osteotomie oder Muskel- / Gelenkplastik bei Zerebralparese oder Kontraktur, ohne best. Eingriff bei Beckenfraktur, Alter < 16 Jahre | | 553 | 117 | 1,934 | |
| I08C | And. mäßig kompl. Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Mehrfacheingr. od. sehr kompl. Diagn., Alter > 15 J. od. mit kompl. Eingr. od. auß. schweren CC bei best. Beckenrepositionen | | 869 | 170 | 3,037 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| I08D | And. mäßig kompl. Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit kompl. Eingriff od. äußerst schweren CC, oh. Osteotomie od. Muskel- / Gelenkplastik, od. oh. kompl. Eingr., oh. äuß. schw. CC, mit best. Beckenrep., oh. Osteotomie od. Muskel- / Gelenkplastik | | 530 | 171 | 1,854 | |
| I08E | And. mäßig kompl. Eingr. an Hüftgel. und Femur m. kompl. Eingr. od. äuß. schw. CC ohne best. Beckenrep. mit Osteotomie od. Muskel- / Gelenkplastik od. ohne kompl. Eingr., ohne äuß. schw. CC, mit Osteot. od. Muskel- / Gelenkplastik, oh. best. Beckenrep. | | 484 | 140 | 1,691 | |
| I08F | And. Eingr. an Hüftgel. und Femur oh. kompl. Mehrfacheingr., oh. sehr kompl. Diagn., oh. kompl. Eingr., oh. äußerst schw. CC, oh. Osteot. od. Muskel- / Gelenkpl., oh. mäßig kompl. Eingr. und m. Knochentranspl. und -transp. am dist. Femur od. Revision | | 391 | 170 | 1,366 | |
| I08G | And. Eingr. Hüftgel. u. Femur od. Ers. Hüftgel. m. Eingr. an oberer Extremität od. WS, oh. mäßig komplexer Eingriff, oh. Knochentransplantation und -transposition am distalen Femur oder Revision ohne Wechsel Endoprothetik Hüfte | | 240 | 147 | 0,839 | |
| I09A | Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, mit sehr kompl. Osteosynthese und äuß. schw. CC od. mehrz. kompl. Eingr. od. kompl. Eingr. m. WK-Ersatz. od. versch. kompl. Eing. an mehreren Seg. | | 1.120 | 171 | 3,915 | |
| I09B | Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne sehr kompl. Osteosynth., ohne mehrz. kompl. Eingr., mit kompl. Osteosynth. und äußerst schw. CC | | 1.098 | 169 | 3,839 | |
| 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 | | 889 | 173 | 3,107 | |
| 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 | | 692 | 171 | 2,418 | |
| 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. intervertebrale Cages > 2 Seg. | | 533 | 167 | 1,863 | |
| 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. | | 381 | 169 | 1,331 | |
| I10A | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schwerem CC | | 756 | 172 | 2,641 | |
| I10B | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para- / Tetraplegie, od. Wirbelfraktur mit bestimmten Eingriffen an Wirbelsäule, Spinalkanal und Bandscheibe ohne äußerst schw. CC | | 498 | 170 | 1,741 | |
| I10C | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an d. Wirbelsäule, mit intervertebralem Cage 1 Seg. od. bei best. Spinalkanalstenose od. best. Bandscheibenschäden | | 363 | 158 | 1,269 | |
| I10D | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit kompl. Eingriff an d. Wirbelsäule, ohne intervertebralem Cage 1 Seg., ohne best. Spinalkanalstenose, ohne Bandscheibenschäden | | 378 | 168 | 1,320 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| I10E | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingr. an d. WS, ohne auß. schw. CC, ohne Halotraktion, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne Wirbelfraktur, mit mäßig kompl. Eingriff | | 323 | 170 | 1,129 | |
| I10F | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne Halotraktion, auß. bei Para- / Tetraplegie, ohne Wirbelfraktur, ohne mäßig kompl. Eingriff, mit wenig kompl. Eingriff | | 328 | 158 | 1,146 | |
| I10G | Andere Eingriffe an der Wirbelsäule, ohne kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne Halotraktion, auß. bei Para- / Tetraplegie, ohne Wirbelfraktur, ohne mäßig kompl. Eingriff, ohne wenig kompl. Eingriff | | 176 | 154 | 0,616 | |
| I11Z | Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität | | 559 | 119 | 1,955 | |
| I12A | Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC | | 734 | 166 | 2,567 | |
| 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 | | 503 | 173 | 1,759 | |
| 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 | | 328 | 163 | 1,146 | |
| I13A | Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese mit komplizierenden Eingriffen am Humerus | | 668 | 164 | 2,336 | |
| I13B | Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Mehrfacheingriff oder aufwändiger Osteosynthese ohne komplizierenden Eingriffen am Humerus | | 572 | 165 | 1,999 | |
| 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 | | 472 | 171 | 1,649 | |
| I13D | Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit komplexem Eingriff oder schwerem Weichteilschaden oder komplexer Osteotomie bei mäßig komplexem Eingriff oder Pseudarthrose | | 376 | 168 | 1,313 | |
| I13E | Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk mit mäßig komplexem Eingriff oder bei Pseudarthrose | | 338 | 165 | 1,180 | |
| I13F | Bestimmte Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk, ohne aufwändige Osteosynthese, ohne Mehrfacheingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne schweren Weichteilschaden, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne Pseudarthrose | | 247 | 168 | 0,863 | |
| I14Z | Revision eines Amputationsstumpfes | | 377 | 138 | 1,318 | |
| I15A | Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder außer Materialentfernung, Alter < 16 Jahre | | 744 | 153 | 2,602 | |
| I15B | Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, Alter > 15 Jahre oder Materialentfernung | | 530 | 163 | 1,853 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| I16Z | Andere Eingriffe am Schultergelenk oder an der Klavikula, oder offene Repositionen bei einer Klavikulafraktur | | 215 | 163 | 0,750 | |
| I17Z | Operationen am Gesichtsschädel | | 378 | 162 | 1,322 | |
| I18A | Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk | | 210 | 162 | 0,732 | |
| I18B | Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk | | 173 | 163 | 0,604 | |
| I20A | Eingriffe am Fuß, mit mehreren hochkomplexen Eingriffen, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose, mit Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks oder mit bestimmter Arthrodesse | | 579 | 164 | 2,024 | |
| 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 | | 423 | 162 | 1,480 | |
| 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. | | 295 | 161 | 1,030 | |
| I20D | Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe, mit Eingriff an mehr als einem Strahl oder chronischer Polyarthritis | | 252 | 156 | 0,882 | |
| I20E | Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter < 16 Jahre | | 176 | 154 | 0,615 | |
| I20F | Eingriffe am Fuß ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre | | 203 | 167 | 0,710 | |
| 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 | | 227 | 169 | 0,794 | |
| 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 | | 881 | 165 | 3,079 | |
| 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 | | 715 | 181 | 2,500 | |
| I23A | Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule mit komplizierendem Eingriff am Knochen | | 199 | 160 | 0,695 | |
| I23B | Lokale Exzision und Entfernung von Osteosynthesematerial außer an Hüftgelenk, Femur und Wirbelsäule ohne komplizierenden Eingriff am Knochen | | 162 | 159 | 0,567 | |
| I24Z | Arthroskopie einschließlich Biopsie oder andere Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm | | 159 | 161 | 0,556 | |
| I26Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe- / Hauttransplantation | | 1.899 | 170 | 6,640 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| I27A | Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff, oder mit äußerst schweren CC oder bösartiger Neubildung und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexe Eingr. | | 902 | 166 | 3,154 | |
| I27B | Eingr. am Weichteilg. oder kleinfl. Gewebetransplant., ohne best. Diagn. und best. Eingriff, ohne auß. schw. CC oder bösartige Neub. und schw. CC, ohne schw. CC und mit bösartiger Neub. bei best. Eingr. am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebetransplant. | | 675 | 172 | 2,361 | |
| I27C | Eingr. am Weichteilg. oder kleinfl. Gewebetransplant., oh. best. Diagnose und best. Eingriff, oh. äußerst schw. CC oder bösartige Neub. und schw. CC, mit schw. CC u. mit bösartige Neub. bei best. Eingr. am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebetransplant. | | 361 | 170 | 1,262 | |
| I27D | Eingr. am Weichteilg. oder kleinfl. Gewebetransplant., oh. best. Diagnose und best. Eingriff, oh. äußerst schw. CC oder bösartige Neub. und schw. CC, oh. schw. CC und oh. bösartige Neub. bei best. Eingr. am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebetransplant. | | 227 | 169 | 0,792 | |
| I28A | Komplexe Eingriffe am Bindegewebe | | 437 | 160 | 1,527 | |
| I28B | Mäßig komplexe Eingriffe am Bindegewebe | | 352 | 170 | 1,229 | |
| I28C | Andere Eingriffe am Bindegewebe | | 199 | 163 | 0,696 | |
| I29A | Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen | | 328 | 155 | 1,147 | |
| I29B | Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, ohne komplizierende Diagnose oder ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen | | 249 | 163 | 0,871 | |
| I30Z | Komplexe Eingriffe am Kniegelenk oder arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk | | 283 | 166 | 0,988 | |
| I31A | Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwändigen Eingriffen am Unterarm | | 483 | 158 | 1,687 | |
| I31B | Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand | | 338 | 163 | 1,181 | |
| I32A | Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwändigem rekonstruktiven Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand | | 532 | 162 | 1,860 | |
| 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. | | 310 | 137 | 1,083 | |
| 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. | | 385 | 137 | 1,347 | |
| 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 | | 263 | 162 | 0,919 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| I32E | Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter < 6 Jahre | | 172 | 132 | 0,602 | |
| I32F | Mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, Alter > 5 Jahre | | 202 | 164 | 0,705 | |
| I32G | Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe | | 147 | 157 | 0,515 | |
| I33Z | Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen | | 497 | 117 | 1,737 | |
| I34Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | | 771 | 171 | 2,697 | |
| I36Z | Beidseitige Implantation einer Endoprothese an Hüft- und/oder Kniegelenk | | 788 | 159 | 2,753 | |
| I37Z | Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität | | 954 | 142 | 3,335 | |
| I39Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen | | 2.450 | 168 | 8,566 | |
| I40Z | Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | x | 604 | 135 | 2,111 | 0,071 |
| I41Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | | 465 | 162 | 1,626 | |
| I42Z | Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | | 283 | 159 | 0,991 | |
| I43A | Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, mit äußerst schweren CC | | 1.019 | 162 | 3,561 | |
| I43B | Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk, ohne äußerst schwere CC | | 645 | 167 | 2,254 | |
| I44A | Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC oder Korrektur einer Brustkorbdeformität | | 794 | 166 | 2,777 | |
| I44B | Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schweren CC oder ohne Korrektur einer Brustkorbdeformität | | 639 | 167 | 2,234 | |
| I44C | Verschiedene Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk | | 399 | 165 | 1,396 | |
| I45A | Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment | | 444 | 136 | 1,552 | |
| I45B | Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente | | 370 | 157 | 1,292 | |
| I46A | Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen | | 947 | 161 | 3,312 | |
| I46B | Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen | | 622 | 168 | 2,176 | |
| I47A | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff oder mit Implantation / Wechsel einer Radiuskopfprothese | | 482 | 165 | 1,687 | |
| I47B | Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesese, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierenden Eingriff | | 479 | 170 | 1,675 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| I50Z | Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne schweren Weichteilschaden, ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 447 | 166 | 1,561 | |
| I54Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 9 Bestrahlungen bei bösartiger Neubildung | | 813 | 168 | 2,842 | |
| I59Z | Anderer Eingriffe an Humerus, Tibia, Fibula und Sprunggelenk oder mäßig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm | | 179 | 156 | 0,626 | |
| I60Z | Frakturen am Femurschaft, Alter < 3 Jahre | | 270 | 117 | 0,945 | |
| I64A | Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre | | 286 | 152 | 0,998 | |
| I64B | Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC | | 327 | 159 | 1,143 | |
| I64C | Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 215 | 158 | 0,752 | |
| I65A | Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie | | 214 | 156 | 0,748 | |
| I65B | Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie | | 199 | 168 | 0,697 | |
| I65C | Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC | | 212 | 167 | 0,740 | |
| I66A | Anderer Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC | | 509 | 164 | 1,778 | |
| I66B | Anderer Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC oder Frakturen an Becken und Schenkelhals | | 230 | 169 | 0,805 | |
| I66C | Anderer Erkrankungen des Bindegewebes, ein Belegungstag | | 75 | 162 | 0,264 | |
| I68A | Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie, bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie | | 696 | 157 | 2,432 | |
| I68B | Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, mit schw. CC oder bei Para- / Tetraplegie, Alter > 65 Jahre oder mit kompl. Diagnose außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie | | 331 | 165 | 1,158 | |
| I68C | Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im WS-Bereich, mehr als ein Belegungstag, mit schw. CC, Alter > 65 Jahre od. auß. schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplexe Diagnose, außer bei Diszitis od. infektiöser Spondylopathie | | 326 | 161 | 1,141 | |
| I68D | Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verl. im WS-Bereich, mehr als ein Belegungstag, bei and. Femurfraktur, Alt. < 65 J., mit schw. CC, oh. auß. schw. CC, auß. b. Para- / Tetraplegie, auß. b. Diszitis od. infekt. Spondylopathie, oh. kompl. Diagn. | | 208 | 183 | 0,726 | |
| I68E | Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag | | 92 | 177 | 0,322 | |
| I69A | Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien mit komplexer Diagnose oder Muskel- und Sehnenkrankungen bei Para- / Tetraplegie | | 232 | 163 | 0,810 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| I69B | Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathien ohne komplexe Diagnose | | 206 | 167 | 0,719 | |
| I71A | Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur | | 167 | 117 | 0,584 | |
| I71B | Muskel- und Sehnenkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur | | 160 | 180 | 0,560 | |
| I72Z | Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft, Alter > 2 Jahre | | 285 | 162 | 0,998 | |
| I73Z | Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes | | 178 | 163 | 0,624 | |
| I74A | Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien | | 195 | 175 | 0,680 | |
| I74B | Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre | | 114 | 133 | 0,398 | |
| I74C | Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre | | 138 | 172 | 0,481 | |
| I75A | Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC | | 239 | 160 | 0,834 | |
| 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 | | 169 | 181 | 0,591 | |
| I76A | Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre | | 254 | 163 | 0,888 | |
| I76B | Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre | | 164 | 168 | 0,574 | |
| I77Z | Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk | | 156 | 175 | 0,544 | |
| I78Z | Leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk | | 129 | 170 | 0,452 | |
| I79Z | Fibromyalgie | | 238 | 158 | 0,832 | |
| I95Z | Implantation einer Tumorendoprothese oder Knochentotalersatz am Femur | | 975 | 167 | 3,410 | |
| I96Z | Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage | x | 1.003 | 136 | 3,507 | 0,074 |
| I97Z | Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | | 347 | 157 | 1,214 | |
| I98Z | Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe | | 1.444 | 169 | 5,047 | |
| J01Z | Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma | | 1.007 | 162 | 3,521 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| J02A | Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion / Entzündung od. ausgedehnte Lymphad. od. Gewebetranspl. mit mikrovask. Anastomos., mit auß. schw. CC bei Para- / Tetraplegie od. mit kompl. Eingr. | | 1.105 | 165 | 3,864 | |
| J02B | Hauttranspl. od. Lappenpl. an d. unt. Extr. b. Ulkus/Infekt./ Entz. od. ausged. Lymphad. od. Gewebetranspl. m. mikrovask. Anastomos., m. auß. schw. CC auß. b. Para- / Tetrapl., oh. kompl. Eingr. od. oh. auß. schw. CC, m. kompl. Eingr. | | 762 | 167 | 2,665 | |
| J02C | Hauttransplantation oder Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff | | 469 | 164 | 1,640 | |
| J03Z | Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung | | 337 | 163 | 1,177 | |
| J04Z | Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung | | 231 | 164 | 0,807 | |
| J06Z | Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung | | 482 | 161 | 1,685 | |
| J07A | Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, mit beidseitigem Eingriff | | 476 | 161 | 1,665 | |
| J07B | Kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff | | 390 | 180 | 1,363 | |
| 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 | | 580 | 146 | 2,028 | |
| J08B | Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexe Prozedur, mit bestimmtem Eingriff an Haut, Unterhaut und Mamma, mit äußerst schweren CC | | 576 | 168 | 2,013 | |
| 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 | | 312 | 144 | 1,090 | |
| J09A | Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre | | 125 | 135 | 0,438 | |
| J09B | Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre | | 119 | 156 | 0,417 | |
| J10A | Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma bei bösartiger Neubildung | | 225 | 163 | 0,787 | |
| J10B | Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma außer bei bösartiger Neubildung | | 196 | 144 | 0,684 | |
| J11A | Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit bestimmtem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisierung bei Hämangiom | | 333 | 162 | 1,165 | |
| 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 | | 228 | 171 | 0,797 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| J11C | Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma ohne komplizierende Diagnose, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne selektive Embolisation bei Hämangiom, ohne mäßig komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose | | 148 | 171 | 0,517 | |
| J14A | Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösart. Neubild. mit aufwändiger Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei bösart. Neubild. oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. | | 595 | 157 | 2,079 | |
| J14B | Plastische Rekonstruktion der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne aufwändige Rekonstruktion | | 301 | 117 | 1,051 | |
| J16Z | Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung oder Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, ohne beidseitige Prothesenimplantation | | 660 | 165 | 2,307 | |
| J17Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen | | 2.926 | 167 | 10,230 | |
| J18Z | Andere Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag | | 898 | 164 | 3,140 | |
| J21Z | Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC | | 376 | 168 | 1,314 | |
| J22A | Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit Weichteildeckung | | 234 | 159 | 0,818 | |
| J22B | Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne Weichteildeckung | | 205 | 165 | 0,716 | |
| J23Z | Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung | | 384 | 165 | 1,341 | |
| J24A | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik | | 305 | 153 | 1,065 | |
| J24B | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik | | 401 | 161 | 1,403 | |
| J24C | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff | | 218 | 140 | 0,761 | |
| J24D | Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff | | 155 | 161 | 0,543 | |
| J25Z | Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 209 | 160 | 0,732 | |
| 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 | | 872 | 143 | 3,049 | |
| J35Z | Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma | | 1.354 | 164 | 4,734 | |
| J44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma | | 500 | 158 | 1,746 | |
| 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 | | 322 | 160 | 1,124 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| J61B | Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose | | 251 | 162 | 0,877 | |
| J61C | Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag | | 177 | 165 | 0,619 | |
| J62A | Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC | | 322 | 165 | 1,126 | |
| J62B | Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC | | 141 | 167 | 0,492 | |
| J64A | Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC | | 371 | 163 | 1,297 | |
| J64B | Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC | | 171 | 181 | 0,596 | |
| J65Z | Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma | | 118 | 178 | 0,413 | |
| J67Z | Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte bis moderate Hauterkrankungen | | 140 | 180 | 0,488 | |
| J68A | Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose | | 89 | 160 | 0,310 | |
| J68B | Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose | | 75 | 174 | 0,261 | |
| J77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma | | 315 | 160 | 1,102 | |
| K01Z | Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung | x | 1.014 | 111 | 3,546 | 0,077 |
| K03A | Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre | | 811 | 161 | 2,835 | |
| K03B | Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre | | 732 | 169 | 2,560 | |
| K04A | Große Eingriffe bei Adipositas mit komplexem Eingriff | | 509 | 162 | 1,779 | |
| K04B | Große Eingriffe bei Adipositas ohne komplexen Eingriff | | 310 | 135 | 1,084 | |
| 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 | | 1.182 | 164 | 4,132 | |
| K06B | Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne äußerst schwere CC, bei bösartiger Neubildung | | 355 | 158 | 1,240 | |
| K06C | Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, mit Parathyreoidektomie oder auß. schw. oder schw. CC, ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, außer bei bösartiger Neubildung | | 371 | 164 | 1,298 | |
| K06D | Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne Parathyreoidektomie, ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 286 | 167 | 1,001 | |
| K07Z | Andere Eingriffe bei Adipositas | | 465 | 161 | 1,624 | |
| K09A | Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter < 7 Jahre oder äußerst schwere CC | | 792 | 167 | 2,768 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| K09B | Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, mit komplexem Eingriff | | 389 | 168 | 1,361 | |
| K09C | Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexen Eingriff | | 307 | 162 | 1,073 | |
| K14Z | Eingriffe an der Nebenniere außer bei bösartiger Neubildung und ausgedehnte Lymphadenektomie | | 533 | 165 | 1,865 | |
| K15A | Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, außer Radiojodtherapie | | 858 | 149 | 3,001 | |
| K15B | Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie | | 234 | 139 | 0,819 | |
| K15C | Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie | | 232 | 110 | 0,810 | |
| K15D | Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie | | 183 | 156 | 0,639 | |
| K25Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | | 612 | 164 | 2,139 | |
| K33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | | 1.383 | 163 | 4,836 | |
| K38Z | Hämophagozytäre Erkrankungen | | 376 | 155 | 1,313 | |
| K43Z | Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | x | 736 | 91 | 2,572 | 0,079 |
| K44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | | 495 | 161 | 1,730 | |
| K60A | Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 16 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus | | 228 | 154 | 0,797 | |
| K60B | Diabetes mellitus mit äußerst schweren CC oder schwere Ernährungsstörungen, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus | | 366 | 166 | 1,279 | |
| K60C | Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus | | 150 | 108 | 0,526 | |
| K60D | Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter > 15 Jahre | | 254 | 165 | 0,886 | |
| K60E | Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus | | 190 | 164 | 0,664 | |
| K62A | Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetraplegie oder mit komplizierender Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder äußerst schweren CC | | 272 | 167 | 0,950 | |
| K62B | Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne komplizierende Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC | | 187 | 169 | 0,655 | |
| K63A | Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose | | 187 | 163 | 0,653 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| K63B | Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose | | 230 | 161 | 0,804 | |
| K63C | Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag | | 92 | 159 | 0,321 | |
| K64A | Endokrinopathien, mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC | | 382 | 162 | 1,335 | |
| K64B | Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre | | 238 | 159 | 0,833 | |
| K64C | Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter Diagnose | | 314 | 164 | 1,099 | |
| K64D | Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC | | 195 | 184 | 0,683 | |
| K77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten | | 350 | 159 | 1,225 | |
| L02A | Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie | | 1.134 | 161 | 3,966 | |
| L02B | Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz, oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse | | 532 | 162 | 1,861 | |
| L02C | Operatives Einbringen eines Peritonealdialysekatheters, Alter > 9 Jahre, ohne akute Niereninsuffizienz, ohne chronische Niereninsuffizienz mit Dialyse | | 252 | 157 | 0,879 | |
| L03Z | Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm | | 943 | 172 | 3,296 | |
| L04A | Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter < 16 Jahre | | 509 | 165 | 1,778 | |
| L04B | Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, Alter > 15 Jahre | | 512 | 165 | 1,791 | |
| L05A | Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC | | 545 | 163 | 1,905 | |
| L05B | Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC | | 292 | 160 | 1,022 | |
| L06A | Kleine Eingriffe an der Harnblase mit äußerst schweren CC | | 479 | 170 | 1,673 | |
| L06B | Kleine Eingriffe an der Harnblase ohne äußerst schwere CC | | 206 | 168 | 0,720 | |
| L08A | Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter < 6 Jahre | | 319 | 140 | 1,116 | |
| L08B | Komplexe Eingriffe an der Urethra, Alter > 5 Jahre | | 344 | 142 | 1,203 | |
| L09A | Andere Eingriffe bei Erkr. der Harnorgane mit Anlage eines Dialyseshunt bei akuter Niereninsuff. od. bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse od. auß. Anl. e. Dialyseshunts, m. Kalziphylaxie, kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alter < 2 J. od. auß. schw. CC | | 940 | 169 | 3,286 | |
| 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 | | 498 | 166 | 1,741 | |
| L09C | Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane außer Anlage eines Dialyseshunts, ohne Kalziphylaxie, Alter < 2 Jahre oder äußerst schw. CC, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne kompl. Eingriff, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC, mit Schilddrüsenresektion | | 598 | 168 | 2,089 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| L09D | Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne Schilddrüsenresektion | | 264 | 169 | 0,924 | |
| L10Z | Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multiviszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm | | 1.228 | 169 | 4,292 | |
| L11Z | Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC | | 589 | 158 | 2,059 | |
| L12Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag | | 1.194 | 168 | 4,174 | |
| L13A | Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit CC | | 627 | 170 | 2,192 | |
| L13B | Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC | | 524 | 167 | 1,832 | |
| L17A | Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter < 16 Jahre | | 155 | 142 | 0,542 | |
| L17B | Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, Alter > 15 Jahre | | 171 | 164 | 0,599 | |
| L18A | Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit äußerst schweren CC | | 622 | 168 | 2,174 | |
| L18B | Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale u. and. retroperitoneale Eingr. oh. ESWL, ohne auß. schw. CC od. transurethr. Eingr. außer Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskopien, b. Para- / Tetrapl., m. auß. schw. CC | | 398 | 169 | 1,392 | |
| L19Z | Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermoablation der Niere | | 359 | 158 | 1,255 | |
| L20A | Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien, außer bei Para- / Tetraplegie oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, mit äußerst schweren CC | | 432 | 166 | 1,511 | |
| L20B | Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, mit komplexem Eingriff oder fluoreszenzgestützter TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC | | 252 | 165 | 0,881 | |
| L20C | Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureterorenoskopien ohne ESWL, ohne komplexen Eingriff, ohne fluoreszenzgestützte TUR der Harnblase oder andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, ohne äußerst schwere CC | | 226 | 168 | 0,789 | |
| L33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane | | 1.941 | 169 | 6,787 | |
| L36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane | | 1.649 | 170 | 5,765 | |
| L37Z | Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane | | 1.107 | 163 | 3,872 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| L38Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane | | 1.420 | 168 | 4,966 | |
| L40Z | Diagnostische Ureterorenoskopie | | 185 | 163 | 0,646 | |
| L42A | Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliären Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie | | 237 | 143 | 0,828 | |
| L42B | Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne auxiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie | | 141 | 160 | 0,493 | |
| L44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane | | 547 | 163 | 1,914 | |
| L60A | Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre | | 705 | 176 | 2,464 | |
| L60B | Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse, mit akutem Nierenversagen oder äußerst schweren CC oder mit Kalziphylaxie, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre | | 526 | 179 | 1,840 | |
| L60C | Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC, ohne Kalziphylaxie | | 363 | 179 | 1,270 | |
| L60D | Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC | | 247 | 181 | 0,864 | |
| L61Z | Stationäre Aufnahme zur Dialyse | x | 97 | 117 | 0,341 | 0,340 |
| L62A | Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC | | 345 | 166 | 1,205 | |
| L62B | Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre | | 157 | 121 | 0,548 | |
| L62C | Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre | | 154 | 166 | 0,539 | |
| L63A | Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern | | 354 | 158 | 1,239 | |
| L63B | Infektionen der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 6 Jahre | | 200 | 122 | 0,700 | |
| 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 | | 288 | 164 | 1,007 | |
| L63D | Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter < 3 Jahre | | 150 | 157 | 0,525 | |
| L63E | Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 2 Jahre und Alter < 6 Jahre | | 138 | 155 | 0,481 | |
| L63F | Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter > 5 Jahre | | 170 | 182 | 0,593 | |
| L64A | Harnsteine und Harnwegsobstruktion mit äußerst schweren oder schweren CC oder Urethrastrikturen, andere leichte bis moderate Erkr. der Harnorgane, mehr als ein Belegtag oder Beschw. und Symptome der Harnorgane oder Urethrozystoskopie | | 149 | 172 | 0,522 | |
| L64B | Harnsteine und Harnwegsobstruktion ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 110 | 176 | 0,384 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| L68A | Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 6 Jahre | | 159 | 162 | 0,556 | |
| L68B | Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 5 Jahre | | 157 | 166 | 0,551 | |
| L69A | Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre | | 193 | 158 | 0,676 | |
| L69B | Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre | | 234 | 165 | 0,819 | |
| L70A | Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre | | 137 | 138 | 0,480 | |
| L70B | Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre | | 84 | 177 | 0,294 | |
| L71Z | Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse | | 144 | 171 | 0,503 | |
| L72Z | Thrombotische Mikroangiopathie oder Hämolytisch-urämisches Syndrom | | 391 | 162 | 1,366 | |
| L73Z | Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag | | 176 | 142 | 0,616 | |
| L74Z | Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie | | 180 | 163 | 0,629 | |
| M01A | Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC | | 1.103 | 168 | 3,856 | |
| M01B | Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC | | 830 | 170 | 2,901 | |
| M02A | Transurethrale Prostataresektion mit äußerst schweren CC | | 504 | 167 | 1,762 | |
| M02B | Transurethrale Prostataresektion ohne äußerst schwere CC | | 309 | 168 | 1,079 | |
| M03A | Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre | | 317 | 140 | 1,110 | |
| M03B | Eingriffe am Penis, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre | | 304 | 121 | 1,063 | |
| M03C | Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre | | 260 | 145 | 0,910 | |
| M04A | Eingriffe am Hoden bei Fournier-Gangrän oder mit äußerst schweren CC | | 433 | 165 | 1,515 | |
| M04B | Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Eingriff am Hoden | | 239 | 164 | 0,836 | |
| M04C | Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter < 3 Jahre | | 168 | 141 | 0,589 | |
| M04D | Eingriffe am Hoden außer bei Fournier-Gangrän, ohne äußerst schwere CC, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmten Eingriff am Hoden | | 168 | 165 | 0,587 | |
| M05Z | Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis und großflächige Ablationen der Haut | | 135 | 164 | 0,471 | |
| M06Z | Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen | | 262 | 163 | 0,917 | |
| M07Z | Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds | | 375 | 140 | 1,312 | |
| 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 | | 474 | 167 | 1,658 | |
| M09B | OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC | | 407 | 167 | 1,423 | |
| M10A | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen | | 2.763 | 148 | 9,659 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| M10B | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen oder interstitielle Brachytherapie | | 626 | 163 | 2,187 | |
| M11Z | Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata | | 331 | 162 | 1,159 | |
| 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 | | 1.012 | 147 | 3,539 | |
| M38Z | Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane | | 1.480 | 164 | 5,172 | |
| M60A | Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC | | 378 | 166 | 1,323 | |
| M60B | Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, mit hoch- und mittelgradig komplexer Chemotherapie | | 167 | 158 | 0,585 | |
| M60C | Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hoch- und mittelgradig komplexe Chemotherapie | | 158 | 171 | 0,552 | |
| M61Z | Benigne Prostatahyperplasie | | 130 | 166 | 0,456 | |
| M62Z | Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane | | 140 | 164 | 0,490 | |
| M64Z | Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann | | 114 | 161 | 0,399 | |
| N01A | Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation | | 1.739 | 161 | 6,081 | |
| N01B | Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff | | 1.257 | 162 | 4,393 | |
| N01C | Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff | | 1.082 | 169 | 3,784 | |
| N01D | Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC | | 866 | 167 | 3,027 | |
| N01E | Beckeneviszeration bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 737 | 167 | 2,578 | |
| N02A | Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane od. best. laparoskop. Resektion an Sigma und Rektum od. Rekonstr. von Vagina und Vulva, mit äuß. schw. CC | | 842 | 169 | 2,943 | |
| N02B | Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mit CC oder best. laparoskopische Resektion an Sigma und Rektum od. Rekonstruktion von Vagina und Vulva | | 531 | 167 | 1,856 | |
| N02C | Eingriffe an Uterus und Adnexen und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ohne CC | | 362 | 178 | 1,266 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| N04Z | Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexem Eingriff oder selektive Embolisation an anderen abdominalen Gefäßen | | 401 | 163 | 1,402 | |
| N05A | Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC | | 513 | 158 | 1,794 | |
| N05B | Ovariektomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 245 | 160 | 0,856 | |
| N06Z | Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen | | 280 | 163 | 0,979 | |
| N07Z | Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose | | 243 | 161 | 0,849 | |
| N08Z | Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen | | 219 | 174 | 0,767 | |
| N09A | Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag | | 336 | 122 | 1,176 | |
| N09B | Andere Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva | | 128 | 178 | 0,446 | |
| N10Z | Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation | | 130 | 177 | 0,455 | |
| N11A | Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff | | 613 | 162 | 2,142 | |
| N11B | Andere OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen ohne bestimmten Eingriff | | 395 | 165 | 1,380 | |
| N13A | Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 80 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC | | 291 | 156 | 1,018 | |
| N13B | Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 143 | 155 | 0,501 | |
| N14Z | Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC | | 323 | 165 | 1,131 | |
| N15Z | Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, mehr als 9 Bestrahlungen | | 2.834 | 165 | 9,908 | |
| N16Z | Strahlentherapie, weniger als 10 Bestrahlungen oder Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag | | 693 | 164 | 2,422 | |
| N21Z | Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder komplexe Myomenukulation | | 287 | 163 | 1,002 | |
| N23Z | Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukulation | | 286 | 159 | 0,999 | |
| N25Z | Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose, oder diagnostische Laparoskopie, oder best. Eingriff an den Parametrien | | 188 | 177 | 0,658 | |
| N33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane | | 1.873 | 145 | 6,547 | |
| N34Z | Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane | | 937 | 166 | 3,277 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| N38Z | Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane | | 1.578 | 167 | 5,516 | |
| N60A | Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC | | 352 | 165 | 1,229 | |
| N60B | Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC | | 151 | 168 | 0,527 | |
| N61Z | Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane | | 121 | 169 | 0,422 | |
| N62A | Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose | | 117 | 174 | 0,410 | |
| N62B | Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose | | 84 | 170 | 0,292 | |
| O01A | Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, Schwangerschaftsdauer bis 25 vollendete Wochen (SSW) oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft | | 623 | 164 | 2,177 | |
| O01B | Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diagnosen, Schwangerschaftsdauer > 25 vollend. Wochen (SSW), ohne intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., oh. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. mit kompl. Diag., mit od. oh. kompliz. Diag., mit auß. schw. CC | | 462 | 170 | 1,614 | |
| O01C | Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., oh. Mehrlingsschw. od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. auß. schw. CC | | 410 | 173 | 1,432 | |
| O01D | Sekundäre Sectio caesarea m. mehrer. kompliz. Diagn., Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen (SSW), oh. intraut. Ther., oh. kompliz. Konst., ohne Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., mit od. ohne kompliz. Diag., oh. auß. schw. CC | | 290 | 170 | 1,015 | |
| O01E | Sekundäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose | | 264 | 168 | 0,922 | |
| O01F | Primäre Sectio caesarea ohne auß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplizierende oder komplexe Diagnose, SSW > 33 vollendete Wochen | | 252 | 171 | 0,881 | |
| O01G | Primäre Sectio caesarea mit komplizierender Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose | | 247 | 170 | 0,865 | |
| O01H | Primäre Sectio caesarea ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW), ohne komplexe Diagnose | | 234 | 171 | 0,816 | |
| O02A | Vaginale Entbindung mit kompl. OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollend. Wochen od. mit intrauteriner Therapie od. kompliz. Konstellation od. best. Operation am Uterus od. Nephrektomie | | 313 | 170 | 1,095 | |
| O02B | Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. Operation am Uterus, ohne Nephrektomie | | 200 | 150 | 0,700 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| O03Z | Extrauteringravidität | | 208 | 169 | 0,728 | |
| O04A | Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur mit komplexem Eingriff | | 351 | 149 | 1,227 | |
| O04B | Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur ohne komplexen Eingriff | | 131 | 151 | 0,457 | |
| O05A | Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten | | 262 | 134 | 0,917 | |
| O05B | Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten | | 214 | 155 | 0,748 | |
| O06Z | Intrauterine Therapie des Feten | | 134 | 112 | 0,468 | |
| O40Z | Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie | | 108 | 171 | 0,377 | |
| O60A | Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation | | 364 | 168 | 1,271 | |
| O60B | Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne komplizierende Konstellation oder Thromboembolie während der Gestationsperiode ohne OR-Prozedur | | 193 | 168 | 0,673 | |
| O60C | Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose | | 175 | 171 | 0,612 | |
| O60D | Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose | | 161 | 167 | 0,564 | |
| O61Z | Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur | | 114 | 168 | 0,400 | |
| O63Z | Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie | | 90 | 150 | 0,314 | |
| O65A | Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer 20 bis 33 vollendete Wochen | | 254 | 167 | 0,888 | |
| O65B | Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren CC oder komplexer Diagnose oder best. Placenta praevia mit schweren CC, Schwangerschaftsdauer bis 19 oder mehr als 33 vollendete Wochen (SSW) oder mit schweren CC oder 26 bis 33 SSW | | 160 | 173 | 0,559 | |
| O65C | Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne best. Placenta praevia oder ohne schwere CC, Schwangerschaftsdauer bis 25 oder mehr als 33 vollendete Wochen | | 121 | 172 | 0,423 | |
| P01Z | Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur | | 593 | 153 | 2,072 | |
| P02A | Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 480 Stunden | | 3.893 | 163 | 13,608 | |
| P02B | Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 143 und < 481 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen | | 1.923 | 142 | 6,721 | |
| P02C | Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Beatmung > 143 Stunden, ohne Eingriffe bei univentrikulärem Herzen | | 1.386 | 138 | 4,847 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| 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 | | 2.438 | 162 | 8,523 | |
| 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 | | 1.540 | 160 | 5,383 | |
| P03C | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne Beatmung > 120 Stunden oder ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren | | 1.456 | 156 | 5,089 | |
| 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 | | 2.023 | 165 | 7,073 | |
| 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 | | 1.145 | 157 | 4,001 | |
| P04C | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren | | 1.089 | 154 | 3,808 | |
| 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 | | 1.501 | 161 | 5,248 | |
| 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 | | 969 | 158 | 3,388 | |
| P05C | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren | | 731 | 141 | 2,555 | |
| 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 | | 1.317 | 167 | 4,603 | |
| 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 | | 771 | 166 | 2,696 | |
| P06C | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme | | 458 | 164 | 1,602 | |
| P60A | Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur | | 290 | 156 | 1,014 | |
| P60B | Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden | | 180 | 157 | 0,628 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| 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) | | 69 | 108 | 0,243 | |
| P61A | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur | | 4.593 | 161 | 16,057 | |
| P61B | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur | | 3.447 | 155 | 12,051 | |
| P61C | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur | | 3.718 | 161 | 12,998 | |
| P61D | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur | | 2.852 | 155 | 9,969 | |
| P61E | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme | | 873 | 135 | 3,052 | |
| P62A | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur | | 3.224 | 164 | 11,270 | |
| P62B | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur | | 2.520 | 137 | 8,810 | |
| P62C | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur | | 2.086 | 155 | 7,291 | |
| P62D | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme | | 740 | 100 | 2,586 | |
| P63Z | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden | | 1.021 | 135 | 3,570 | |
| P64Z | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden | | 920 | 156 | 3,218 | |
| P65A | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen | | 873 | 155 | 3,052 | |
| P65B | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem | | 733 | 154 | 2,561 | |
| P65C | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem | | 549 | 153 | 1,921 | |
| P65D | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem | | 357 | 135 | 1,247 | |
| P66A | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., mit mehreren schweren Problemen od. Ng., Aufnahmegew. > 2499 g oh. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., m. mehreren schw. Probl., mit Hypothermiebehandlung | | 616 | 161 | 2,155 | |
| P66B | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem | | 479 | 155 | 1,674 | |
| P66C | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem | | 331 | 155 | 1,159 | |
| 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 | | 115 | 88 | 0,402 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| P67A | Neugeborenes, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mit schwerem Problem, mit Hypothermiebehandlung | | 390 | 164 | 1,364 | |
| 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. | | 255 | 163 | 0,891 | |
| 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 | | 182 | 162 | 0,638 | |
| P67D | Neugeborener Einling, Aufnahmegegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag | | 94 | 150 | 0,330 | |
| Q01Z | Eingriffe an der Milz | | 564 | 163 | 1,970 | |
| Q02A | Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC | | 687 | 170 | 2,403 | |
| Q02B | Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter < 6 Jahre | | 301 | 142 | 1,053 | |
| Q02C | Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems ohne äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre | | 344 | 171 | 1,203 | |
| Q03A | Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre | | 211 | 120 | 0,738 | |
| Q03B | Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre | | 211 | 164 | 0,739 | |
| 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 | | 264 | 154 | 0,922 | |
| 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 | | 201 | 136 | 0,704 | |
| 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 | | 193 | 180 | 0,675 | |
| Q60D | Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 16 Jahre | | 126 | 158 | 0,442 | |
| Q60E | Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre | | 163 | 162 | 0,570 | |
| Q61A | Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, mit äußerst schweren CC | | 356 | 162 | 1,246 | |
| Q61B | Erkrankungen der Erythrozyten mit komplexer Diagnose | | 257 | 163 | 0,897 | |
| Q61C | Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter < 16 Jahre | | 89 | 155 | 0,311 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| Q61D | Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, mit aplastischer Anämie, Alter > 15 Jahre | | 185 | 162 | 0,648 | |
| Q61E | Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose, ohne aplastische Anämie, ohne äußerst schwere CC | | 220 | 179 | 0,769 | |
| R01A | Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur | | 1.404 | 170 | 4,909 | |
| R01B | Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur | | 969 | 167 | 3,386 | |
| R01C | Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur | | 1.032 | 169 | 3,607 | |
| R01D | Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur | | 400 | 146 | 1,399 | |
| R02Z | Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen | | 1.211 | 172 | 4,233 | |
| 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 | | 816 | 183 | 2,852 | |
| R04A | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC | | 568 | 171 | 1,987 | |
| R04B | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC | | 447 | 165 | 1,564 | |
| R05Z | Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC | | 2.787 | 164 | 9,743 | |
| R06Z | Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, mehr als 9 Bestrahlungen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC | | 2.414 | 167 | 8,439 | |
| R07A | Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC | | 964 | 163 | 3,370 | |
| R07B | Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, weniger als 10 Bestrahlungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC | | 735 | 161 | 2,569 | |
| R11A | Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre | | 537 | 181 | 1,878 | |
| R11B | Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC | | 317 | 169 | 1,107 | |
| R11C | Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 264 | 162 | 0,922 | |
| R12A | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder bestimmtem kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur | | 929 | 171 | 3,246 | |
| R12B | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur | | 605 | 170 | 2,116 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| R12C | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten kardiothorakalen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur | | 423 | 165 | 1,479 | |
| R13Z | Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC | | 327 | 171 | 1,144 | |
| 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 | | 261 | 161 | 0,914 | |
| R16Z | Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen | | 1.219 | 167 | 4,263 | |
| R36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei hämatologischen und soliden Neubildungen | | 2.583 | 169 | 9,031 | |
| R60A | Akute myeloische Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie | | 1.178 | 165 | 4,116 | |
| R60B | Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplantation | | 662 | 175 | 2,313 | |
| R60C | Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., mit auß. schw. CC oder kompl. Diagnostik bei Leukämie oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit komplizierender Diagnose oder Dialyse oder Portimplant. oder mit auß. schw. CC mit kompl. Diagnostik bei Leukämie | | 533 | 164 | 1,865 | |
| R60D | Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter < 16 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie | | 215 | 133 | 0,753 | |
| R60E | Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth. ohne komplizierende Diagnose, Dialyse, Portimpl., auß. schw. CC oder mit mäßig kompl. Chemoth. mit auß. schw. CC oder mit Dialyse oder auß. schw. CC, Alter > 15 Jahre ohne kompl. Diagnostik bei Leukämie | | 337 | 176 | 1,178 | |
| R60F | Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC oder mit lokaler Chemotherapie | | 210 | 159 | 0,733 | |
| R60G | Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC | | 198 | 163 | 0,692 | |
| 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 | | 759 | 170 | 2,654 | |
| R61B | Lymphom und nicht akute Leukämie mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre, oder mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie | | 578 | 167 | 2,019 | |
| R61C | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre | | 545 | 138 | 1,906 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| R61D | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC od. Tumorlyse-Syndrom od. Blastenkrise, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie | | 374 | 167 | 1,306 | |
| R61E | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre | | 380 | 164 | 1,327 | |
| R61F | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter < 16 Jahre | | 209 | 141 | 0,730 | |
| R61G | Lymphom und nicht akute Leukämie mit komplexer Diagnose oder Knochenaffektionen, Alter > 15 Jahre oder ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, mit komplexer Diagnostik bei Leukämie | | 191 | 168 | 0,666 | |
| R61H | Lymphom und nicht akute Leukämie, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne Knochenaffektionen, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie | | 196 | 168 | 0,684 | |
| R62A | Anderer 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 | | 520 | 166 | 1,819 | |
| R62B | Anderer 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 | | 322 | 169 | 1,127 | |
| R62C | Anderer hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre | | 238 | 168 | 0,833 | |
| R63A | Anderer akute Leukämie mit hochkomplexer Chemotherapie | | 1.665 | 165 | 5,819 | |
| R63B | Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre | | 656 | 155 | 2,292 | |
| R63C | Anderer akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC | | 810 | 160 | 2,832 | |
| R63D | Anderer akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit lokaler Chemotherapie, mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranulozytose od. Portimplantation oder mit äußerst schw. CC | | 452 | 164 | 1,579 | |
| R63E | Anderer akute Leukämie mit intensiver oder mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit äußerst schweren CC | | 413 | 156 | 1,443 | |
| R63F | Anderer akute Leukämie ohne Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder mit äußerst schweren CC | | 345 | 161 | 1,205 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| R63G | Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC | | 205 | 156 | 0,715 | |
| R63H | Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC | | 142 | 156 | 0,498 | |
| R63I | Andere akute Leukämie mit lokaler Chemotherapie oder ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC | | 153 | 156 | 0,534 | |
| R65A | Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre | | 75 | 159 | 0,263 | |
| R65B | Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre | | 93 | 169 | 0,323 | |
| S01Z | HIV-Krankheit mit OR-Prozedur | | 637 | 167 | 2,226 | |
| S60Z | HIV-Krankheit, ein Belegungstag | | 92 | 125 | 0,321 | |
| S62Z | Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit | | 239 | 156 | 0,836 | |
| S63A | Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation | | 794 | 157 | 2,777 | |
| S63B | Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation | | 340 | 161 | 1,189 | |
| S65A | Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC | | 473 | 157 | 1,653 | |
| S65B | Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC | | 248 | 159 | 0,865 | |
| T01A | OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit komplexer OR-Prozedur, komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation | | 951 | 174 | 3,323 | |
| T01B | OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, bei Sepsis | | 669 | 172 | 2,340 | |
| T01C | OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, außer bei Sepsis | | 374 | 172 | 1,308 | |
| T36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte bei infektiösen und parasitären Krankheiten | | 1.527 | 169 | 5,337 | |
| T44Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten | | 579 | 158 | 2,025 | |
| T60A | Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC | | 617 | 165 | 2,157 | |
| T60B | Sepsis mit kompliz. Konstell. od. b. Z. n. Organtransplantation, ohne auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst., auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. auß. schw. CC, Alter < 16 J. od. m. Para-/Tetraplegie | | 339 | 162 | 1,186 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| T60C | Sepsis mit kompliz. Konstell. oder b. Z. n. Organtranspl., ohne äuß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para- / Tetraplegie od. ohne kompliz. Konst. auß. b. Z. n. Organtranspl., m. kompl. Diagn. od. äuß. schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne Para-/Tetraplegie | | 431 | 166 | 1,506 | |
| T60D | Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter < 10 Jahre | | 216 | 157 | 0,755 | |
| T60E | Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre | | 287 | 167 | 1,003 | |
| T60F | Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme | | 166 | 160 | 0,581 | |
| T61Z | Postoperative und posttraumatische Infektionen | | 169 | 164 | 0,591 | |
| T62A | Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre | | 244 | 161 | 0,852 | |
| T62B | Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre | | 151 | 174 | 0,529 | |
| T63A | Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation | | 310 | 163 | 1,083 | |
| T63B | Bestimmte virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation | | 261 | 175 | 0,914 | |
| T63C | Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation | | 130 | 163 | 0,454 | |
| T64A | Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre | | 184 | 155 | 0,644 | |
| T64B | Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre | | 249 | 163 | 0,870 | |
| T64C | Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten ohne komplexe Diagnose | | 189 | 180 | 0,661 | |
| T77Z | Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten | | 457 | 164 | 1,599 | |
| U01Z | Geschlechtsumwandelnde Operation | x | 220 | 109 | 0,768 | 0,084 |
| U40Z | Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen | | 425 | 127 | 1,485 | |
| U41Z | Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen | x | 314 | 115 | 1,098 | 0,065 |
| U42Z | Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen | x | 342 | 131 | 1,195 | 0,072 |
| U43Z | Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre | x | 245 | 110 | 0,857 | 0,068 |
| U60A | Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre | | 91 | 157 | 0,319 | |
| U60B | Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre | | 88 | 161 | 0,308 | |
| U61Z | Schizophrenie, wahnhaft und akut psychotische Störungen | | 219 | 127 | 0,765 | |
| U63Z | Schwere affektive Störungen | | 228 | 165 | 0,796 | |
| U64Z | Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen | | 205 | 166 | 0,716 | |
| U66Z | Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit | | 189 | 164 | 0,660 | |
| V40Z | Qualifizierter Entzug | | 251 | 107 | 0,877 | |
| V60A | Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit | | 231 | 161 | 0,806 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| V60B | Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit | | 122 | 166 | 0,428 | |
| V61Z | Drogenintoxikation und -entzug | | 167 | 159 | 0,583 | |
| V63Z | Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit | | 155 | 159 | 0,543 | |
| V64Z | Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit | | 139 | 161 | 0,485 | |
| W01A | Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, mit Frührehabilitation | x | 2.346 | 119 | 8,202 | 0,125 |
| W01B | Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung | | 2.740 | 166 | 9,577 | |
| W01C | Polytrauma mit Beatmung oder bestimmten Eingriffen, ohne Frührehabilitation, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung | | 1.451 | 170 | 5,073 | |
| W02A | Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen | | 1.344 | 163 | 4,699 | |
| W02B | Polytrauma mit Eingriffen an Hüftgelenk, Femur, Extremitäten und Wirbelsäule oder komplexen Eingriffen am Abdomen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen | | 979 | 164 | 3,424 | |
| W04A | Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen | | 1.190 | 148 | 4,160 | |
| W04B | Polytrauma mit anderen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen | | 750 | 167 | 2,620 | |
| W05Z | Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur | x | 1.587 | 127 | 5,547 | 0,089 |
| W36Z | Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta | | 2.945 | 166 | 10,295 | |
| W40Z | Frührehabilitation bei Polytrauma | x | 926 | 113 | 3,237 | 0,069 |
| W60Z | Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme | | 415 | 162 | 1,449 | |
| W61A | Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose | | 421 | 160 | 1,471 | |
| W61B | Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose | | 393 | 159 | 1,373 | |
| 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 | | 908 | 166 | 3,174 | |
| X01B | Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, mit komplizierender Diagnose, komplexer Prozedur oder äußerst schw. CC | | 426 | 180 | 1,490 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| X01C | Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne freie Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung, ohne kompliz. Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne äußerst schw. CC | | 232 | 141 | 0,813 | |
| X04Z | Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität | | 243 | 160 | 0,848 | |
| X05A | Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff | | 208 | 119 | 0,728 | |
| X05B | Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff | | 162 | 136 | 0,568 | |
| X06A | Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC | | 552 | 170 | 1,930 | |
| X06B | Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, Alter > 65 Jahre oder mit schweren CC oder mit komplexem Eingriff | | 280 | 173 | 0,981 | |
| X06C | Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 66 Jahre, ohne komplexen Eingriff | | 185 | 166 | 0,645 | |
| X07A | Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers | | 1.442 | 118 | 5,041 | |
| X07B | Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe | | 725 | 134 | 2,533 | |
| X33Z | Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten | | 1.339 | 165 | 4,681 | |
| X60Z | Verletzungen und allergische Reaktionen | | 119 | 180 | 0,416 | |
| X62Z | Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata | | 143 | 183 | 0,499 | |
| X64Z | Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung | | 105 | 176 | 0,368 | |
| Y01Z | Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen | x | 2.637 | 136 | 9,218 | 0,210 |
| Y02A | Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation bei Sepsis oder mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 Aufwandspunkte | | 1.377 | 161 | 4,813 | |
| Y02B | Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation außer b. Sepsis, ohne kompliz. Konst., oh. hochkompl. Ingr., oh. vierzeitige best. OR-Proz., oh. intens. Komplexb. > 588 / 552 P., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std. | | 584 | 160 | 2,041 | |
| Y02C | Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplexe Prozedur, ohne Dialyse, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizier. Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 552 Punkte | | 311 | 159 | 1,088 | |
| Y03A | Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter < 16 Jahre | | 258 | 116 | 0,903 | |
| Y03B | Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen, Alter > 15 Jahre | | 371 | 154 | 1,298 | |
| Y61Z | Schwere Verbrennungen | x | 331 | 87 | 1,158 | 0,193 |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|--|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| Y62A | Andere Verbrennungen, Alter < 6 Jahre | | 133 | 116 | 0,463 | |
| Y62B | Andere Verbrennungen, Alter > 5 Jahre | | 175 | 159 | 0,612 | |
| Y63Z | Verbrennungen, ein Belegungstag | | 74 | 154 | 0,260 | |
| Z01A | OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation | | 356 | 159 | 1,243 | |
| Z01B | OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation | | 217 | 170 | 0,758 | |
| Z02Z | Leberspende (Lebendspende) | x | 388 | 109 | 1,357 | 0,129 |
| Z03Z | Nierenspende (Lebendspende) | | 525 | 158 | 1,835 | |
| Z04Z | Lungenspende (Lebendspende) | x | 527 | 108 | 1,841 | 0,132 |
| Z41Z | Knochenmarkentnahme bei Eigenspender | x | 128 | 71 | 0,448 | 0,160 |
| Z42Z | Stammzellentnahme bei Fremdspender | x | 92 | 103 | 0,322 | 0,140 |
| Z43Z | Knochenmarkentnahme bei Fremdspender | x | 102 | 86 | 0,357 | 0,137 |
| Z44Z | Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens | | 286 | 93 | 0,999 | |
| Z64A | Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddiagnostik | | 244 | 75 | 0,853 | |
| Z64B | Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddiagnostik | | 252 | 75 | 0,880 | |
| Z64C | Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, mit bestimmtem Kontaktnlass | | 134 | 160 | 0,468 | |
| Z64D | Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und Nachbehandlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontaktnlass | | 114 | 181 | 0,400 | |
| Z65Z | Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung | | 152 | 180 | 0,532 | |
| Z66Z | Vorbereitung zur Lebendspende | | 246 | 144 | 0,862 | |
| 901A | Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter komplizierender Konstellation oder Strahlentherapie oder endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta | | 1.111 | 182 | 3,882 | |
| 901B | Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne Strahlentherapie, ohne endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, mit hochkomplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation | | 894 | 185 | 3,127 | |
| 901C | Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne hochkomplexe OR-Prozedur, mit komplexer OR-Prozedur oder mit anderen Eingriffen an Kopf und Wirbelsäule, Alter < 1 Jahr oder bei Para- / Tetraplegie | | 644 | 171 | 2,251 | |
| 901D | Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne komplizierende Konstellation, ohne Strahlentherapie, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne andere Eingriffe an Kopf und Wirbelsäule, Alter > 0 Jahre, außer bei Para- / Tetraplegie | | 526 | 184 | 1,838 | |
| 902Z | Nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose | | 388 | 181 | 1,356 | |

| DRG | Bezeichnung | Un- bewertet | Fall/Tages- kosten | Getroffene Module | BR/Fall | BR/Tag |
|------|---|-----------------|-----------------------|----------------------|---------|--------|
| 960Z | Nicht gruppierbar | | 163 | 132 | | |
| 961Z | Unzulässige Hauptdiagnose | | 330 | 142 | | |
| 962Z | Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea | | | | | |
| 963Z | Neonatale Diagnose unvereinbar mit Alter oder Gewicht | | 141 | 89 | 0,492 | |