

InEK

Abschlussbericht

Entwicklung von Investitionsbewertungs-
relationen (IBR) gem. § 10 KHG
für das Jahr 2023

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

Internet [Internetseite des InEK](#)

Inhaltsverzeichnis

	Seite
VORWORT	1
1 EINFÜHRUNG	2
2 METHODISCHER ANSATZ	3
2.1 Leistungsorientierung	3
2.2 Investitionskosten	4
2.3 Modulare Kostengliederung	4
2.4 Fallbezug und Kostenbewertung je Entgelt	6
3 ERHEBUNG VON KOSTENDATEN	7
3.1 Beteiligung	7
3.2 Umfang der Datenlieferung.....	8
3.3 Datenprüfung	9
4 KALKULATIONSDATENBASIS	12
4.1 Kostendaten	12
4.1.1 Datenaufbereitung	12
4.1.2 Ergänzungs- und Ersatzwerte	14
4.1.3 Datenbasis nach Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen	14
4.2 Fallmengen	15
4.3 Datenbasis – DRG-Entgeltbereich	17
4.3.1 Verfügbare Daten.....	17
4.3.2 Fehlende Daten	20
4.4 Datenbasis – PEPP-Entgeltbereich	21
4.4.1 Verfügbare Daten.....	21
4.4.2 Fehlende Daten	23
5 ERGEBNISSE	25
5.1 Investitionsbewertungsrelationen (DRG-Entgeltbereich)	25
5.1.1 Bewertungsrelationen für das aG-DRG-System 2023.....	25
5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im aG-DRG-System 2023	25
5.1.3 IBR-Bezugsgröße (DRG)	26

5.2	Investitionsbewertungsrelationen (PEPP-Entgeltbereich)	27
5.2.1	Bewertungsrelationen für das PEPP-System 2023	27
5.2.2	IBR-Bezugsgröße (PEPP)	27
6	WEITERENTWICKLUNG	29
	ANHANG	30

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
AbgrV	Abgrenzungsverordnung
AHK	Anschaffungs- und Herstellungskosten
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BR	Bewertungsrelation
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
CAPD	kontinuierliche Peritonealdialyse, nicht maschinell unterstützt
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Group; Diagnosebezogene Fallgruppe
ECMO	Extrakorporale Membranoxygenation
aG-DRG	German Diagnosis Related Groups
gem.	gemäß
ggf.	gegebenenfalls
grds.	grundsätzlich
HGB	Handelsgesetzbuch
IABP	intraaortale Ballonpumpe
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
KGI	Informationen zur Kalkulationsgrundlage
KH	Krankenhaus
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung
KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KStGr	Kostenstellengruppe
med.	Medizinisch
MT	Medizintechnik
Nr.	Nummer
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, Entgeltbereich „DRG“
ZP	Zusatzentgelt, Entgeltbereich „PSY“

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 Absatz 2 Satz 1 KHG hat das InEK Investitionsbewertungsrelationen berechnet, die eine zukünftige Investitionsförderung durch leistungsorientierte Investitionspauschalen ermöglichen sollen. Dieser Abschlussbericht beschreibt die dabei angewendete Methodik und stellt die Ergebnisse der Kalkulation für das Jahr 2023 vor.

Den 51 Krankenhäusern, die freiwillig Investitionskosten kalkuliert und für die Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen (IBR) zur Verfügung gestellt haben, sei an dieser Stelle für ihr großes Engagement bei der Aufbereitung der Daten gedankt. Dieser Dank gilt gleichermaßen den 38 Krankenhäusern, die – den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend – im Losverfahren für eine Datenbereitstellung gezogen wurden und Kalkulationsdaten übermittelt haben.

Für die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen stand erneut eine ausreichende Datenbasis zur Verfügung, die sowohl die Erstellung eines IBR-Katalogs zur aG-DRG-Version 2023 als auch die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen für den PSY-Entgeltbereich ermöglichte. Letztere sind als tagesbezogene Bewertungsrelationen im IBR-Katalog zur PEPP-Version 2023 dargestellt.

Trotz einer insgesamt für die Berechnung der Bewertungsrelationen ausreichend großen Datenbasis liegen weiterhin an einigen Stellen – insbesondere für spezialisierte Leistungsbereiche – nur knapp ausreichende Datenstände vor. Daher sind die Krankenhäuser weiterhin aufgerufen, sich an der Erhebung der Investitionskosten zu beteiligen, um die vielfältigen strukturellen Gegebenheiten umfassend in der Datenbasis abbilden zu können. Die aktive Mitarbeit möglichst vieler Krankenhäuser an der Investitionskostenkalkulation leistet einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der Investitionsförderung.

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

Für die Mitarbeiter der InEK GmbH

Dr. Frank Heimig
Geschäftsführer

Christian Jacobs
Abteilungsleiter
Medizin

Dr. Michael Rabenschlag
Abteilungsleiter
Ökonomie

Mathias Rusert
Bereichsleiter
Statistische
Auswertungen

Siegburg, im Dezember 2023

1 Einführung

Der vorliegende Abschlussbericht beschreibt Grundlagen, Verfahrensweisen und Ergebnisse der Entwicklung von Investitionsbewertungsrelationen für Zwecke gem. § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) für das Jahr 2023. Der Bericht wendet sich an die interessierte Fachöffentlichkeit und soll die der Entwicklung zugrunde liegende Vorgehensweise transparent machen.

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

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

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

Auf Grundlage der übermittelten Kostendaten hat das InEK die Investitionsbewertungsrelationen für die Fallpauschalen der aG-DRG-Version 2023 sowie die tagesbezogenen Entgelte der PEPP-Version 2023 berechnet. Die Auswirkungen der Corona-Pandemie zeigten sich bedingt durch den Fallzahlrückgang im Vergleich zu den Datenjahren vor der Corona-Pandemie auch in der Investitionskostenkalkulation bei der leistungsbezogenen Verrechnung der Abschreibungswerte. Die Anschaffungs- und Herstellungskosten der Anlagegüter zeigten dagegen keine pandemiebedingten Auswirkungen. Dies begründet sich einerseits mit dem siebenjährigen Betrachtungszeitraum und andererseits mit der Tatsache, dass Investitionsentscheidungen von mittel- bis langfristiger Natur sind und entsprechend nur Maßnahmen eingeschränkt werden, die selbst durch die Pandemie betroffen sind – beispielsweise zeitliche Verzögerungen durch Ausfall oder Verschiebung von Handwerkerterminen.

Das InEK legte den Selbstverwaltungspartnern am 4. Mai 2023 den Entwurf des Katalogs der Investitionsbewertungsrelationen (IBR-Katalog) für den DRG- sowie den PSY-Entgeltbereich vor. Nach ausführlicher Beratung der Fach- und Entscheidungsgremien konnten die jeweiligen IBR-Kataloge 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.

2 Methodischer Ansatz

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

Im Folgenden werden die Eckpunkte des methodischen Ansatzes vorgestellt.

2.1 Leistungsorientierung

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

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 Absatz 1 Krankenhausentgeltgesetz (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 unter Beachtung der Deutschen Kodierrichtlinien. 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. Da die patientenfernen Bereiche im Krankenhaus eine allgemeine Funktion für die Patientenversorgung übernehmen, werden die dort angefallenen Investitionskosten allen Patienten des Krankenhauses gleichermaßen zugerechnet.

2.2 Investitionskosten

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

Der Investitionsbedarf beschreibt den für das Leistungsprogramm eines Krankenhauses erforderlichen Ausstattungsumfang (u.a. Gebäude, medizintechnische Apparate, betriebstechnische Anlagen). Der heranzuziehende Kostenumfang muss mit den Bestimmungen des KHG zum Förderumfang der Investitionen übereinstimmen. 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.

Das Anlagenverzeichnis der Anlagenbuchhaltung bildet die wesentliche Grundlage für die im Rahmen der Kostenerhebung im Krankenhaus aufzubereitenden Kostendaten.

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

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

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

2.3 Modulare Kostengliederung

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

- Berücksichtigung des individuellen Investitionsgeschehens im Krankenhaus
Die 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.
- Zusammenführung der Kalkulationsdaten aus verschiedenen Krankenhäusern
Die 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. Dadurch 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 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. Darauf aufbauend gibt das Kalkulationshandbuch für die Zwecke der Investitionskostenkalkulation eine deutlich weitergehende Differenzierung der Anlagenkonten vor, um die verschiedenen Ausstattungsgegenstände im Krankenhaus nach ihrer Art bzw. Funktion unterscheiden und dabei ihre unterschiedliche Nutzungsdauer berücksichtigen zu können. Mit der Kontendifferenzierung wird sowohl das Ziel eines möglichst präzisen Kalkulationsergebnisses unterstützt als auch dem den Krankenhäusern entstehenden Arbeitsaufwand Rechnung

getragen. Für die Kalkulation müssen die teilnehmenden Krankenhäuser jedes einzelne Anlagegut einem der vorgegebenen Anlagenkonten zuweisen.

Jedes einzelne Anlagegut ist der Kostenstelle seines Einsatzortes zuzuordnen. Gleichzeitig wird jede Kostenstelle mit patientennaher Leistungserbringung einer vorgegebenen Kostenstellengruppe zugeordnet (die Struktur der Kostenstellengruppen entspricht den Vorgaben für die Kostenkalkulation für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems). Zusätzlich ist für die patientenfernen Kostenstellen eine separate Kostenstellengruppe („Basis-Kostenstelle“) definiert.

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

2.4 Fallbezug und Kostenbewertung je Entgelt

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

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

Die für die einzelnen Module von den Krankenhäusern gelieferten periodisierten (d.h. auf ein Jahr bezogenen) Investitionskosten werden modulweise zusammengeführt und den Leistungen gegenübergestellt, für die die jeweilige Modulausstattung bei der Behandlung der Patienten in den betreffenden Krankenhäusern genutzt wurde.

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.

3 Erhebung von Kostendaten

Die für die Kalkulation benötigten Daten sind gem. § 10 Absatz 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. Den gesetzlichen Vorgaben zur Verbesserung der Repräsentativität der Kalkulation folgend, wurden erstmals für das Datenjahr 2017 auch Krankenhäuser im Losverfahren für eine (temporäre) verpflichtende Datenbereitstellung gezogen. Die Verpflichtung zur Datenlieferung der gezogenen Krankenhäuser bestand im Datenjahr 2021 unverändert.

3.1 Beteiligung

Für die Kalkulation der Investitionskosten für 2023 haben 51 Krankenhäuser auf freiwilliger Basis während der Datenlieferungsphase zwischen dem 31. Juli und dem 15. September 2022 Kalkulationsdaten an das InEK übermittelt. Von den 40 durch Losverfahren zur Datenlieferung gezogenen Krankenhäusern haben 38 Krankenhäuser Kalkulationsdaten übermittelt. Die Teilnehmerzahl und der übermittelte Datenumfang liegen somit auf einem etwas höheren Niveau als im Vorjahr.

Die meisten Krankenhäuser mit Vereinbarung verfügten bereits über Kalkulationserfahrungen aus der Teilnahme an den Kostenkalkulationen zur Weiterentwicklung des Entgeltsystems (vgl. Tabelle 1).

Kalkulationskrankenhäuser (Anzahl)	Vereinbarung	Ziehung	Gesamt (DJ 2021)	Vorjahr (DJ 2020)
Mit erfolgter Datenlieferung	51	38	89	83
davon für Entgeltbereich DRG	47	21	68	64
davon für Entgeltbereich PSY	17	27	44	42
davon Teilnahme DRG-/PEPP-Kalkulation	43	9	52	47
davon Teilnahme nur IBR-Kalkulation	8	29	37	36

Tabelle 1: Kalkulationskrankenhäuser der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2021

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

Mit 21 Teilnehmern stellt Nordrhein-Westfalen den mit Abstand größten Anteil der Krankenhäuser (ca. 24%). Mit Ausnahme von Mecklenburg-Vorpommern haben aus allen anderen Bundesländern zwischen ein bis zehn Krankenhäuser Daten geliefert.

Bundesland	Anzahl Krankenhäuser
Baden-Württemberg	7
Bayern	9
Berlin	6
Brandenburg	2
Bremen	3
Hamburg	6
Hessen	6
Niedersachsen	10
Nordrhein-Westfalen	21
Rheinland-Pfalz	1
Saarland	1
Sachsen	6
Sachsen-Anhalt	1
Schleswig-Holstein	6
Thüringen	4

Tabelle 2: Zusammensetzung der Datenerhebung nach dem Bundesland, Datenjahr 2021

Die folgende Tabelle 3 zeigt die Zusammensetzung der Datenerhebung nach der Trägerschaft der Krankenhäuser. Durch die aus der Ziehung hinzugekommenen Krankenhäuser sind die verschiedenen Trägergruppen nun jeweils mit einem relevanten Anteil in der Stichprobe vertreten. Darunter befinden sich drei Universitätskliniken.

Trägerschaft	Anzahl Krankenhäuser (DJ 2021)	Anzahl Krankenhäuser Vorjahr (DJ 2020)
Frei-gemeinnützig	34	32
Öffentlich	27	26
davon Universitätskliniken	1	2
Privat	28	25
davon Universitätskliniken	2	2

Tabelle 3: Zusammensetzung der Datenerhebung nach der Trägerschaft, Datenjahr 2021

3.2 Umfang der Datenlieferung

Die Einbeziehung von Investitionskosten in die Kalkulation unterliegt bestimmten Voraussetzungen, die bei der Datenaufbereitung beachtet werden müssen:

- Die Kalkulation der Investitionskosten bezieht sich auf die zum Kalkulationszeitpunkt im Krankenhaus vorhandene Anlagenausstattung. Der Kalkulationszeitpunkt entspricht dem für die Datenerhebung festgelegten Datenjahr (für die Kalkulation für 2023 gilt das Datenjahr 2021).
- Die Kosten müssen mit Investitionsmaßnahmen in Verbindung stehen, die innerhalb des für die Erhebung gültigen Kalkulationszeitraums durchgeführt wurden. Der für die Kalkulation für 2023 gültige Kalkulationszeitraum umfasst die Jahre 2015 bis 2021. 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) wurden innerhalb des gültigen Kalkulationszeitraums annähernd vollständig neu beschafft.

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 Absatz 1 KHEntgG zur Verfügung stehen, sowie auf fallbezogenen Kostendaten, die die Krankenhäuser für die Weiterentwicklung des Entgeltsystems im Krankenhaus übermitteln (siehe Kap. 5).

3.3 Datenprüfung

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

Die Prüfungen im Zuge der Datenannahme (Fehlerverfahren) stellten sicher, dass die formalen Anforderungen der Datenübermittlung erfüllt sind. Grundlegende Kalkulations- und Dokumentationsfehler (z.B. Gültigkeit der für ein Modul angegebenen Kombination

aus Anlagenkonto und Kostenstellengruppe, Übereinstimmung des für einen Fall angegebenen KH-internen Kennzeichens (Fallnummer) mit den bereits vorliegenden Angaben aus der §-21-Datenlieferung) sowie technische Formatfehler wurden aufgezeigt und dem Kalkulationskrankenhaus 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 den festzulegenden plausiblen Wertebereich wurden, vor dem Hintergrund der Heterogenität des Investitionsgeschehens in den Krankenhäusern, die Grenzwerte je Prüfung bewusst weit gefasst.

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

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

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

Ein besonderes Augenmerk galt den Gebäudekosten, die einen bedeutenden Teil der 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 jeweils 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. Bei einem Krankenhaus konnten die erforderlichen Datenkorrekturen nicht innerhalb des zur Verfügung stehenden Zeitrahmens vorgenommen werden; entsprechend konnte die Datenlieferung dieses Krankenhauses insgesamt nicht für die weiteren Berechnungen verwendet werden.

Teilweise wurden Kalkulationsergebnisse übermittelt, 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 oder durch pandemiebedingte verminderte Auslastungen begründet sein konnte.

Für die Investitionskostenkalkulation lassen sich Maßstäbe zur Einschätzung der Datenqualität, wie z.B. die Festlegung plausibler Wertekorridore, erst aus den im Zeitablauf übermittelten Daten entwickeln. In den Prüfungen auffällige Kalkulationsdatensätze wurden daher nur dann nicht für die Kalkulation verwendet, wenn ihre Einbeziehung in die nachfolgenden Verfahrensschritte sicher erkennbar zu falschen Berechnungsergebnissen geführt hätte. Die Auswirkungen der geringeren Auslastung durch den pandemiebedingten Fallzahlrückgang wurden dabei berücksichtigt. Die herangezogenen Ausschlussgründe und die Anzahl der dadurch nicht in die Kalkulation einbezogenen Modulwerte zeigt Tabelle 4.

Ausschlussgrund	Anzahl Modulwerte
Auffälliger Kostensatz (Abweichung von plausiblen Grenzen > 100 %) mit dominierendem Einfluss auf den mittleren Modulkostensatz	171
Leistungsmenge fehlt oder falsch mit erheblichen Auswirkungen auf die Kostensatzberechnung (fehlerhafte Fallauswahl des KH)	59
Fehlerhafte Kostenübermittlung (Kennzeichnung Miete/AHK)	34
Falsche Kontozuordnung mit daraus folgender falscher Kostenverrechnung (abweichende Nutzungsdauer, Verteilschlüssel)	8
Kalkulationsausschluss des Moduls, weil die Kalkulation durch das Krankenhaus nicht erfolgreich war, oder abgebrochen wurde.	4

Tabelle 4: Plausibilitätsprüfungen: Gründe und Anzahl ausgeschlossener Modulwerte, Datenjahr 2021

4 Kalkulationsdatenbasis

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

4.1 Kostendaten

4.1.1 Datenaufbereitung

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

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

Soweit für die Erstellung zusatzentgeltrelevanter Leistungen eine spezifische Anlagenausstattung erforderlich ist, wurden die dafür übermittelten Investitionskosten in eine separate Datenhaltung überführt. Aus dem Katalog der Zusatzentgelte betraf dies im DRG-Entgeltbereich Verfahren bzw. Interventionen mit dem Einsatz von ECMO-Therapieeinheiten, Herzassistenzsystemen, Intraaortaler Ballonpumpe und Mikroaxial-Blutpumpen. Im PEPP-Entgeltbereich konnte das Zusatzentgelt für Elektrokonvulsions-therapie bewertet werden.

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

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

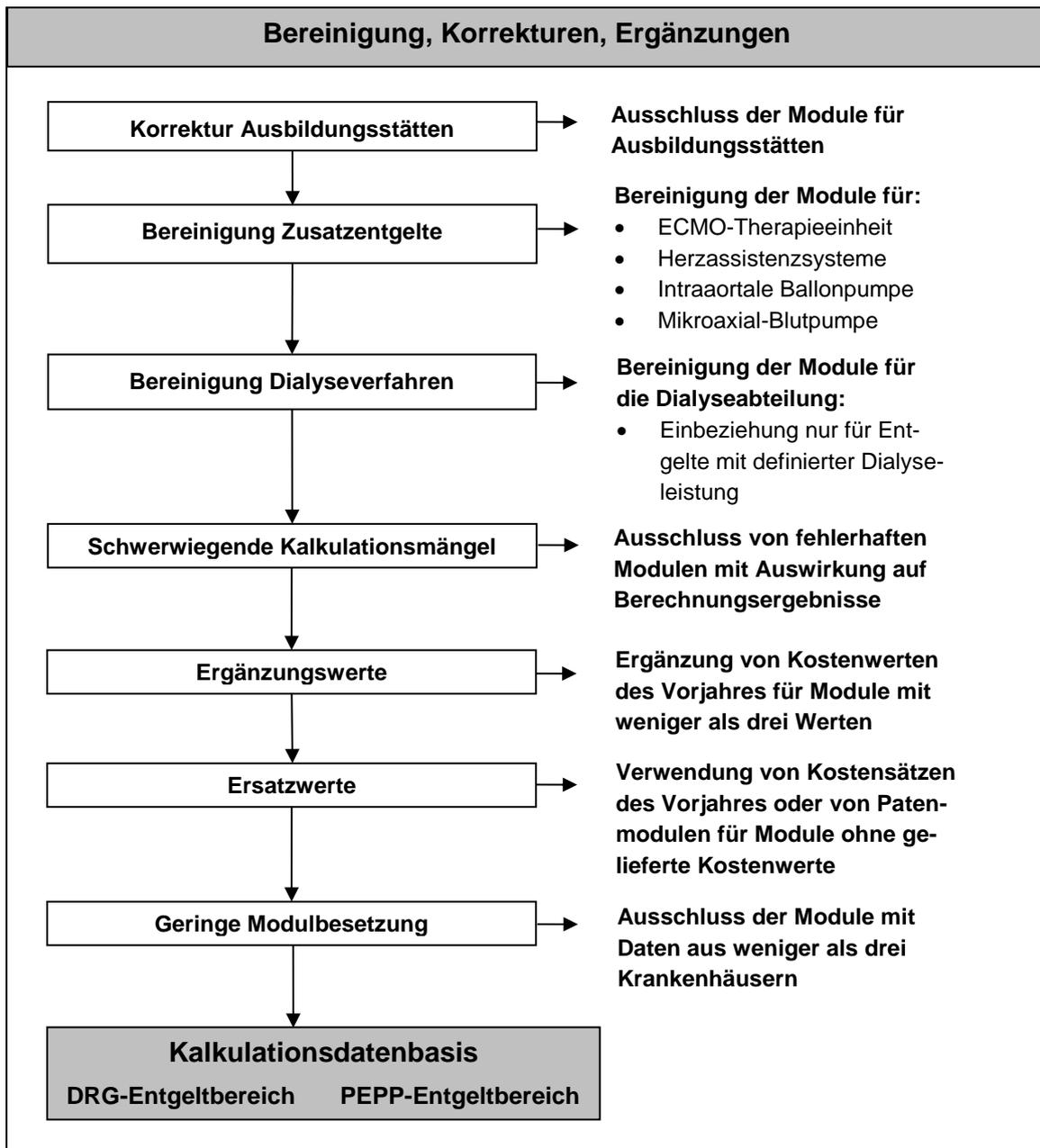


Abbildung 1: Übersicht Prozess – Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

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

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

4.1.2 Ergänzungs- und Ersatzwerte

Zur Verringerung möglicher Datenlücken können der Datenbasis Ergänzungs- oder Ersatzwerte hinzugefügt werden, wenn für ein bestimmtes Modul kein Kostenwert geliefert wurde oder nach abgeschlossenen Plausibilitätsprüfungen weniger als drei akzeptierte Kostenwerte vorlagen. Zur Datenergänzung standen die Daten der zurückliegenden Kalkulationen zur Verfügung.

Ergänzungswerte sind von Krankenhäusern in Vorjahren für dasselbe Modul gelieferte Daten (Kostenwerte und das damit verbundene Leistungsvolumen der Fälle aus Vorjahren). Falls für ein Modul in der aktuellen Datenerhebung nicht mehr als zwei Kostenwerte übermittelt wurden, wurden diese – sofern vorhanden – um die in Vorjahren gelieferten und akzeptierten Daten ergänzt, um einen Datenbestand von mindestens drei Kostenwerten je Modul zu erreichen. Dabei wird ausgeschlossen, dass keine Vorjahresdaten von Krankenhäusern verwendet werden, die auch im Zuge der aktuellen Kostenerhebung Daten übermittelt haben.

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

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

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

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

4.1.3 Datenbasis nach Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen

Die im Zusammenhang mit der Aufbereitung der Kalkulationsdatenbasis von Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen betroffenen Module zeigt Tabelle 5 in der Übersicht:

Datenaufbereitung	Anzahl Module
Ausbildungsstätten	3
Zusatzentgelte	24
Geringe Modulbesetzung	89
Ergänzungs- und Ersatzwerte	73

Tabelle 5: Module mit Bereinigungen, Korrekturen und Ergänzungen, Datenjahr 2021

Die Angaben in der Spalte „Anzahl Module“ beziehen sich auf die für die Kalkulation für 2023 als gültig definierten Module, für die die Kalkulationskrankenhäuser mindestens einen Kostenwert übermittelt haben (Ausbildungsstätten, Zusatzentgelte) bzw. die für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen benötigten Module (geringe Modulbesetzung, Ergänzungs- und Ersatzwerte).

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

4.2 Fallmengen

Fälle der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG

Aus der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 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 6 wieder.

Kriterium	Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG
Anzahl Krankenhäuser	1.415
Anzahl Fälle	19.212.603

Tabelle 6: Umfang der Datenlieferung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG, Datenjahr 2021 (Stand: 31. Mai 2022)

Sämtliche in Zusammenhang mit den einzelnen Kostenerhebungen (IBR-, DRG-, PEPP-Kalkulation) stehenden Fälle bilden eine Teilmenge der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG. Im Zuge der IBR-Berechnung wurde die Fallmenge der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG zur Berechnung der Bezugsgröße verwendet (siehe Kap. 5.1.3 und Kap. 5.2.2).

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 7.

Kriterium	IBR-Kalkulation
Anzahl Krankenhäuser	89
Anzahl Modulkostenwerte	3.275
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	1.278.751

Tabelle 7: Umfang der IBR-Datenerhebung, Datenjahr 2021

Die Anzahl der Modulkostenwerte umfasst alle von den Krankenhäusern übermittelten und nach Prüfung 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 2021 zur Verfügung stehenden Fallmengen gibt Tabelle 8 wieder.

Kriterium	DRG-Kalkulation	PEPP-Kalkulation
Anzahl Krankenhäuser	240	124
Anzahl Fälle (Kalkulationsmenge)	4.009.550	305.178

Tabelle 8: Umfang der Datenlieferung: Datenstand nach Plausibilitätsprüfungen sowie Bereinigungen und Korrekturen, Datenjahr 2021

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

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

4.3 Datenbasis – DRG-Entgeltbereich

4.3.1 Verfügbare Daten

Die Datenbasis für den DRG-Entgeltbereich umfasst alle für die Kalkulation definierten Investitionskostenmodule der Kostenstellengruppen 1 bis 13 sowie die Kostenstellengruppe 30. Die Kostenstellengruppen 1 bis 13 entsprechen der für die Fallkostenkalkulation zur Weiterentwicklung des DRG-Systems vorgegebenen Struktur. Die Kostenstellengruppe 30 (Basis-Kostenstelle) wird von den Kalkulationskrankenhäusern für die Investitionskostenkalkulation eingerichtet und fasst die Kostenstellen des patientenfernen Bereichs zusammen. Die für die Kostenstellengruppe 30 übermittelten Daten sind für die IBR-Berechnungen sowohl im DRG- als auch im PEPP-Entgeltbereich relevant.

Für die Kalkulation für 2023 wurde eine Gesamtanzahl von 231 Investitionskostenmodulen benötigt, die die Anlagenausstattung des DRG-Entgeltbereichs im Krankenhaus umfassend beschreiben und die vollständige Kostendatenbasis zur IBR-Berechnung bilden. In dieser Zahl ist bereits die Zusammenführung einzelner Module berücksichtigt, die zur Komprimierung einer durch die KHBV vorgegebenen, für die Investitionskostenkalkulation jedoch nicht benötigten Kontendifferenzierung sowie zur Sicherstellung einer korrekten Kostenzurechnung auf die Fälle bei nicht eindeutigem Leistungsort (z.B. Röntgen im OP / in der Radiologie) vorgenommen wurde.

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

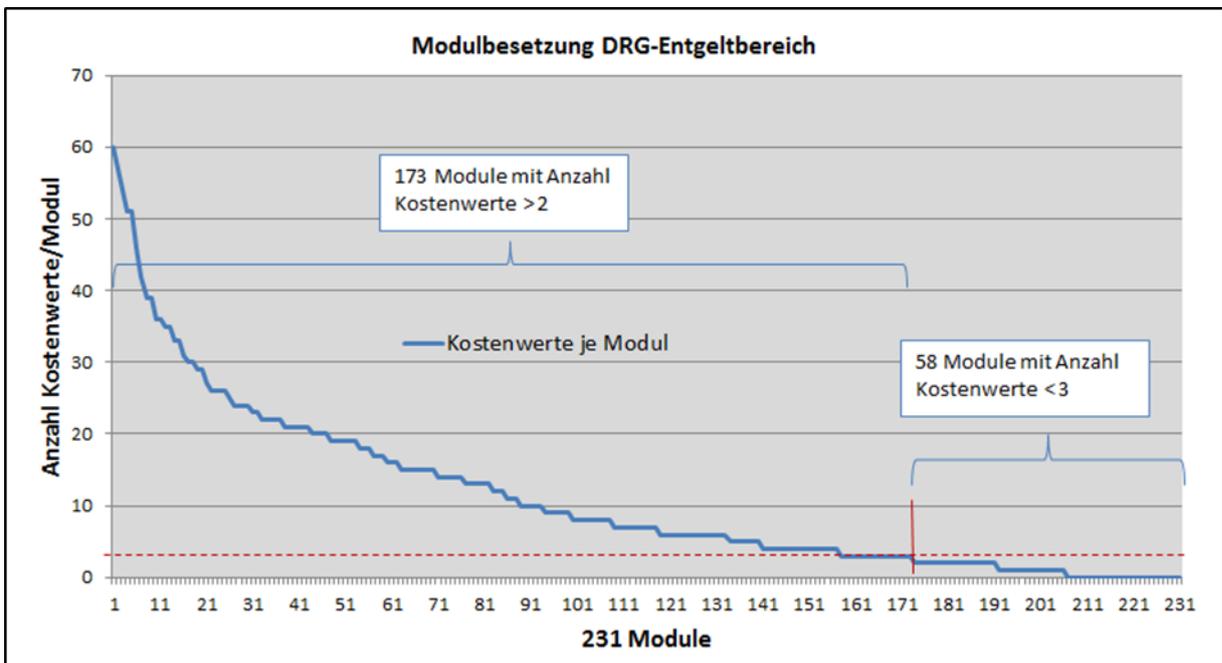


Abbildung 2: DRG-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module, Datenjahr 2021

Für 173 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 58 Module weniger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 58 Module zeigt Tabelle 9 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	25
Module mit 1 Kostenwert	15
Module mit 2 Kostenwerten	18
Gesamt von 231	58

Tabelle 9: DRG-Entgeltbereich: Module mit weniger als drei akzeptierten Modulwerten, Datenjahr 2021

Für die Module mit weniger als drei vorliegenden Kostenwerten wurde die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzwerten geprüft. Im Ergebnis konnte für insgesamt 47 Module von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht werden (siehe Tabelle 10 sowie Tabellen A-1-1 und A-1-2 im Anhang).

Kostenwert	Verwendet für Anzahl Module
Ergänzungswerte Vorjahre Insgesamt 49 von den KH gelieferte Kostenwerte	23
Ersatzwerte Vorjahre/Datenjahr Modulkostensätze für dasselbe Modul	17
Ersatzwerte Vorjahre/Datenjahr Modulkostensätze eines Patenmoduls	7

Tabelle 10: DRG-Entgeltbereich: Verwendung von Ergänzungs- und Ersatzkostenwerten, Datenjahr 2021

Eine Gegenüberstellung der für die IBR-Berechnung im DRG-Entgeltbereich benötigten Datenbasis mit den aus der Datenerhebung für die Berechnung verfügbaren Modulen unter Berücksichtigung der geforderten Mindest-Modulbesetzung sowie unter Einchluss von Ergänzungs- und Ersatzwerten zeigt Tabelle 11:

Module	Anzahl
Benötigte Module	231
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	58
zuzgl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	47
Für Kalkulation verwendbare Module	220
Saldo: fehlende Module	11

Tabelle 11: DRG-Entgeltbereich: Für IBR-Berechnung benötigte und verwendbare Module, Datenjahr 2021

Für 220 von benötigten 231 Modulen lag eine ausreichende Anzahl von Kostenwerten vor. Diese bildeten zugleich die Datenbasis, die für die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen im DRG-Entgeltbereich zur Verfügung stand.

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

Zu den 220 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, der dort vorhandene Anlagenbestand kann einen großen Umfang erreichen. Daher wurde der überwiegende Teil der Daten auf der Kostenstellenebene übermittelt, weshalb der erreichte Grad an Vollständigkeit der Anlagenausstattung – bezogen auf den Gesamtumfang der Ausstattung in einem gedachten „idealen“ Krankenhaus – für diese Module nicht sicher bestimmbar war. Wie auch in den zurückliegenden Jahren konnte in der diesjährigen Kalkulationsrunde nur für wenige Kostenwerte eine vollständige Neubeschaffung der Anlagenausstattung auf der Modulebene innerhalb des Kalkulationszeitraums festgestellt werden.

Für die im Jahr 2018 durchgeführte Kalkulationsrunde (Datenjahr 2017) lag für die Basis-Kostenstellengruppe 30 eine vergrößerte und hinsichtlich des abgebildeten Anlagenumfangs verbesserte Datenbasis vor. Aus dieser Datenbasis wurden auch für die diesjährige Kalkulation Kostenwerte im Sinne von Ergänzungswerten verwendet, wenn für die jeweilige Ausstattung eine Vollständigkeit auf der Modulebene gegeben war. Die Zusammensetzung der für die Berechnungen im Bereich der Basis-Kostenstellengruppe 30 verwendeten Daten zeigt Tabelle 12:

MoID	Modul			Anzahl Kostenwerte DJ21		inkl. Erg./Ersatz aus DJ17
	KST-Gruppe	Anlagenkonto	Kontobezeichnung	Vollständige Module	Nicht vollständige Module	Vollständige Module inkl. Ergänzungswert/Ersatzwert
327	30	1100000	Betriebsbauten	1	31	4
328	30	1200000	Außenanlagen	2	22	5
331	30	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	0	22	3
332	30	6300000	Techn. Anl. Außenanlagen	0	4	0
333	30	7001010	Basis 5J	0	45	4
334	30	7001020	Basis 10J	0	51	3
335	30	7001030	Basis 15J	0	25	3
336	30	7001040	Mobiliar	1	48	5
337	30	7001050	DV-PC/Endgeräte	3	53	3
338	30	7001060	DV-Anlagen	3	54	3
339	30	7002010	Med. Stationsausst.	0	33	3
340	30	7002020	Patientenbetten/-liegen	0	3	0
342	30	9020000	Software (fremd)	11	60	11
Gesamt				21	451	

Tabelle 12: Datenbasis für Module der Basis-Kostenstellengruppe 30, DJ=Datenjahr, Datenjahr 2021

Unter den für die Kostenstellengruppe 30 bereitgestellten Daten ließen sich für einzelne Module durch auf Nachfrage des InEK ergänzend bereitgestellte Informationen weitere Kostenwerte identifizieren, die einen vollständigen Ausstattungsumfang repräsentieren.

Daneben übermittelten die Krankenhäuser – wie in den Vorjahren – auch für die Kalkulation für 2023 eine größere Zahl an Kostenwerten auf der Kostenstellenebene. Für diese Kostenwerte ist jedoch aufgrund des fehlenden Fallbezugs der zum einbezogenen Ausstattungsumfang kohärente Anteil am gesamten Leistungsvolumen des Krankenhauses nicht bestimmbar.

Die Berechnungsmethodik im Bereich der Kostenstellengruppe 30 entsprach derjenigen im Vorjahr: In die Berechnung des mittleren Kostensatzes je Leistungseinheit wurden sämtliche für die Module der Kostenstellengruppe 30 zur Verfügung stehenden Kostenwerte einbezogen. Jedoch ging in die Berechnung des Kostenmittelwerts je Leistungseinheit und Modul die Gruppe der auf der Modulebene vorliegenden Kostenwerte mit dem gleichen Gewicht ein wie die Gruppe der auf der Kostenstellenebene übermittelten Kostenwerte. Damit wurde der Einfluss der den Ausstattungsumfang im Verhältnis zum Leistungsvolumen zutreffend abbildenden Modulwerte auf den berechneten Mittelwert je Leistungseinheit gestärkt und die Datenbasis dieses Bereichs qualitativ verbessert.

4.3.2 Fehlende Daten

Die Krankenhäuser der IBR-Stichprobe bereiten Kostendaten für die innerhalb des gültigen Kalkulationszeitraums vorgenommenen Investitionen auf. Die übermittelten Daten bilden daher in der Regel einen Ausschnitt der gesamten Anlagenausstattung ab. In Abhängigkeit vom Umfang dieser Investitionen und der Anzahl der Krankenhäuser in der Stichprobe kann im Ergebnis der Datenerhebung bei einzelnen Investitionskostensmodulen eine zu geringe Anzahl an Kostenwerten vorliegen oder auch eine Lieferung von Kosten ausbleiben. Die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzwerten kann eine mögliche Datenlücke zumindest verringern. Für die Kalkulation für 2023 konnte erneut auf Daten zurückliegender Kalkulationen zurückgegriffen werden.

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

Bei der Kalkulation für 2023 konnten für elf 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:

KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Anl.-Konto	Anl.-Konto Bezeichnung	Inhalt / Bedeutung
2	Intensivstation	7001030	Basis-Ausstattung 15J	Anlagegüter mit einer vom KH festgelegten Nutzungsdauer zw. 10 und 15 Jahren ("Res-te"-Konto: Ziel ist eine möglichst geringfügige Modulzuordnung); nur sehr geringer Umfang in Frage kommender Ausstattung (z.B. Personenwaage); betrifft grds. alle Fälle eines Leistungsbereichs
4	OP-Bereich	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
5	Anästhesie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
6	Kreißaal	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
7	Kardiolog. Diag./Ther.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
8	Endoskopische Diag./Ther.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
9	Radiologie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
10	Laboratorien	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
11	Diagnost. Bereiche	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
12	Therap. Verfahren	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
13	Patientenaufnahme	7001030	Basis-Ausstattung 15J	

Tabelle 13: Datenbasis DRG-Entgeltbereich: Module ohne Kosten für die IBR-Berechnung, Datenjahr 2021

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

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

4.4 Datenbasis – PEPP-Entgeltbereich

4.4.1 Verfügbare Daten

Die Datenbasis für den PEPP-Entgeltbereich umfasst alle für die Kalkulation definierten Investitionskostenmodule der Kostenstellengruppen 21 bis 26. Diese entsprechen der für die Kalkulation der Behandlungskosten zur Weiterentwicklung des PEPP-Systems vorgegebenen Struktur. Ergänzend kommen Daten aus den Kostenstellengruppen 7 bis 13 hinzu, sofern dort Leistungen für im PEPP-Entgeltsystem abgerechnete Patienten erbracht wurden. Die Kostenstellengruppe 30 (Basis-Kostenstelle) wird von den Kalkulationskrankenhäusern für die Investitionskostenkalkulation eingerichtet und fasst die Kostenstellen des patientenfernen Bereichs zusammen. Die für die Kostenstellengruppe 30 übermittelten Daten sind für die IBR-Berechnungen sowohl im DRG- als auch im PEPP-Entgeltbereich relevant.

Für die Kalkulation für 2023 wurde eine Gesamtanzahl von 64 Investitionskostenmodulen benötigt, die die Anlagenausstattung des PEPP-Entgeltbereichs im Krankenhaus umfassend beschreiben und die vollständige Kostendatenbasis zur IBR-Berechnung bilden. In dieser Zahl ist bereits die Zusammenführung einzelner Module berücksichtigt,

die zur Komprimierung einer durch die KHBV vorgegebenen, für die Investitionskostenkalkulation jedoch nicht benötigten Kontendifferenzierung vorgenommen wurde.

Den Umfang der für die benötigten 64 Module gelieferten Kostenwerte (Modulbesetzung) zeigt Abbildung 3:

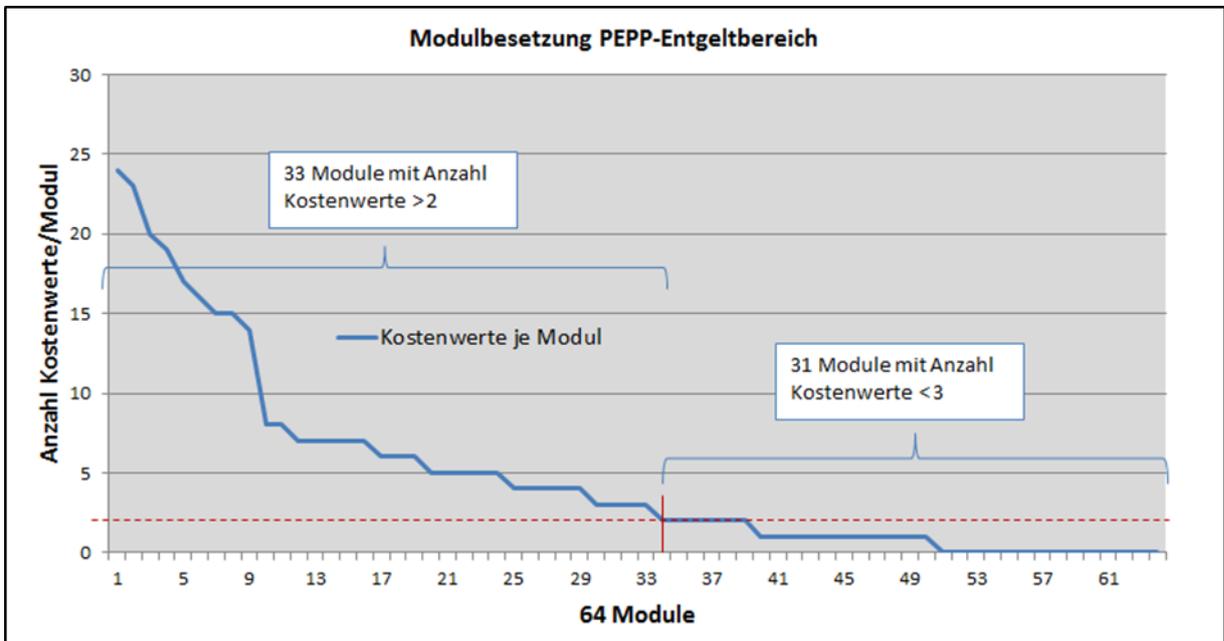


Abbildung 3: PEPP-Entgeltbereich: Akzeptierte Modulwerte für benötigte Module, Datenjahr 2021

Für 33 Module wurden drei oder mehr nach Plausibilitätsprüfungen akzeptierte Kostenwerte von den Kalkulationskrankenhäusern geliefert. Diese Module konnten unmittelbar für die IBR-Berechnung verwendet werden. Dagegen lagen für 31 Module weniger als die geforderte Mindestanzahl von drei Kostenwerten vor. Die Modulbesetzung dieser 31 Module zeigt Tabelle 14 im Einzelnen:

Module	Anzahl
Module mit 0 Kostenwerten	14
Module mit 1 Kostenwert	11
Module mit 2 Kostenwerten	6
Gesamt von 64	31

Tabelle 14: PEPP-Entgeltbereich: Module mit weniger als drei akzeptierten Modulwerten, Datenjahr 2021

Für die Module mit weniger als drei vorliegenden Kostenwerten wurde die Verwendung von Ergänzungs- oder Ersatzkostenwerten geprüft. Diese Möglichkeit war für insgesamt 26 Module gegeben (siehe Tabelle 15 sowie Tabellen A-1-1 und A-1-2 im Anhang).

Kostenwert	Verwendet für Anzahl Module
Ergänzungswerte Vorjahre Insgesamt 13 von den KH gelieferte Kostenwerte	9
Ersatzwerte Vorjahre/Datenjahr Modulkostensätze für dasselbe Modul	5
Ersatzwerte Datenjahr Modulkostensätze eines Patenmoduls	12

Tabelle 15: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Verwendung von Ergänzungs- und Ersatzkostenwerten für die Menge der benötigten Module, Datenjahr 2021

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 sowie unter Einschluss von Ergänzungs- und Ersatzwerten zeigt Tabelle 16:

Module	Anzahl
Benötigte Module	64
abzgl. Module mit <3 Kostenwerten	31
zugl. Module mit Ergänzungs-/Ersatzkostenwerten	26
Für Kalkulation verwendbare Module	59
Saldo: fehlende Module	5

Tabelle 16: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Für die IBR-Berechnung benötigte und verwendbare Module, Datenjahr 2021

Für 59 von benötigten 64 Modulen lag eine ausreichende Anzahl von Kostenwerten vor. Damit stand erneut ein Datenumfang zur Verfügung, der eine Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen im PEPP-Entgeltbereich ermöglichte.

4.4.2 Fehlende Daten

In Abhängigkeit von der Anzahl der teilnehmenden Krankenhäuser und dem Umfang der dort vorgenommenen Investitionen kann im Ergebnis der Datenerhebung bei einzelnen Investitionskostenmodulen eine zu geringe Anzahl an Kostenwerten vorliegen oder auch eine Lieferung von Kosten ausbleiben.

Sofern keine Ersatz- oder Ergänzungswerte zur Verfügung stehen, gehen die betreffenden Module 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. Das Ausmaß der Datenlücke lässt sich jedoch kostenmäßig nicht quantifizieren.

Bei der Kalkulation für 2023 konnten für 5 der im PEPP-Entgeltbereich benötigten Module keine Kosten in die IBR-Berechnung einbezogen werden, da die Anzahl der gelie-

feren Kostenwerte nicht ausreichte und keine geeigneten Ergänzungs- oder Ersatzwerte zur Verfügung standen. Die betreffenden Module sind in Tabelle 17 dargestellt:

KStGr	KStGr Bezeichnung	Anl.-Konto	Anl.-Konto Bezeichnung	Inhalt / Bedeutung
22	Station Intensivbehandl.	7001030	Basis-Ausstattung 15J	Anlagegüter mit einer vom KH festgelegten Nutzungsdauer zw. 10 und 15 Jahren ("Reste"-Konto: Ziel ist eine möglichst geringfügige Modulzuordnung); nur sehr geringer Umfang in Frage kommender Ausstattung; betrifft grds. alle Fälle eines Leistungsbereichs
23	Psychotherapie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
24	Physikalische Therapie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
25	Ergotherapie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	
26	Andere Therapie	7001030	Basis-Ausstattung 15J	

Tabelle 17: Datenbasis PEPP-Entgeltbereich: Module ohne Kosten für die IBR-Berechnung, Datenjahr 2021

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

Die Berechnung der Investitionsbewertungsrelationen für den PEPP-Entgeltbereich konnte somit auf der Grundlage einer vollständigen Datenbasis erfolgen. Für einzelne Module kann ein Vorhandensein der entsprechenden Ausstattung nicht erwartet werden. Die wenigen Module ohne ausreichenden Datenbestand stellen keine Datenlücke im Sinne des Datenmodells dar.

5 Ergebnisse

5.1 Investitionsbewertungsrelationen (DRG-Entgeltbereich)

5.1.1 Bewertungsrelationen für das aG-DRG-System 2023

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des aG-DRG-Systems 2023 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 Absatz 1 KHEntgG ein annähernd vollständiges Bild des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland vor.

Der IBR-Katalog für das aG-DRG-System 2023 enthält wie bereits im Vorjahr für jedes Entgelt eine fallbezogene und eine tagesbezogene Bewertungsrelation. Die effektive Bewertungsrelation ist individuell für jeden einzelnen vollstationären Fall wie folgt zu ermitteln:

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

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

Analog zum Verfahren der Berechnung der Bewertungsrelationen für das aG-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 Absatz 1 KHEntgG vorliegenden Fallzahl bestimmt. Das Verfahren zur Bestimmung der Bezugsgröße wird in Kapitel 5.1.3 erläutert.

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

5.1.2 Bewertung von Zusatzentgelten im aG-DRG-System 2023

Von den im aG-DRG-System 2023 definierten Zusatzentgelten (ZE) kamen für die Berechnung einer Investitionsbewertungsrelation diejenigen Leistungen in Frage, deren Erbringung den Einsatz spezieller Anlagenausstattung erfordert. Dazu zählen Dialyseleistungen und verwandte Verfahren sowie Leistungen unter Einsatz von Herzassistenzsystemen („Kunstherz“), einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) und Verfahren der Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO).

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

Wie im Vorjahr konnten auch im IBR-Katalog für das Jahr 2023 die Zusatzentgelte mit Leistungen unter Einsatz einer Intraaortalen Ballonpumpe (IABP) und von Verfahren der Extrakorporalen Membranoxygenation (ECMO) bewertet werden.

5.1.3 IBR-Bezugsgröße (DRG)

Die Bezugsgröße zur Ableitung der Investitionsbewertungsrelationen ist für den DRG- und den PEPP-Entgeltbereich jeweils separat zu bestimmen.

Die den Berechnungen zugrunde gelegte Fallmenge aus der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG umfasste die vollstationären Fälle in Haupt- und Belegabteilungen sowie die vollstationären Fälle der unbewerteten DRGs der Anlage 3a zum DRG-Fallpauschalen-Katalog. Nicht einbezogen wurden teilstationäre Fälle, rein vorstationäre Fälle sowie Begleitpersonen.

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

Für die Bestimmung der für diese Normierung erforderlichen Bezugsgröße wurde die Bewertung der einzelnen Fälle (Fallmenge der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 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 Absatz 1 KHEntgG

bzw. Summe der Bewertungsrelationen / Fallzahl = 1,0

Auf dieser Grundlage beträgt für das Jahr 2023 die für den DRG-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Fall 396,54 € (Vorjahr: 373,25 €).

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

Die Veränderung der Bezugsgröße spiegelt Einflüsse wider, die auf die für die Berechnung verwendete Datenbasis wirken. Dazu zählen die in den Krankenhäusern der IBR-Stichprobe vorliegenden Kosten-/Leistungsrelationen in den einzelnen Modulen. Ein weiterer Einfluss resultiert aus dem pandemiebedingten Fallzahlrückgang in den Krankenhäusern. Im Vergleich zum Vorjahr hat sich die Fallzahl gem. § 21 Absatz 1

KHEntgG nochmals leicht reduziert (- 0,8%). Damit liegt die Fallzahl im aktuellen Datenjahr weiterhin deutlich unter dem „Vor-Corona-Niveau“.

5.2 Investitionsbewertungsrelationen (PEPP-Entgeltbereich)

5.2.1 Bewertungsrelationen für das PEPP-System 2023

Die Investitionsbewertungsrelationen für die Entgelte des PEPP-Systems 2023 wurden erneut berechnet und in einem separaten Katalog differenziert nach vollstationären und teilstationären Entgelten ausgewiesen. Die im Katalog ausgewiesene Bewertungsrelation ist für jeden abzurechnenden Berechnungstag einer PEPP anzuwenden.

Die dimensionslosen Bewertungsrelationen des PEPP-Systems werden tagesbezogen berechnet. Dazu ist der arithmetische Kostenmittelwert je Tag und Entgelt durch eine einheitliche, in Euro gemessene Bezugsgröße zu dividieren. Die mittleren Tageskosten je Entgelt resultieren aus den von den Kalkulationskrankenhäusern der IBR-Stichprobe übermittelten Investitionskosten und den für die Fälle der Kalkulationskrankenhäuser der PEPP-Stichprobe vorliegenden Leistungsdaten. Zusätzlich liegt mit den Falldaten aus der Datenübermittlung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG ein annähernd vollständiges Bild des stationären Versorgungsgeschehens in Deutschland vor.

Analog zum Verfahren der Berechnung der Bewertungsrelationen für das PEPP-System wurde zur Kompensation abweichender Häufigkeitsverteilungen der PEPP-Entgelte in den betrachteten Fallgesamtheiten die Bezugsgröße zur Ableitung der Investitionsbewertungsrelationen auf Basis der tatsächlichen in den Daten gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG vorliegenden Fallzahl und Berechnungstage bestimmt. Das Verfahren zur Bestimmung der Bezugsgröße wird in Kapitel 5.2.2 erläutert.

Unter Verwendung der Bezugsgröße und des arithmetischen Kostenmittelwerts je PEPP-Entgelt wurde eine tagesbezogene Bewertungsrelation für die vollstationäre Versorgung (Anlage 1 des PEPP-Entgeltkatalogs) sowie für die teilstationäre Versorgung (Anlage 2 des PEPP-Entgeltkatalogs) berechnet. Zusätzlich wurde auch für die unbewerteten Entgelte eine Investitionsbewertungsrelation berechnet, die im PEPP-Entgeltkatalog in Anlage 1b (vollstationäre Versorgung) bzw. in Anlage 2b (teilstationäre Versorgung) aufgeführt sind. Für ergänzende Tagesentgelte wurden keine Bewertungsrelationen berechnet, da diese zusätzlichen Personaleinsatz abbilden.

Von den im PEPP-System 2023 definierten Zusatzentgelten (ZP) kamen für die Berechnung einer Investitionsbewertungsrelation diejenigen Leistungen in Frage, deren Erbringung den Einsatz spezieller Anlagenausstattung erfordert. Für die Elektrokonvulsionstherapie standen geeignete Daten zur Verfügung, sodass diese Leistung erneut bewertet werden konnte. Für das Zusatzentgelt für die Strahlentherapie konnte jedoch keine Bewertungsrelation berechnet werden. Dieses Zusatzentgelt fasst ein sehr heterogenes Leistungsspektrum zusammen, das mit den zur Verfügung stehenden Daten nicht ausreichend differenziert bewertbar war.

5.2.2 IBR-Bezugsgröße (PEPP)

Die Bezugsgröße zur Ableitung der Investitionsbewertungsrelationen ist für den DRG- und den PEPP-Entgeltbereich jeweils separat zu bestimmen.

Die der Berechnung zugrunde gelegte Fallmenge aus der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG umfasste die voll- und teilstationären Fälle für die bewerteten und die unbewerteten PEPP-Entgelte mit den dazugehörigen Berechnungstagen.

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

Für die Bestimmung der für diese Normierung erforderlichen Bezugsgröße wurde die Bewertung der einzelnen Berechnungstage (basierend auf der Fallmenge der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG) aufsummiert. Die Bezugsgröße für die Normierung wurde so bestimmt, dass die folgende Bedingung für die Gesamtheit der voll- und teilstationären Tage im PEPP-Entgeltbereich erfüllt ist:

Summe der Bewertungsrelationen = Anzahl Tage der Datenerhebung gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG bzw. Summe der Bewertungsrelationen / Anzahl Tage = 1,0

Auf dieser Grundlage beträgt für das Jahr 2023 die für den PEPP-Entgeltbereich verwendete Bezugsgröße als mittlere Investitionskosten je Berechnungstag 24,49 € (Vorjahr: 25,75 €).

Die Veränderung der Bezugsgröße spiegelt Einflüsse wider, die auf die für die Berechnung verwendete Datenbasis wirken. Dazu zählen die in den Krankenhäusern der IBR-Stichprobe vorliegenden Kosten-/Leistungsrelationen in den einzelnen Modulen. Ein weiterer Einfluss resultiert aus dem pandemiebedingten Fallzahlrückgang in den Krankenhäusern. Im Vergleich zum Vorjahr stieg die Fallzahl gem. § 21 Absatz 1 KHEntgG zwar um ca. 3% an; sie lag aber immer noch deutlich unter dem „Vor-Corona-Niveau“.

Die berechnete Bezugsgröße liegt der Bestimmung sämtlicher im Katalog ausgewiesener Bewertungsrelationen zugrunde.

6 Weiterentwicklung

Mit den Investitionsbewertungsrelationen steht ein Instrument zur Verfügung, das den Umfang der Investitionsförderung unmittelbar mit dem stationären Leistungsgeschehen im Krankenhaus verknüpft. Seit einigen Jahren liegen nun Erfahrungen in der Durchführung der Datenerhebung und Berechnung der Bewertungsrelationen sowie in einzelnen Bundesländern auch in der Anwendung zur Investitionsförderung der Krankenhäuser vor. Im diesjährigen Verfahren erkennbare Ansatzpunkte für die künftige Weiterentwicklung, die besondere Aufmerksamkeit verdienen, werden im Folgenden angesprochen.

Beteiligung an der Datenerhebung

Die Ziehung von 40 Krankenhäusern für eine verpflichtende Teilnahme an der Kalkulation hat eine spürbare Verbesserung der Datenbasis bewirkt. Damit war für das Jahr 2023 die Berechnung von Investitionsbewertungsrelationen sowohl für die DRG-Fallpauschalen als auch die Entgelte des PEPP-Systems möglich. Die Verpflichtung zur Datenlieferung endete für die im Jahr 2017 ausgelosten Krankenhäuser mit der diesjährigen Datenlieferung. Zwar signalisieren einige Krankenhäuser die Bereitschaft weiterhin freiwillig an der Kalkulation teilzunehmen, dennoch ist im kommenden Jahr mit einem insgesamt kleineren Stichprobenumfang zu rechnen.

Für das Datenjahr 2021 haben sechs Einrichtungen erstmals an der Kostendatenerhebung für die Investitionskostenkalkulation teilgenommen. Damit konnte die Stichprobenerhebung auf eine breitere Datenbasis gestellt werden. Unverändert sollte auch zukünftig ein besonderes Augenmerk auf eine Beteiligung weiterer Einrichtungen aus dem PEPP-Entgeltbereich sowie – mit Blick auf die Basis-Kostenstellengruppe 30 – von vollständig neu errichteten Krankenhäusern gelegt werden. Insbesondere Krankenhäuser, die Kostendaten zu umfangreichen Investitionsmaßnahmen zur Verfügung stellen können, sind als Kalkulationsteilnehmer geeignet. In beiden Entgeltbereichen verweisen Module mit einer geringen Anzahl an gelieferten Kostenwerten (Module mit Verwendung von Ergänzungs- und Ersatzwerten bzw. ohne gelieferte Kosten) auf Ausstattungsbereiche, für die gezielt Daten weiterer Kalkulationsteilnehmer gewonnen werden sollten.

Datenaufbereitung

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

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

Anhang

Übersicht

Tabelle A-1-1:

Module mit Verwendung von Ergänzungswerten aus Datenerhebungen der Vorjahre

Tabelle A-1-2:

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

Tabelle A-2-1:

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

Tabelle A-2-2:

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

Tabelle A-1-1:

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

DRG-Entgeltbereich

Module				Anzahl Kostenwerte	Herkunft Datenjahr
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung		
3	Dialyseabteilung	1100000	Betriebsbauten	2	2017
3	Dialyseabteilung	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	3	2019
3	Dialyseabteilung	7001020	Basis 10J	2	2016, 2019
3	Dialyseabteilung	7001030	Basis 15J	1	2017
3	Dialyseabteilung	7001050	DV-PC/Endgeräte	2	2016, 2017
3	Dialyseabteilung	7002020	Patientenbetten/-liegen	2	2018
3	Dialyseabteilung	7002030	Infusionspumpen	2	2017, 2018
3	Dialyseabteilung	9020000	Software (fremd)	2	2016, 2017
4	OP-Bereich	7006010	Herz-Lungen-Maschine	2	2019
4	OP-Bereich	7006110	Spezial-MT Zahnheilkunde	2	2017, 2019
5	Anästhesie	7001010	Basis 5J	4	2018, 2019
5	Anästhesie	7001020	Basis 10J	1	2019
6	Kreißsaal	1100000	Betriebsbauten	1	2019
6	Kreißsaal	7002030	Infusionspumpen	2	2017
7	Kardiologische Diagnostik/Therapie	7002020	Patientenbetten/-liegen	1	2017
7	Kardiologische Diagnostik/Therapie	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	5	2019
8	Endoskopische Diagnostik/Therapie	1100000	Betriebsbauten	1	2019
8	Endoskopische Diagnostik/Therapie	7006040	OP-Besteck	2	2016, 2019
9	Radiologie	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2	2018
9	Radiologie	7002020	Patientenbetten/-liegen	2	2019
9	Radiologie	7002030	Infusionspumpen	3	2019
9	Radiologie	7011060	Nuklearmed. SPECT	1	2018
9	Radiologie	7011070	Nuklearmed. PET	5	2016
9	Radiologie	7011100	Strahlenther. - Behandlungsges.	2	2019
10	Laboratorien	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2	2019
10	Laboratorien	7001060	DV-Anlagen	2	2019
11	Diagnostische Bereiche	7001010	Basis 5J	1	2017
11	Diagnostische Bereiche	7001020	Basis 10J	1	2019
11	Übrige diagnostische Bereiche	7002030	Infusionspumpen	3	2015
11	Übrige diagnostische Bereiche	7006080	Spezial-MT Augenheilkunde	2	2015, 2019
11	Diagnostische Bereiche	7006110	Spezial-MT Zahnheilkunde	1	2019
8	Endoskopische Diagnostik/Therapie	7011030	Angiographiegerät	2	2018, 2019
11	Diagnostische Bereiche	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	1	2019
12	Therapeutische Verfahren	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	2	2017, 2019
12	Therapeutische Verfahren	7001010	Basis 5J	1	2019
12	Therapeutische Verfahren	7001020	Basis 10J	3	2019
12	Therapeutische Verfahren	7002020	Patientenbetten/-liegen	2	2017, 2019
12	Therapeutische Verfahren	7002070	Tisch/Stuhl - Unters./Interv.	3	2019
12	Therapeutische Verfahren	9020000	Software (fremd)	1	2019
13	Patientenaufnahme	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	1	2018

PEPP-Entgeltbereich

Module				Anzahl Kosten- werte	Herkunft Datenjahr
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung		
21	Station - Regelbehandlung	7002030	Infusionspumpen	1	2017
22	Station - Intensivbehandlung	7001010	Basis 5J	2	2019
22	Station - Intensivbehandlung	7002020	Patientenbetten/-liegen	1	2019
22	Station - Intensivbehandlung	7002030	Infusionspumpen	2	2017, 2019
22	Station - Intensivbehandlung	7002040	Patientenmonitoring	2	2017
22	Station - Intensivbehandlung	7002050	Funktionsdiagnostik	3	2019
23	Psychotherapie	7001010	Basis 5J	2	2016, 2018
23	Psychotherapie	7001040	Mobiliar	1	2019
23	Psychotherapie	7014010	Spezial-MT Psychotherapie	2	2017
24	Physikalische Therapie	7001020	Basis 10J	2	2013
24	Physikalische Therapie	7001040	Mobiliar	1	2018
24	Physikalische Therapie	7001050	DV-PC/Endgeräte	2	2018
25	Ergotherapie	9020000	Software (fremd)	1	2014
26	Andere Therapie	7014010	Spezial-MT Psychotherapie	1	2018

Tabelle A-1-2:

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

DRG-Entgeltbereich

Module				Herkunft Datenerhebung	Herkunft Modul	Bemerkung
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung			
1	Normalstation	6010000	Techn. Anl. Nuklearmedizin	Datenjahr 2016	1_6010000	
3	Dialyseabteilung	7001010	Basis 5J	Datenjahr 2017	3_7001010	
3	Dialyseabteilung	7001040	Mobiliar	Datenjahr 2019	3_7001040	
4	OP-Bereich	7011100	Strahlenther. - Behandlungsggr.	Datenjahr 2018	4_7011100	
5	Anästhesie	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2017	5_6000000	
6	Kreißaal	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	Patenmodul
6	Kreißaal	7001010	Basis 5J	Datenjahr 2015	6_7001010	
6	Kreißaal	7001020	Basis 10J	Datenjahr 2019	6_7001020	
7	Kardiologische Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	Datenjahr 2017	7_7001010	
7	Kardiologische Diag./Ther.	7002020	Patientenbetten/-liegen	Datenjahr 2017	7_7002020	
8	Endoskopische Diag./Ther.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	Patenmodul
8	Endoskopische Diag./Ther.	7001010	Basis 5J	Datenjahr 2017	8_7001010	
9	Radiologie	7001020	Basis 10J	Datenjahr 2019	9_7001020	
11	Diagnost. Bereiche	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2015	11_6000000	
12	Therapeut. Verfahren	7002030	Infusionspumpen	Datenjahr 2020	11_7002030	Patenmodul
12	Therapeut. Verfahren	7002040	Patientenmonitoring	Datenjahr 2019	12_7002040	
12	Therapeut. Verfahren	7006060	Deckenversorgung/OP-Leuchten	Datenjahr 2020	11_7006060	Patenmodul

PEPP-Entgeltbereich

Module				Herkunft Datenerhebung	Herkunft Modul	Bemerkung
KoStGr	KoStGr Bezeichnung	Konto	Konto Bezeichnung			
22	Station - Intensivbeh.	6000000	Techn. Anl. Betriebsbauten	Datenjahr 2019	22_6000000	
23	Psychotherapie	7001020	Basis 10J	Datenjahr 2019	23_7001020	
23	Psychotherapie	7002010	Med. Stationsausst.	Datenjahr 2018	23_7002010	
23	Psychotherapie	7002020	Patientenbetten/-liegen	Datenjahr 2018	23_7002020	
23	Psychotherapie	9020000	Software (fremd)	Datenjahr 2017	23_9020000	
24	Physikalische Therapie	7001010	Basis 5J	Datenjahr 2020	25_7001010	Patenmodul
24	Physikalische Therapie	7002010	Med. Stationsausst.	Datenjahr 2018	23_7002010	Patenmodul
24	Physikalische Therapie	9020000	Software (fremd)	Datenjahr 2017	23_9020000	Patenmodul
26	Andere Therapie	1100000	Betriebsbauten	Datenjahr 2020	23_1100000	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001010	Basis 5J	Datenjahr 2020	23_7001010	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001020	Basis 10J	Datenjahr 2019	23_7001020	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001040	Mobiliar	Datenjahr 2020	23_7001040	Patenmodul
26	Andere Therapie	7001050	DV-PC/Endgeräte	Datenjahr 2020	23_7001050	Patenmodul
26	Andere Therapie	7002010	Med. Stationsausst.	Datenjahr 2018	23_7002010	Patenmodul
26	Andere Therapie	7002020	Patientenbetten/-liegen	Datenjahr 2018	23_7002020	Patenmodul
26	Andere Therapie	9020000	Software (fremd)	Datenjahr 2017	23_9020000	Patenmodul

Tabelle A-2:

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

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A01A	Lebertransplantation mit Beatmung > 179 Stunden oder kombinierter Dünndarmtransplantation		4.448	193	5,551	0,092
A01B	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtranspl. mit Beatmung > 59 und < 180 Std. od. mit Transplantatabstoßung od. mit komb. Nieren- transpl. od. m. kombinierter Pankreastranspl. od. Alter < 6 J. oder od. m. intensivm. Komplexbeh. > 980 / 828 / - P.		2.963	195	3,537	0,080
A01C	Lebertransplantation ohne kombinierte Dünndarmtransplantation, ohne Beatmung > 59 Stunden, ohne Transplantatabstoßung, ohne komb. Nie- rentranspl., ohne kombinierte Pankreastranspl., Alter > 5 Jahre, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 980 / 828 / - P.		1.728	192	2,415	0,077
A02Z	Transplantation von Niere und Pankreas		1.766	166	2,589	0,082
A03A	Lungentransplantation mit Beatmung > 179 Stunden		5.456	189	7,433	0,122
A03B	Lungentransplantation ohne Beatmung > 179 Stunden		2.475	190	3,606	0,077
A04A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x				
A04B	Knochenmarktranspl. / Stammzelltransf., allogene, außer bei Plasmozytom oder mit Graft-versus-Host-Krankheit Grad III und IV, mit Gabe best. Stammzellen od. Alt. < 18 J., mit best. Entnahme od. Stammzellboost od. intensivmed. Komplexbeh. > 2058 / - / - P.		4.531	194	1,713	0,107
A04C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, < 18 J. od. GVHD Grad III/IV od. auß. b. Plasmozytom, mit Gabe best. Stammz. od. GVHD III/IV od. HLA-versch., mit best. Ennt. od. SZ-Boost od. m. inten- sivm. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / 2760 P.		3.361	192	1,226	0,103
A04D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, mit Graft- versus-Host-Krankheit Grad III und IV oder außer bei Plasmozytom, HLA- verschieden oder mit Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern		2.420	196	1,020	0,108
A04E	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, allogene, außer bei Plasmozytom		2.009	194	0,821	0,110
A05Z	Herztransplantation		5.586	195	6,690	0,087
A06A	Beatmung > 1799 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte oder mit hochkomplexem Eingriff		12.402	197	11,042	0,139
A06B	Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbe- handlung > 2940 / 5520 / 5520 Aufwandspunkte		9.187	193	8,114	0,137
A06C	Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Poly- trauma, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		9.552	186	7,139	0,140
A07A	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 Aufwandspunkte, mit komple- xer OR-Prozedur oder Polytrauma und int. Komplexbeh. > 3920 / 3680 / 3680 P. oder mit hochkompl. oder dreizeitigem Eingr.		7.607	210	7,921	0,129
A07B	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 4900 / 4600 / 4600 P., mit komplexer OR- Prozedur und ECMO ab 384 Stunden oder mit Polytrauma oder Alter < 18 J. oder intensivmed. Komplexbeh. > - / 3220 / - P.		6.343	215	5,620	0,134
A07C	Beatmung > 999 Stunden oder > 499 Stunden mit intensivmed. Komplex- beh. > 4900 / 4600 / 4600 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, ohne ECMO ab 384 Stunden, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre oder mit in- tensivmed. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2760 Punkte		5.726	195	5,074	0,133
A07D	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrau- ma, Alter > 17 Jahre, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1380 / 2484 und < 2353 / 1933 / 2761 Aufwandspunkte, mit kom- plexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		5.436	186	4,306	0,135

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A07E	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Beatmung > 1799 Stunden		5.232	190	3,951	0,136
A07F	Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 184 / 368 Aufwandspunkte, ohne Beatmung > 1799 Stunden		5.493	170	4,110	0,133
A09A	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit IntK > 2352 / 1932 / 2208 P., mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre, mit IntK > 1764 / 1932 / - Punkten oder mit sehr komplexem Eingriff und IntK > - / 2208 / - Punkten		5.537	202	6,008	0,120
A09B	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit int. Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 Punkte, mit angeb. Fehlbild. oder Tumorerkr., Alter < 3 J. oder mit hochkompl. Eingr. oder mit kompl. OR-Proz. oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1932 / - P., Alter < 16 J.		4.020	215	4,089	0,126
A09C	Beatmung > 499 Stunden oder > 249 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbeh. > 2352 / 1932 / 2208 P., mit komplexer OR-Prozedur oder Polytrauma oder int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 P. oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre		3.361	215	3,310	0,133
A09D	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1470 / 1380 / 1656 und < 1765 / 1657 / 2209 Aufwandspunkte		3.181	196	2,667	0,134
A09E	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 u. < 1471 / 1381 / 1657 Punkte, mit komplexer Diagnose oder Prozedur		3.014	211	2,518	0,133
A09F	Beatmung > 499 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1380 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur		2.791	192	2,181	0,132
A11A	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1932 Aufwandspunkte, mit kompliz. Konstellation und best. OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmed. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 2208 Aufwandsp.		4.455	202	5,155	0,115
A11B	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit hochkomplexem Eingriff oder best. Eingriff und best. intensivmed. Komplexbeh. oder Alter < 2 Jahre bei angeborener Fehlbildung		3.680	212	4,136	0,118
A11C	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmed. Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Punkte, mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 16 Jahre oder komplizierende Konstellation		2.702	200	3,575	0,119
A11D	Beatmung > 249 h oder > 95 h mit IntK > 1764 / 1656 / 1656 P. mit best. OR-Prozeduren u. kompliz. Konstell. oder EHEC oder generalisierte Mukositis ohne IntK > 1764 / 1656 / 1932 P. oder mit kompl. Diagnose u. Alter < 3 J. oder IntK > 980 / 1104 / - P.		2.375	213	2,223	0,119
A11E	Beatmung > 249 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne int. Komplexbeh. > 1764 / 1656 / 1656 P., ohne kompliz. Konstellation, Alter > 15 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 828 / - Aufwandspunkte		2.007	214	1,804	0,123
A11F	Beatmung > 249 Stunden oder > 95 Stunden mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation oder intensivmed. Komplexbehandlung > - / - / 1104 P. oder Alter < 6 Jahre		1.987	211	2,002	0,122
A11G	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konstellation, Alter > 5 Jahre, mit kompl. Diagnose oder Prozedur oder Alter < 16 J. oder äußerst schwere CC		2.069	205	1,525	0,118
A11H	Beatmung > 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK > 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC		1.636	193	1,334	0,128
A13A	Beatmung > 95 Std. mit hochkompl. Eingriff oder mit int. Komplexbeh. > 1176 / 1380 / - P. oder mit kompl. OR-Prozedur oder bei Lymphom und Leukämie und int. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 P. oder mit kompliz. Konst. u. best. OR-Proz., Alter < 16 Jahre		2.995	202	3,259	0,108

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A13B	Beatmung > 95 Stunden mit sehr komplexem Eingriff oder mit komplexer OR-Prozedur und komplizierender Konstellation oder mit best. OR-Proz. und kompliz. Konst., Alter < 16 Jahre od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / 1104 / 1104 Punkte und kompliz. Konst.		2.202	202	3,216	0,102
A13C	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmter OR-Proz. und kompliz. Konstellation od. mit intensivmed. Komplexbeh. > - / - / 1104 Punkte od. Alter < 16 J., außer bei Lymphom und Leukämie, ohne kompliz. Konstellation		2.378	214	2,441	0,105
A13D	Beatmung > 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, Alter > 5 Jahre oder mit IntK > - / 828 / - Punkte oder kompl. OR-Prozedur od. mit best. OR-Prozedur od. kompliz. Konst. od. mit IntK > 588 / 552 / 552 Punkte od. Alter < 16 Jahre bei bösartiger Neubildung		1.725	215	2,059	0,101
A13E	Beatmung > 95 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte und < 1177 / 829 / 1105 Aufwandspunkte od. Alter < 16 Jahre		1.673	214	1,499	0,112
A13F	Beatmung > 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh. > - / 368 / - Punkte		1.112	197	1,112	0,117
A13G	Beatmung > 95 Stunden, mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, mit äußerst schweren CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose od. Prozedur, mit auß. schw. CC		1.286	195	1,165	0,113
A13H	Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder kompliz. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Proz., ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne kompliz. Diagnose oder Proz., ohne auß. schw. CC		976	197	0,862	0,117
A15A	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, mit zweiter Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion im selben Aufenthalt	x				
A15B	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter < 18 Jahre oder bestimmte Entnahme oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.514	190	0,715	0,094
A15C	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, außer bei Plasmozytom, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Entnahme oder bei Plasmozytom, mit bestimmter Entnahme oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte		917	193	0,438	0,076
A15D	Knochenmarktransplantation / Stammzelltransfusion, autogen, bei Plasmozytom, ohne bestimmte Entnahme		723	194	0,329	0,074
A16A	Transplantation von Darm oder Pankreas	x				
A16B	Injektion von Pankreasgewebe	x				
A17A	Nierentransplantation mit postoperativem Versagen des Nierentransplantates oder Alter < 16 Jahre oder AB0-inkompatible Transplantation oder schwerste CC		1.664	193	2,049	0,080
A17B	Nierentransplantation ohne postoperatives Versagen des Nierentransplantates, Alter > 15 Jahre oder ohne AB0-inkompatible Transplantation, ohne schwerste CC		1.202	188	1,629	0,079
A18Z	Beatmung > 999 Stunden und Transplantation von Leber, Lunge, Herz und Knochenmark oder Stammzelltransfusion		10.033	207	10,545	0,124
A22Z	Korrekturingriff bei Doppelfehlbildung	x				
A36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 1104 / 1656 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 P. bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen		3.207	214	2,907	0,107
A36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 und < 981 / 1105 / 1657 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen oder komplizierende Konstellation bei Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen		2.165	215	2,033	0,098
A36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 und < - / - / 829 Aufwandspunkte bei bestimmten Krankheiten und Störungen		1.575	193	1,349	0,088
A42A	Stammzellentnahme bei Eigenspender mit Chemotherapie oder mit schwersten CC, Alter > 15 Jahre		559	191	0,342	0,066

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
A42B	Stammzellentnahme bei Eigenspender, Alter < 16 Jahre oder ohne schwerste CC		359	163	0,370	0,081
A42C	Stammzellentnahme bei Eigenspender ohne Chemotherapie, Alter > 15 Jahre, ohne schwerste CC, ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation		218	185	0,236	0,074
A43Z	Frührehabilitation bei Wachkoma und Locked-in-Syndrom	x				
A60A	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, mit Entfernung eines Organtransplantates oder komplexer OR-Prozedur oder äußerst schweren CC oder komplizierender Konstellation		787	194	0,768	0,072
A60B	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter < 16 Jahre		344	185	0,446	0,073
A60C	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, mehr als ein Belegungstag, ohne Entfernung eines Organtransplantates, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 15 Jahre		341	196	0,356	0,071
A60D	Versagen und Abstoßung eines Organtransplantates, ein Belegungstag		125	189	0,204	0,112
A61A	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter akuter Graft-versus-Host-Krankheit, mehr als ein Belegungstag		754	183	0,473	0,089
A61B	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, mit schweren CC oder Alter < 10 Jahre		340	187	0,330	0,085
A61C	Versagen und Abstoßung eines Transplantates hämatopoetischer Zellen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte akute Graft-versus-Host-Krankheit oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre		153	188	0,210	0,099
A62Z	Evaluierungsaufenthalt vor Herztransplantation		1.023	185	1,040	0,078
A63Z	Evaluierungsaufenthalt vor Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantation		440	184	0,648	0,075
A64Z	Evaluierungsaufenthalt vor Leber-, Dünndarm- oder Nieren-Pankreas-Transplantation		730	195	0,984	0,074
A66Z	Evaluierungsaufenthalt vor anderer Organtransplantation		420	186	0,791	0,084
A69Z	Evaluierungsaufenthalt vor Organtransplantation ohne Aufnahme auf eine Warteliste		727	196	0,984	0,075
B01A	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mit komplizierender Konstellation oder Alter < 18 Jahre		2.179	195	3,438	0,084
B01B	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, ohne komplizierende Konstellation, Alter > 17 Jahre		2.040	196	3,421	0,077
B02A	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation bei Neubildung des Nervensystems oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte, Alter < 6 Jahre mit Eingriff bei BNB oder Alter < 16 Jahre und mehrzeitige komplexe OR-Prozedur		2.540	153	3,996	0,081
B02B	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, Bestr. an mind. 9 T. od. best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit., Alt. < 18 J. od. b. BNB od. IntK > 392 / 368 / - P., mit schwersten CC, Alt. > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J. od. oh. Eingr. bei BNB		4.040	193	7,091	0,074
B02C	Komplexe Kraniotomie oder WS-OP, mehr als 8 Bestr., Alter > 17 J. oder ohne best. Eingr. bei BNB mit intraop. Monit. od. bei NB des Nervensystems oder IntK > 392 / 368 / - P., Alter > 15 J. od. oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. Alt. > 5 J., oh. schwerste CC		1.622	196	1,992	0,087
B02D	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, außer bei Neubildung, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte, Alter < 6 Jahre oder mit bestimmtem Eingriff, Alter < 18 Jahre oder mit best. komplizierenden Faktoren		1.559	202	2,907	0,081
B02E	Komplexe Kraniotomie oder Wirbelsäulen-Operation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ohne bestimmte komplizierende Faktoren		951	197	1,365	0,086

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B03Z	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei bösartiger Neubildung oder mit intraoperativem Monitoring oder Eingriffe bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie, Neuropathie oder nicht akuter Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC		1.072	198	1,837	0,074
B04A	Interventionelle oder beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen mit äußerst schweren CC		1.070	193	1,467	0,086
B04B	Beidseitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen ohne äußerst schwere CC oder mehrzeitige Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen oder äußerst schwere CC		1.121	192	1,656	0,082
B04C	Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		540	199	0,923	0,084
B05Z	Dekompression bei Karpaltunnelsyndrom oder kleine Eingriffe an den Nerven		180	183	0,310	0,093
B07Z	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems mit äußerst schweren CC oder komplizierender Diagnose		1.258	198	1,753	0,076
B09Z	Andere Eingriffe am Schädel		409	189	0,647	0,075
B11Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur	x	1.860	196	1,277	0,078
B12Z	Implantation eines Herzschrittmachers bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems oder perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz und Koronargefäßen		847	193	1,016	0,083
B13Z	Epilepsiechirurgie mit invasivem präoperativen Video-EEG	x	1.774	131	3,516	0,064
B15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.196	197	4,149	0,068
B16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.269	190	2,498	0,070
B16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		718	194	1,365	0,079
B17A	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexer Diagnose oder Implantation eines Ereignis-Rekorders		689	189	0,972	0,085
B17B	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und and. Teilen des Nervensystems oder Eingr. bei zerebr. Lähmung, Muskeldystr. od. Neurop., mit best. kompl. Eingr., Alter < 16 J. oder mit mäßig kompl. Eingr., Alter < 19 J. oder mit äuß. schw. oder schw. CC		615	194	0,952	0,076
B17C	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit komplexem Eingriff		617	191	1,113	0,075
B17D	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, mit mäßig komplexem Eingriff oder best. Eingriff und Alter < 19 J. oder schw. CC oder best. Diagnose		382	198	0,626	0,077
B17E	Eingriffe an peripheren Nerven, Hirnnerven und anderen Teilen des Nervensystems oder Eingriff bei zerebraler Lähmung, Muskeldystrophie oder Neuropathie, ohne komplexe oder bestimmte Diagnose, ohne mäßig komplexen oder komplexen Eingriff		262	189	0,472	0,085
B18A	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.365	198	2,070	0,076
B18B	Bestimmte Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung oder Revision eines Ventrikelschuntes oder operative Eingriffe bei nicht akuter Para- / Tetraplegie		762	192	1,136	0,073
B18C	Andere Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung		544	188	0,848	0,077
B18D	Mäßig komplexe Eingriffe an Wirbelsäule und Rückenmark bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems außer bei bösartiger Neubildung		570	186	0,939	0,071
B19A	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators		285	162	0,475	0,075

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B19B	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit Implantation oder Wechsel eines permanenten oder temporären Elektrodensystems		321	160	0,583	0,080
B19C	Implantation, Revision und Entfernung von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Implantation oder Wechsel von Neurostimulatoren und Elektrodensystemen		258	184	0,443	0,077
B20A	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation mit bestimmter komplexer Prozedur, Alter < 18 Jahre oder mit komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre		1.077	173	1,988	0,084
B20B	Kraniotomie oder große WS-Operation mit komplexer Prozedur, mit komplizierenden Faktoren, Alter > 15 Jahre oder Alter < 1 Jahr mit interventionellem oder großem intrakraniellen oder best. Eingriff oder mit kompl. Diagnose od. bei bösartiger Neubildung		1.237	212	2,316	0,081
B20C	Kraniotomie oder große WS-Operation, Alter < 3 Jahre oder interventioneller Eingriff oder Alter < 18 Jahre mit großem intrakraniellen Eingriff oder mit kompl. Diagnose oder best. Eingriff, Alter < 16 J. od. bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre		845	210	1,559	0,079
B20D	Kraniotomie oder große WS-OP mit komplexer Prozedur oder ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, mit komplexer Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder mit bestimmter Prozedur oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre		738	213	1,255	0,082
B20E	Kraniotomie oder große Wirbelsäulen-Operation ohne komplexe Prozedur, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Prozedur, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre		566	197	0,830	0,079
B21A	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, mit Sondenimplantation		1.755	188	3,553	0,073
B21B	Implantation eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, Mehrelektrodensystem, ohne Sondenimplantation		248	181	0,375	0,075
B36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1764 / 1656 / 1656 Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte mit bestimmter OR-Prozedur oder Alter < 10 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		2.821	206	2,576	0,117
B36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur oder > 588 / 552 / 552 Punkte mit best. OR-Prozedur oder best. hochaufw. Implantate oder Alter > 9 Jahre bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		2.110	199	2,445	0,120
B39A	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, mehr als 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.373	196	1,748	0,089
B39B	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit bestimmter OR-Prozedur, bis 72 Stunden mit komplexem Eingriff oder mehr als 72 Stunden, ohne kompl. Eingriff, ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Punkte		903	202	1,249	0,090
B39C	Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72 Std., ohne kompl. Eing., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. oder and. neurolog. Komplexbeh. des akuten Schlaganf., mehr als 72 Std.		802	199	1,204	0,090
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		1.048	189	0,723	0,080
B42B	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems bis 27 Tage ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		859	188	0,379	0,084
B43Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage	x	2.159	189	0,836	0,080
B44A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit neurologischer Komplexbehandlung oder anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls bei schwerer motorischer Funktionseinschränkung		1.037	193	0,660	0,078
B44B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder schwerer motorischer Funktionseinschränkung		698	196	0,351	0,068

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B44C	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems ohne Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne schwere motorische Funktionseinschränkung		634	193	0,332	0,068
B45Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 828 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.399	194	0,953	0,090
B46Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems	x	390	115	0,217	0,066
B47A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mindestens 14 Behandlungstage		530	184	0,255	0,065
B47B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, weniger als 14 Behandlungstage		397	164	0,263	0,067
B48Z	Frührehabilitation bei Multipler Sklerose und zerebellarer Ataxie, nicht akuter Para- / Tetraplegie oder anderen neurologischen Erkrankungen		608	186	0,359	0,064
B49Z	Multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson	x	597	192	0,337	0,067
B60A	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, mehr als ein Belegungstag		427	187	0,496	0,074
B60B	Nicht akute Paraplegie / Tetraplegie, ein Belegungstag		133	117	0,234	0,103
B61A	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit komplexem Eingriff, weniger als 14 Belegungstage, wegverlegt		1.054	195	1,869	0,097
B61B	Bestimmte akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne komplexen Eingriff oder mehr als 13 Belegungstage oder nicht wegverlegt	x	1.786	202	1,810	0,074
B63Z	Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion		320	192	0,369	0,077
B66A	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder mit komplizierender Konstellation		724	127	0,518	0,081
B66B	Neubildungen des Nervensystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre, ohne komplizierende Konstellation		627	189	0,555	0,074
B66C	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		221	175	0,303	0,084
B66D	Neubildungen des Nervensystems, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		312	195	0,426	0,079
B67A	Morbus Parkinson mit äußerst schweren CC oder schwerster Beeinträchtigung		490	191	0,368	0,071
B67B	Morbus Parkinson ohne äußerst schwere CC, ohne schwerste Beeinträchtigung		353	194	0,327	0,071
B68A	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		654	184	0,567	0,071
B68B	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		345	145	0,519	0,080
B68C	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplexer Diagnose		384	185	0,559	0,077
B68D	Multiple Sklerose und zerebellare Ataxie, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose		361	192	0,468	0,072
B69A	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und äußerst schweren CC		658	191	0,702	0,090
B69B	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls > 72 Stunden		487	189	0,578	0,111
B69C	Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls ohne äußerst schwere CC oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung oder mit äußerst schweren CC		412	191	0,575	0,110
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		308	205	0,459	0,093

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B70A	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, mit komplizierender Diagnose oder bestimmter neurologischer Komplexbehandlung > 96 Stunden		706	193	0,703	0,091
B70B	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		584	195	0,644	0,094
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.		536	192	0,648	0,094
B70D	Apoplexie ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit bestimmter neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.		492	191	0,612	0,095
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		524	206	0,613	0,086
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		428	197	0,514	0,081
B70G	Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder mit anderer neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		364	184	0,528	0,151
B70H	Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, verstorben < 4 Tage nach Aufnahme		298	186	0,443	0,128
B70I	Apoplexie, ein Belegungstag		238	190	0,455	0,145
B71A	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven mit komplexer Diagnose oder Komplexbehandlung der Hand, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren oder schweren CC		900	170	0,687	0,075
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		569	191	0,512	0,077
B71C	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne Komplexbehandlung der Hand oder mit kompl. Diagnose, ohne schw. CC oder außer bei Para- / Tetraplegie oder ohne komplexe Diagnose, mit äußerst schweren oder schweren CC, außer bei Para- / Tetraplegie		525	205	0,502	0,075
B71D	Erkrankungen an Hirnnerven und peripheren Nerven ohne komplexe Diagnose, ohne Komplexbehandlung der Hand, ohne äußerst schwere oder schwere CC		257	209	0,337	0,080
B72A	Infektion des Nervensystems, Alter < 16 Jahre oder bestimmte Enzephalitis mit Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte		403	167	0,406	0,076
B72B	Infektion des Nervensystems, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Enzephalitis, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 0 / 0 / 184 Aufwandspunkte		516	195	0,561	0,075
B73Z	Virusmeningitis oder Infektion des Nervensystems, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		238	157	0,333	0,081
B74Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems		1.253	188	0,662	0,074
B75Z	Fieberkrämpfe		194	187	0,280	0,094
B76A	Anfälle, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnostik und Therapie	x	378	192	0,359	0,075
B76B	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder Alter < 3 Jahre oder komplexer Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, mit komplexer Diagnose		612	192	0,546	0,084

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
B76C	Anfälle, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mehr als ein Belegungstag, mit schweren CC, Alter > 2 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder EEG, Alter < 1 Jahr, mehr als ein Belegungstag oder mit bestimmter Diagnose, ohne komplexe Diagnose		466	195	0,474	0,082
B76D	Anfälle, Alter < 6 Jahre oder komplizierende Diagnose oder EEG, mehr als ein Belegungstag		268	194	0,337	0,087
B76E	Anfälle, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnostik und Therapie, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne EEG, ohne bestimmte Diagnose, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose		254	196	0,351	0,090
B77Z	Kopfschmerzen		239	208	0,387	0,090
B78A	Intrakranielle Verletzung, Alter < 6 Jahre oder mit komplizierender Diagnose oder Intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		383	194	0,465	0,088
B78B	Intrakranielle Verletzung, Alter > 5 Jahre, ohne komplizierende Diagnose, ohne Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		326	188	0,410	0,087
B79Z	Schädelfrakturen, Somnolenz, Sopor		243	205	0,321	0,100
B80Z	Andere Kopfverletzungen		163	208	0,254	0,093
B81A	Andere Erkrankungen des Nervensystems mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung		435	192	0,559	0,085
B81B	Andere Erkrankungen des Nervensystems ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung		299	212	0,409	0,079
B82Z	Andere Erkrankungen an peripheren Nerven		208	186	0,303	0,084
B84Z	Vaskuläre Myelopathien		555	156	0,752	0,083
B85A	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit hochkomplexer Diagnose oder mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder bestimmter aufwendiger / hochaufwendiger Behandlung		660	191	0,540	0,077
B85B	Degenerative Krankheiten des Nervensystems mit äußerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter < 2 Jahre		465	192	0,448	0,075
B85C	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, zerebrale Lähmungen oder Delirium, Alter > 1 Jahr		324	193	0,350	0,077
B85D	Degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne hochkomplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose		254	194	0,334	0,081
B86Z	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet und Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet		355	166	0,492	0,076
C01A	Komplexer Eingriff bei penetrierenden Augenverletzungen oder bestimmte Orbitotomie		553	173	0,985	0,071
C01B	Andere Eingriffe bei penetrierenden Augenverletzungen oder Amnionmembrantransplantation oder bestimmte Biopsie		333	195	0,481	0,068
C02Z	Enukleationen und Eingriffe an der Orbita oder Strahlentherapie bei bösartiger Neubildung		647	178	1,134	0,070
C03A	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel mit komplexem Eingriff oder komplizierenden Faktoren oder mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter < 16 Jahre		428	197	0,708	0,069
C03B	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre		322	193	0,570	0,073
C03C	Eingriffe an Retina, Orbita und Augenlid oder Entfernung Augapfel, ohne komplexen oder bestimmten Eingriff, außer bei bösartiger Neubildung		280	193	0,489	0,075
C04A	Hornhauttransplantation mit extrakapsulärer Exzision der Linse (ECCE) oder Amnionmembrantransplantation oder komplexem Eingriff oder Pars-plana-Vitrektomie oder Alter < 16 Jahre		365	186	0,509	0,068

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
C04B	Hornhauttransplantation ohne extrakapsuläre Exaktion der Linse (ECCE), ohne Amnionmembrantransplantation, ohne komplexen Eingriff, ohne Pars-plana-Vitrektomie, Alter > 15 Jahre		347	186	0,494	0,067
C05Z	Dakryozystorhinostomie		278	189	0,504	0,080
C06Z	Komplexe Eingriffe bei Glaukom		294	188	0,446	0,069
C07A	Andere Eingriffe bei Glaukom mit extrakapsulärer Exaktion der Linse (ECCE) oder komplexem Eingriff am Auge oder bestimmten Eingriffen bei Glaukom oder Alter < 6 Jahre		234	185	0,393	0,076
C07B	Andere Eingriffe bei Glaukom ohne extrakapsuläre Exaktion der Linse (ECCE), ohne komplexen Eingriff am Auge, ohne bestimmte Eingriffe bei Glaukom, Alter > 5 Jahre		229	188	0,355	0,074
C08A	Beidseitige extrakapsuläre Exaktion der Linse (ECCE) oder extrakapsuläre Exaktion der Linse oder bestimmte andere Eingriffe am Auge bei angeborener Fehlbildung der Linse oder Alter < 10 Jahre		251	167	0,442	0,077
C08B	Extrakapsuläre Exaktion der Linse (ECCE) ohne angeborene Fehlbildung der Linse oder bestimmte Eingriffe am Auge, Alter > 9 Jahre		218	194	0,388	0,085
C10A	Eingriffe an den Augenmuskeln mit erhöhtem Aufwand		264	130	0,534	0,093
C10B	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, mit komplexem Eingriff oder Alter < 6 Jahre		245	146	0,491	0,094
C10C	Eingriffe an den Augenmuskeln ohne erhöhten Aufwand, ohne komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre		226	148	0,443	0,095
C12Z	Andere Rekonstruktionen der Augenlider		311	186	0,540	0,072
C13Z	Eingriffe an Tränendrüse und Tränenwegen		210	169	0,370	0,083
C14Z	Andere Eingriffe am Auge		216	192	0,372	0,081
C15Z	Andere Eingriffe an der Retina		280	168	0,493	0,075
C16Z	Aufwendige Eingriffe am Auge, Alter < 6 Jahre		281	149	0,537	0,084
C20A	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter < 16 Jahre oder beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen oder bestimmte Konjunktivaplastik oder bei bösartiger Neubildung am Auge		271	153	0,489	0,079
C20B	Eingriffe an Kornea, Sklera und Konjunktiva, Eingriffe am Augenlid oder verschiedene Eingriffe an der Linse, Alter > 15 Jahre, ohne beidseitige Eingriffe an Augen und Tränenwegen, ohne bestimmte Konjunktivaplastik außer bei bösartiger Neubildung am Auge		249	194	0,445	0,080
C60Z	Akute und schwere Augeninfektionen		263	190	0,246	0,066
C61Z	Neuro-ophthalmologische und vaskuläre Erkrankungen des Auges		364	193	0,592	0,081
C62Z	Hyphäma und konservativ behandelte Augenverletzungen		184	189	0,270	0,079
C63Z	Andere Erkrankungen des Auges oder Augenerkrankungen bei Diabetes mellitus		260	193	0,392	0,078
C64Z	Glaukom, Katarakt und Erkrankungen des Augenlides		183	188	0,303	0,084
C65Z	Bösartige Neubildungen des Auges		248	192	0,352	0,078
D01A	Kochleaimplantation, bilateral	x	696	147	1,395	0,076
D01B	Kochleaimplantation, unilateral		544	173	1,032	0,078
D02A	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder mit Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		2.059	199	3,532	0,075

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D02B	Komplexe Resektionen mit Rekonstruktionen an Kopf und Hals ohne komplexen Eingriff, ohne Kombinationseingriff mit äußerst schweren CC		1.553	195	2,658	0,074
D03A	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf mit Hartgaumenplastik oder bestimmte Knochentransplantation an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen oder Alter < 2 Jahre		509	187	0,894	0,074
D03B	Operative Korrektur einer Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalte oder bestimmte plastische Rekonstruktion am Kopf ohne Hartgaumenplastik, ohne bestimmte Knochentransplantation an Kiefer- und Gesichtsschädelknochen, Alter > 1 Jahr		502	152	0,910	0,068
D04A	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovasikulärem Lappen, mit komplexem Eingriff		725	171	1,406	0,075
D04B	Bignathe Osteotomie und komplexe Eingriffe am Kiefer oder Rekonstruktion der Trachea oder plastische Rekonstruktion der Ohrmuschel mit mikrovasikulärem Lappen, ohne komplexen Eingriff		600	169	1,050	0,077
D05A	Komplexe Parotidektomie		619	188	1,223	0,072
D05B	Komplexe Eingriffe an den Speicheldrüsen außer komplexe Parotidektomien		422	193	0,797	0,073
D06A	Komplexe Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter < 6 Jahre oder Alter > 15 Jahre mit komplexer Prozedur oder Diagnose, mit Resektion des Felsenbeins oder mit intrakraniellen Eingriff bei bösartiger Neubildung		596	154	1,011	0,073
D06B	Andere Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre oder Alter > 15 Jahre, mit komplexer Prozedur oder Diagnose, ohne Resektion am Felsenbein, ohne intrakraniellen Eingriff bei BNB		439	196	0,791	0,075
D06C	Bestimmte Eingriffe an Nasennebenhöhlen, Mastoid, Mittelohr, Speicheldrüsen, Rachen, Alter > 15 Jahre, ohne komplexe Prozedur, ohne komplexe Diagnose, mit bestimmter Prozedur		397	196	0,758	0,076
D08A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		804	190	1,123	0,073
D08B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		328	191	0,543	0,078
D09Z	Tonsillektomie bei bösartiger Neubildung oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals mit äußerst schweren CC		569	197	0,828	0,074
D12A	Andere aufwendige Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		635	178	1,143	0,072
D12B	Andere Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals		357	198	0,616	0,075
D13A	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals mit komplizierender Diagnose oder bestimmtem Eingriff oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC oder Alter < 1 Jahr		353	195	0,632	0,079
D13B	Kleine Eingriffe an Nase, Ohr, Mund und Hals ohne komplizierende Diagnose, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC, Alter > 0 Jahre		241	209	0,421	0,085
D15A	Tracheostomie mit äußerst schweren CC oder mit radikaler zervikaler Lymphadenektomie oder Implantation einer Kiefergelenkendoprothese		1.298	195	1,896	0,074
D15B	Tracheostomie ohne äußerst schwere CC, ohne radikale zervikale Lymphadenektomie		830	193	1,102	0,072
D16Z	Materialentfernung an Kiefer und Gesicht		270	169	0,515	0,085
D19Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		2.804	198	5,507	0,067
D20A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.115	196	2,238	0,069
D20B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		642	195	1,322	0,077
D22A	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung, mit Mundboden- oder Vestibulumplastik oder komplexe Eingriffe am Kopf		389	191	0,563	0,068

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D22B	Eingriffe an Mundhöhle und Mund außer bei bösartiger Neubildung oder Eingriffe an Hals und Kopf, ohne Mundboden- oder Vestibulumplastik, ohne komplexe Eingriffe am Kopf		270	198	0,470	0,082
D23Z	Implantation eines aktiven mechanischen Hörimplantates	x	530	165	1,022	0,076
D24A	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals mit äußerst schweren CC oder mit Kombinationseingriff ohne äußerst schwere CC		1.487	195	2,308	0,074
D24B	Komplexe Hautplastiken und große Eingriffe an Kopf und Hals ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff		874	195	1,554	0,072
D25A	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei bösartiger Neubildung oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen mit äußerst schweren CC oder Strahlentherapie mit operativem Eingriff		3.720	197	6,528	0,072
D25B	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, mit Laryngektomie oder Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC oder außer bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		1.388	177	2,189	0,074
D25C	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals bei BNB oder mit Eingriff an den oberen Atemwegen, ohne Laryngektomie, ohne Exzision von Tumorgewebe, ohne äußerst schwere CC		691	196	1,181	0,071
D25D	Mäßig komplexe Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC		449	193	0,778	0,072
D28Z	Andere Eingriffe an Kopf und Hals mit komplexem Eingriff oder bei bösartiger Neubildung oder Rekonstruktion mit Gesichtsepithesen oder totale Auflagerungsplastik der Maxilla		458	194	0,839	0,074
D29Z	Operationen am Kiefer und andere Eingriffe an Kopf und Hals außer bei bösartiger Neubildung		396	174	0,681	0,074
D30A	Tonsillektomie außer bei BNB od. versch. Eingriffe Ohr, Nase, Mund, Hals oh. auß. schw. CC, m. aufw. Eingr. od. Eingr. Mundh., Mund, Alter < 3 J. od. m. kompl. Diag. od. Alter < 16 J. m. auß. schw. od. schw. CC od. m. Eingr. Ohr, Trachea m. auß. schw. CC		380	198	0,708	0,079
D30B	Tonsillektomie außer bei BNB oder verschiedene Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 15 oder ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 12 Jahre oder Alter > 11 Jahre bei BNB oder mit anderem Eingriff oder ohne Eingriff an Hals, Trachea		287	198	0,482	0,074
D30C	Kleine Eingriffe an Ohr, Nase, Mund und Hals, Alter > 11 Jahre		209	192	0,355	0,085
D33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen des Ohres, der Nase, des Mundes und des Halses		1.399	192	2,268	0,071
D35Z	Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen bei bösartiger Neubildung		414	174	0,743	0,076
D36Z	Sehr komplexe Eingriffe an den Nasennebenhöhlen		525	192	0,985	0,075
D37A	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter < 16 Jahre oder bei Gaumenspalte oder Spaltnase oder plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		610	148	1,224	0,069
D37B	Sehr komplexe Eingriffe an der Nase, Alter > 15 Jahre, außer bei Gaumenspalte oder Spaltnase, ohne plastische Rekonstruktion der Nase mit Rippenknorpeltransplantation		468	187	0,941	0,073
D38Z	Mäßig komplexe Eingriffe an Nase, Nasennebenhöhlen, Gesichtsschädelknochen		346	194	0,653	0,077
D39Z	Andere Eingriffe an der Nase		233	190	0,404	0,083
D40Z	Zahnextraktion und -wiederherstellung		237	171	0,421	0,086
D60A	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC		548	193	0,496	0,070
D60B	Bösartige Neubildungen an Ohr, Nase, Mund und Hals, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		287	212	0,496	0,081
D61Z	Gleichgewichtsstörung, Hörverlust und Tinnitus		269	206	0,398	0,085
D63A	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen mit äußerst schweren CC		369	188	0,371	0,078

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
D63B	Otitis media oder Infektionen der oberen Atemwege oder Blutung aus Nase und Rachen ohne äußerst schwere CC		182	210	0,235	0,077
D64Z	Laryngotracheitis, Laryngospasmus und Epiglottitis		120	168	0,183	0,084
D65Z	Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals oder Verletzung und Deformität der Nase		226	196	0,347	0,082
D67Z	Erkrankungen von Zähnen und Mundhöhle		208	194	0,309	0,082
E01A	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe mit komplizierender Konstellation, hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Diagnose		1.923	197	2,728	0,079
E01B	Revisionseingriffe, beidseitige Lobektomie, erweiterte Lungenresektionen und andere komplexe Eingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplizierende Diagnose		1.209	197	1,740	0,076
E02A	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen mit aufwendigem Eingriff oder schwersten CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte oder Alter < 10 Jahre		880	197	0,961	0,074
E02B	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 Jahre, mit mäßig aufwendigem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane oder mehr als ein Belegungstag mit bestimmtem Eingriff an Larynx oder Trachea oder mit äußerst schweren CC		686	196	0,847	0,073
E02C	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 9 J., mehr als 1 BT, ohne best. Eingr. an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwend. Eingr., ohne äuß. schw. CC, mit best. endoskop. Lungenvolumenred. oder anderem mäßig kompl. Eingr. oder Alter < 18 J.		457	196	0,645	0,075
E02D	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 Jahre, mehr als 1 BT, ohne bestimmten Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenred., ohne anderen mäßig kompl. Eingriff		436	199	0,677	0,076
E02E	Andere OR-Prozeduren an den Atmungsorganen, Alter > 17 J., ohne best. Eingriff an Larynx oder Trachea, ohne mäßig aufwendigen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne endoskop. Lungenvolumenreduktion, ohne andere mäßig kompl. Eingriffe, ein Belegungstag		258	191	0,531	0,120
E03Z	Brachytherapie oder Therapie mit offenen Nukliden bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag		490	140	0,822	0,158
E05A	Andere große Eingriffe am Thorax mit bestimmten Eingriffen bei Brustkorbdeformität oder äußerst schweren CC		1.390	200	1,868	0,077
E05B	Andere große Eingriffe am Thorax bei bösartiger Neubildung oder Alter < 18 Jahre oder bestimmter Eingriff an der Pulmonalarterie oder Perikarddrainage mit äußerst schweren CC oder Exzision intrakranielles Tumorgewebe		872	196	1,422	0,079
E05C	Andere große Eingriffe am Thorax oder bestimmte Revisionseingriffe ohne bestimmte Eingriffe bei Brustkorbdeformität, ohne äußerst schwere CC, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmten Eingriff an der Pulmonalarterie, Alter > 17 Jahre		748	197	1,082	0,077
E06A	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter < 10 Jahre oder Eingriff am Thorax mit äußerst schweren CC oder bestimmte Lobektomie		1.023	198	1,289	0,077
E06B	And. Lungenresekt., best. Eingr. an Thoraxorg., Thoraxw., Gefäßsystem od. Mediast., Alter > 9 und < 16 J. od. m. offen chirurg. Pleurolyse m. Eingr. an Lunge/Pleura od. best. atyp. Lungenresekt. od. best. Brustkorbkorr. od. best. chirurg. Stab. d. Thoraxw.		766	192	1,101	0,077
E06C	Andere Lungenresektionen, bestimmte Eingriffe an Thoraxorganen, Thoraxwand, Gefäßsystem oder Mediastinum, Alter > 15 Jahre, ohne offen chirurgische Pleurolyse mit Eingr. an Lunge/Pleura, mit best. Eingriffen an Atmungsorganen, Mediastinum und Brustkorb		574	197	0,804	0,077
E07Z	Aufwendige Eingriffe bei Schlafapnoesyndrom		367	166	0,606	0,067
E08A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit operativem Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden		2.105	192	3,618	0,076
E08B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		2.860	199	5,372	0,068

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E08C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingriff od. Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen od. mindestens 10 Bestrahlungen od. zerebrale, stereotaktische Bestrahlung		1.505	195	2,889	0,069
E08D	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane ohne operativen Eingr. oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 10 Bestrahlungen, ohne zerebrale, stereotaktische Bestrahlung		830	197	1,548	0,073
E36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		1.449	214	1,119	0,116
E37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x				
E40A	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur oder int. Komplexbehandlung > 196 / 368 / - Punkte oder komplizierender Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schw. CC oder ARDS		957	209	0,709	0,094
E40B	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre oder bei Para- / Tetraplegie		825	207	0,668	0,085
E40C	Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para- / Tetraplegie		613	197	0,587	0,098
E41Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane	x	1.208	138	0,516	0,072
E42A	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen		1.037	156	0,368	0,069
E42B	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane		726	192	0,357	0,069
E60A	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie oder komplexe respiratorische Insuffizienz, Alter < 16 Jahre		357	187	0,317	0,073
E60B	Zystische Fibrose (Mukoviszidose), Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		308	198	0,310	0,071
E63A	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespir. Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter < 18 Jahre oder mit best. invasiver kardiologischer Diagnostik oder Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häusl. Beatmung bis 2 BT, Alter < 18 Jahre		204	191	0,334	0,109
E63B	Schlafapnoesyndrom oder Polysomnographie oder kardiorespiratorische Polygraphie bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte invasive kardiologische Diagnostik		180	189	0,309	0,092
E64A	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder Lungenembolie, Alter > 15 Jahre		380	195	0,428	0,080
E64B	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		332	167	0,322	0,098
E64C	Respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		342	202	0,337	0,079
E64D	Respiratorische Insuffizienz, ein Belegungstag		152	185	0,256	0,128
E65A	Chron.-obstr. Atemwegserkrankung od. best. Atemwegsinfekt. mit äuß. schw. CC od. best. hochaufw. Beh. od. Bronchitis u. Asthma bronch., mehr als ein BT, mit äuß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J., mit RS-V.-Infekt., mit int. Komplexbeh. > 196 / 184 / - P.		613	192	0,361	0,070
E65B	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung oder best. Atemwegsinfektion ohne äußerst schwere CC, mit komplizierender Diagnose oder mit FEV1 < 35% und mehr als ein Belegungstag oder Alter < 1 J. oder mit bestimmter mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung		398	195	0,382	0,075
E65C	Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 < 35% oder ein Belegungstag oder Alter > 1 Jahr, ohne bestimmte mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung		314	195	0,338	0,077
E66A	Schweres Thoraxtrauma mit komplizierender Diagnose		316	190	0,354	0,080

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E66B	Schweres Thoraxtrauma ohne komplizierende Diagnose		247	189	0,300	0,081
E69A	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter < 1 Jahr ohne RS-Virus-Infektion oder bei Para- / Tetraplegie		334	183	0,300	0,084
E69B	Bronchitis und Asthma bronchiale, mehr als 1 BT u. Alter > 55 J. od. mit auß. schw. od. schw. CC, Alt. > 0 J. od. 1 BT od. oh. auß. schw. od. schw. CC, Alt. < 1 J. od. flex. Bronchoskopie, Alt. < 16 J. od. best. mäßig aufw. Beh., m. RS-Virus-Infekt.		292	204	0,313	0,075
E69C	Bronchitis und Asthma bronchiale, ein Belegungstag oder ohne auß. schw. oder schw. CC oder Alter < 56 Jahre oder Beschwerden und Symptome der Atmung oder Störungen der Atmung mit Ursache in der Neonatalperiode, ohne bestimmte aufw./hochaufw. Behandlung		191	208	0,263	0,082
E70Z	Keuchhusten und akute Bronchiolitis		186	182	0,197	0,071
E71A	Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		646	195	0,544	0,071
E71B	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, mit Ösophagusprothese oder endoskopischer Stufenbiopsie oder endoskopischer Biopsie am Respirationstrakt mit Chemotherapie, mit int. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Punkten		525	194	0,773	0,074
E71C	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiop., ohne Chemotherapie od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, mit Bronchoskop. mit starrem Instr. oder perkut. Biop. am Respir.-Trakt		381	196	0,599	0,078
E71D	Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC, ohne Ösophagusproth., ohne Stufenbiopsie, ohne Chemoth. od. ohne endoskop. Biop. am Respir.-Trakt, ohne Bronchoskopie mit starrem Instr., ohne perkut. Biopsie am Respir.-Trakt		279	197	0,344	0,074
E73A	Pleuraerguss mit äußerst schweren CC		550	184	0,450	0,074
E73B	Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC		296	191	0,352	0,077
E74Z	Interstitielle Lungenerkrankung		339	194	0,430	0,077
E75A	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre		609	149	0,347	0,107
E75B	Andere Krankheiten der Atmungsorgane mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		460	190	0,367	0,072
E75C	Andere Krankheiten der Atmungsorgane ohne äußerst schwere CC oder Beschwerden und Symptome der Atmung mit komplexer Diagnose		265	209	0,346	0,079
E76A	Tuberkulose, mehr als 14 Belegungstage	x	1.184	212	0,627	0,066
E76B	Tuberkulose bis 14 Belegungstage oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		395	166	0,446	0,080
E76C	Tuberkulose bis 14 Belegungstag, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Pneumothorax		344	194	0,368	0,078
E77A	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		966	189	0,508	0,090
E77B	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit bestimmter komplizierender Konstellation oder hochkomplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte		834	193	0,378	0,071
E77C	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder schwersten CC oder weiteren komplizierenden Faktoren		679	194	0,495	0,077
E77D	Bestimmte andere Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane, Alter > 9 Jahre		507	194	0,437	0,074
E78Z	Kontrolle oder Optimierung einer bestehenden häuslichen Beatmung, bis 2 Belegungstage, Alter > 17 Jahre		148	155	0,229	0,120

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
E79A	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit äußerst schweren CC mit bestimmten Infektionen oder Entzündungen		470	208	0,352	0,071
E79B	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, bei Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter mäßig aufwendiger Behandlung oder mit bestimmter Pneumonie, mehr als ein Belegungstag		344	193	0,301	0,073
E79C	Infektionen und Entzündungen der Atmungsorgane ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, außer bei Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte mäßig aufwendige Behandlung		315	211	0,298	0,074
F01A	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stim. od. Defibrillator mit subk. Elektrode od. intrak. Pulsgen. mit kompliz. Fakt. od. myokardstim. Sys. od. aufwendige Sondenentf. mit kompliz. Fakt. od. Zweikammer-Stim. mit kompliz. Fakt.		900	195	1,213	0,079
F01B	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation mit komplizierenden Faktoren oder neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mehr als 24 Stunden mit komplizierenden Faktoren		833	190	1,045	0,078
F01C	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Dreikammer-Stimulation oder Defibrillator oder intrakardialer Pulsgenerator, ohne komplizierende Faktoren oder Implantation eines Drucksensors in die Pulmonalarterie		477	190	0,738	0,081
F01D	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zwei- oder Einkammer-Stim. mit äußerst schweren CC oder Einkammer-Stim. mit zusätzlichem Herz- oder Gefäßeingriff oder mit IntK > 392 / 368 / - AP oder best. Sondenentfernung oder Alter < 18 Jahre		829	199	1,028	0,081
F01E	Implantation Kardioverter / Defibrillator (AICD), Zweikammer-Stimulation oder aufwendige Sondenentfernung, ohne Implantation eines Drucksensors in Pulmonalarterie, ohne Implantation eines intrakardialen Puls-generators, Alter > 17 Jahre		465	188	0,714	0,082
F01F	Impl. Kardioverter / Defibrillator (AICD), Einkammer-Stimulation, ohne zusätzl. Herz- od. Gefäßeingriff, ohne IntK > 392 / 368 / - P., ohne auß. schw. CC, ohne aufw. Sondenentf., ohne Impl. Drucksens. in Pulmo-nalart., ohne Impl. Pulsgen., Alter > 17 J.		381	191	0,603	0,086
F02A	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Zwei- oder Dreikammer-Stimulation		253	189	0,427	0,094
F02B	Aggregatwechsel eines Kardioverters / Defibrillators (AICD), Einkammer-Stimulation		248	186	0,422	0,094
F03A	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit bestimmter komplizierender Konstellation		1.934	210	3,048	0,084
F03B	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, mit Mehrfacheingriff oder Alter < 1 Jahr oder Eingriff in tiefer Hypothermie oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder bestimmter anderer komplizierender Konstellation oder pulmonale Endarteriektomie		1.569	197	2,497	0,085
F03C	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, Alter > 0 J., IntK > 196 / 184 / - P. und IntK < 393 / 369 / - P., mit Zweifacheingriff od. bei angeborenem Herzfehler, mit kompl. Eingr. od. best. Herzklappeneingriff oder andere komplizierende Konstellation		1.466	197	2,312	0,081
F03D	Herzklappeneingriff mit HLM, Alter > 0 J., IntK < 197 / 185 / - P., mit Zweifacheingr. od. bei angeb. Herzfehler, oh. kompl. Eingr. oder Alter < 16 J. od. oh. Zweifacheingr., auß. bei angeb. Herzfehler, Alter > 15 J. mit Impl. klappentr. Gefäßprothese		1.213	211	1,975	0,078
F03E	Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine, ohne kompliz. Konst., Alter > 15 J., ohne Eingr. in tiefer Hypoth., IntK < 197 / 185 / - P., ohne Zweifacheingr., auß. bei Endokarditis, auß. b. angeb. Herzfehler, ohne Impl. klappentr. Gefäßspr.		1.002	192	1,611	0,079
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		1.399	190	2,394	0,084
F06A	Koronare Bypass-Operation mit bestimmten mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder Karotiseingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		2.783	190	4,255	0,090
F06B	Koronare Bypass-Operation mit anderen mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne Karotiseingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.949	194	2,925	0,077

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F06C	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit komplizierender Konstellation oder IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder Karotiseingriff		1.544	192	2,367	0,089
F06D	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, mit invasiver kardiologischer Diagnostik oder mit intraoperativer Ablation oder schwersten CC oder Implantation eines herzunterstützenden Systems		1.273	197	2,074	0,080
F06E	Koronare Bypass-Operation ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne komplizierende Konstellation, ohne invasive kardiologische Diagnostik, ohne intraoperative Ablation, ohne schwerste CC, ohne Implantation eines herzunterstützenden Systems		1.027	198	1,731	0,080
F07A	Andere Eingriffe mit Herz-Lungen-Maschine, Alter < 1 Jahr oder mit best. kompliz. Konstellation od. kompl. Operation oder IntK > - / 368 /- P. oder Alter < 18 Jahre mit Reop. Herz od. Perikard oder and. kompliz. Konstellation, mit best. kompl. Eingriffen		1.613	197	2,706	0,086
F07B	And. Eingr. mit HLM, Alter < 1 J. od. mit best. kompl. Konst. od. IntK > - /368 /- P., oh. best. kompl. Eingr. od. Alter > 0 J., IntK < -/369/- P., m. and. kompl. Eingr. mit Reop. Herz od. Perik. od. mit best. and. kompliz. Konst. od. mit best. Aortklers.		1.376	193	2,258	0,081
F07C	Andere Eingr. mit HLM, Alter > 0 J., IntK < - / 369/- P. oder Alter > 17 J. od. ohne Reop. od. ohne and. kompliz. Konst., ohne and. kompl. Eingriffe od. ohne Reop. an Herz od. Perikard od. ohne best. and. kompliz. Konst. od. ohne best. Aortklers.		1.099	208	1,826	0,080
F08A	Rekonstruktive Gefäßeingriffe mit komplizierender Konstellation oder komplexe Vakuumbehandlung oder komplexer Aorteneingriff		2.826	197	3,751	0,074
F08B	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellationen, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, mit komplexem Eingriff mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Re-OP oder bestimmten Bypassen, mit äußerst schweren CC		1.773	199	2,632	0,075
F08C	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingriff ohne Mehretagen- od. Aorteneingriff, ohne Reop., ohne best. Bypass, mit äußerst schweren CC oder mit best. Aorteneingriff od. best. kompl. Konstellation		1.490	197	2,171	0,074
F08D	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Aorteneingriff, mit kompl. Eingr. mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reop. oder best. Byp., ohne auß. schw. CC, ohne best. Aorteneingriff oder bestimmter Bypass mit äußerst schweren CC		1.141	197	1,824	0,074
F08E	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne kompl. Konst., ohne kompl. Vakuumbeh., ohne kompl. Aorteneingriff, mit komplex. Eingriff, ohne Mehretagen- oder Aorteneingriff, ohne Reop., ohne bestimmten Bypass, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Aorteneingriff		926	195	1,499	0,074
F08F	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, mit bestimmtem Eingriff		817	195	1,336	0,073
F08G	Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne komplexen Aorteneingriff, ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Aorteneingriff, ohne bestimmten Eingriff		739	192	1,292	0,073
F09A	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter < 16 Jahre, mit komplizierender Konstellation oder Exzision am Vorhof		887	192	1,463	0,088
F09B	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, mit mäßig kompl. kardiothorakalen Eingriffe. mit äußerst schweren CC oder best. kardiothorakalem Eingriff oder best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis		924	195	1,375	0,084
F09C	Andere kardiothorakale Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Konst., ohne Exzision am Vorhof, ohne äußerst schwere CC oder ohne mäßig kompl. kardiothorakale Eingr., ohne best. kardiothorakalen Eingr., ohne best. Perikardektomie bei chron. Perikarditis		582	194	0,856	0,087
F12A	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem mit auß. schw. CC oder ablativ. Maßnahmen oder PTCA oder mit aufwendiger Sondenentfernung mit kompliz. Faktoren oder mit Revision eines Herzschrittm. oder AICD ohne Aggregatw. mit kompliz. Faktoren		823	192	1,075	0,079
F12B	Implantation eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem ohne äußerst schwere CC, ohne ablativ. Maßnahme, ohne PTCA oder Implantation eines Herzschrittmachers ohne aufwendige Sondenentfernung mit komplizierenden Faktoren		459	187	0,738	0,081

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F12C	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre		645	189	0,904	0,080
F12D	Implantation eines Herzschrittmachers, Zweikammersystem, ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC oder isolierter offen chirurgischer Sondenimplantation oder aufwendiger Sondenentfernung oder mäßig komplexer PTCA		711	194	0,833	0,080
F12E	Implantation eines Herzschrittmachers, Einkammersystem oder Implantation eines Ereignisrekorders, Alter > 15 Jahre, mit invasiver kardiologischer Diagnostik bei bestimmten Eingriffen		514	190	0,721	0,077
F12F	Impl. HSM, Zweikammersys., oh. auß. schwere CC, oh. isol. offen chir. Sondenimpl., oh. aufw. Sondenentf., oh. mäßig kompl. PTCA od. Impl. HSM, Einkammersys. od. Impl. Ereignisrekorder, oh. invasive kardiolog. Diagnostik bei best. Eingriffen, Alter > 15 J.		409	199	0,603	0,083
F13A	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC und mehrzeitigen Revisions- oder Rekonstruktionseingriffen		2.020	196	1,991	0,072
F13B	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff mit äußerst schweren CC, ohne mehrzeitige Revisions- oder Rekonstruktionseingriffe		948	191	0,808	0,071
F13C	Amputation bei Kreislauferkrankungen an oberer oder unterer Extremität oder Revisionseingriff ohne äußerst schwere CC		574	189	0,639	0,069
F14A	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit äußerst schweren CC		1.551	197	2,034	0,074
F14B	Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe, ohne äußerst schwere CC		894	196	1,413	0,073
F15Z	Perkutane Koronarangioplastie mit komplizierender Konstellation oder komplexer Diagn. u. hochkompl. Intervention od. m. best. Rekanalisationsverf., Alt. < 16 J. od. inv. kardiolog. Diagnostik, m. kompliz. Konst. od. Endokarditis, mehr als 2 Belegungstage		1.042	195	1,033	0,079
F17A	Wechsel eines Herzschrittmachers, Dreikammersystem oder Alter < 16 Jahre		271	179	0,446	0,101
F17B	Wechsel eines Herzschrittmachers, Einkammer- oder Zweikammersystem, Alter > 15 Jahre		240	187	0,405	0,092
F18A	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter < 16 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff oder mit aufwendiger Sondenentfernung		728	186	0,952	0,078
F18B	Revision Herzschrittmacher od. Kardioverter / Defibrillator (AICD) oh. Aggregatw., Alt. < 16 J. od. mit auß. schw. CC, oh. kompl. Ingr., oh. aufwend. Sondenentf. od. Alt. > 15 J., oh. auß. schw. CC mit kompl. Ingr., mit intralum. exp. Extraktionshilfe		640	190	0,853	0,081
F18C	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, mit komplexem Eingriff, ohne intraluminal expandierende Extraktionshilfe		408	184	0,670	0,085
F18D	Revision eines Herzschrittmachers oder Kardioverters / Defibrillators (AICD) ohne Aggregatwechsel, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Sondenentfernung, ohne komplexen Eingriff		290	187	0,473	0,083
F19A	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen mit äußerst schweren CC		733	195	0,942	0,081
F19B	Andere transluminale Intervention an Herz, Aorta und Lungengefäßen ohne äußerst schwere CC oder Radiofrequenzablation über A. renalis oder komplexe koronare Lithoplastie		393	193	0,660	0,083
F20Z	Beidseitige Unterbindung und Stripping von Venen mit bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		592	129	0,902	0,064
F21A	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen mit hochkomplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		1.820	200	2,256	0,074
F21B	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff oder bestimmter komplizierender Konstellation		1.280	191	1,356	0,072
F21C	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, mit mäßig komplexem Eingriff oder anderer komplizierender Konstellation oder IntK > 196 / 184 / 368 Punkte		780	195	0,686	0,068
F21D	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff		578	195	0,521	0,069

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F21E	Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellationen, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Punkte, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff		435	192	0,383	0,070
F24A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren CC		844	196	0,971	0,082
F24B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose und hochkomplexer Intervention oder mit bestimmten Rekanalisationsverfahren, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere CC		478	194	0,717	0,084
F27A	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit äußerst schwerem CC oder Gefäßeingriff oder bestimmter Amputation oder komplexer Arthrodese des Fußes oder komplexem Hauteingriff oder Ringfixateur		1.009	195	0,964	0,069
F27B	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne bestimmte Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne komplexen Hauteingriff, ohne Ringfixateur, mit mäßig komplexem Eingriff		609	197	0,600	0,068
F27C	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, ohne äußerst schwere CC, ohne Gefäßeingriff, ohne best. Amputation, ohne komplexe Arthrodese des Fußes, ohne Ringfixateur, ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem aufwendigen Eingriff		547	186	0,555	0,068
F28A	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität mit zusätzlichem Gefäßeingriff oder mit Hauttransplantation mit äußerst schweren oder schweren CC		1.466	192	1,799	0,071
F28B	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne Hauttransplantation, mit äußerst schweren oder schweren CC		850	189	0,768	0,069
F28C	Bestimmte Amputation bei Kreislauferkrankungen an unterer Extremität, ohne zusätzlichen Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere oder schwere CC		700	191	0,685	0,068
F29Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, mit bestimmter OR-Prozedur, außer kardiothorakale Eingriffe	x	1.663	184	1,084	0,073
F30Z	Operation bei komplexem angeborenem Herzfehler oder Hybridchirurgie bei Kindern		1.411	168	2,278	0,096
F36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > 1176 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte mit aufwendigem Eingriff		3.398	197	3,932	0,107
F36B	Intensivmed. Komplexbeh. bei Krankh. und Störungen d. Kreislaufsystem. m. kompliz. Fakt., > 588 / 828 / - P. od. > - / - / 1104 P. m. best. OR-Proz., ohne aufwend. Ingr. od. > - / 552 / 552 P. m. best. Aortenstent od. minimalinv. Ingr. an mehrer. Herzkkl.		2.458	200	2,952	0,104
F36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems mit komplizierenden Faktoren, > - / 552 / 552 Aufwandspunkte ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne bestimmten Aortenstent oder bestimmter mehrzeitiger komplexer Eingriff		1.985	197	2,333	0,101
F37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	2.481	180	0,488	0,072
F39A	Unterbindung und Stripping von Venen mit beidseitigem Eingriff oder bestimmter Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC		372	187	0,582	0,073
F39B	Unterbindung und Stripping von Venen ohne beidseitigen Eingriff, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		244	186	0,485	0,097
F41A	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt mit äußerst schweren CC		799	157	0,943	0,080
F41B	Invasive kardiologische Diagnostik bei akutem Myokardinfarkt ohne äußerst schwere CC		443	191	0,678	0,086
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		1.261	195	1,913	0,079
F43A	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / 552 Aufwandspunkte oder best. Impl. herzunterst. System		1.359	197	0,983	0,103

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F43B	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems oh. IntK > 392 / 552 / 552 Pkte, Alter > 5 J. und Alter < 16 J. od. mit kompl. Konstell. od. best. OR-Prozedur od. IntK > - / 368 / - Punkte, ohne best. Impl. herzunterst. System		1.197	199	1,524	0,089
F43C	Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 15 J., ohne intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne best. OR-Prozedur, ohne best. Impl. herzunterst. System		662	194	0,692	0,097
F45Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x	1.048	167	0,436	0,075
F48Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		700	198	0,343	0,069
F49A	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, mit komplexem Eingriff oder Alter < 10 Jahre		1.006	190	0,959	0,082
F49B	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mit äußerst schweren CC oder IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkten, ohne komplexen Eingriff, Alter > 9 Jahre		1.013	192	0,910	0,080
F49C	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter < 18 Jahre		328	185	0,583	0,101
F49D	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, mit schweren CC, mehr als ein Belegungstag		725	192	0,827	0,076
F49E	Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, ohne IntK > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte, Alter > 17 Jahre, ohne schwere CC bei BT > 1, mit kardialen Mapping oder best. andere kardiologische Diagnostik oder best. komplexer Diagnose		464	191	0,673	0,078
F49F	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, mit best. Ingr.		403	197	0,623	0,079
F49G	Invasive kardiolog. Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, o. äußerst schwere CC, ohne IntK > 196 / 184 / 368 P., Alter > 17 J., o. kard. Mapping, o. best. and. kard. Diagnostik, o. schwere CC bei BT > 1, o. best. kompl. Diagnose, ohne best. Ingr.		323	193	0,572	0,085
F50A	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen mit hochkomplexer Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen oder Implantation eines Ereignisrekorders oder Alter < 16 Jahre oder best. angeb. Herzfehler oder mit kompl. Ablation, Alter < 18 Jahre		339	197	0,590	0,084
F50B	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, mit komplexer Ablation, Alter > 17 Jahre		315	189	0,551	0,085
F50C	Ablative Maßnahmen bei Herzrhythmusstörungen ohne hochkomplexe Ablation im linken Vorhof, Ventrikel oder Pulmonalvenen, ohne Implantation eines Ereignisrekorders, ohne best. angeb. Herzfehler, ohne komplexe Ablation, Alter > 15 Jahre		303	190	0,537	0,086
F51A	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, thorakal oder mit bestimmter Aortenprothesenkombination		895	194	1,545	0,080
F51B	Endovaskuläre Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta, nicht thorakal, ohne bestimmte Aortenprothesenkombination		721	197	1,277	0,079
F52A	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC		940	194	1,016	0,080
F52B	Perkutane Koronarangioplastie mit komplexer Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder mit intrakoronarer Brachytherapie oder bestimmte Intervention		444	200	0,668	0,087
F56A	Perkutane Koronarangioplastie mit bestimmter hochkomplexer Intervention, mit äußerst schweren CC		710	192	0,876	0,082
F56B	Perkutane Koronarangioplastie mit hochkomplexer Intervention, ohne bestimmte hochkomplexe Intervention oder ohne äußerst schwere CC oder Kryoplastie oder koronare Lithoplastie		330	195	0,583	0,085
F58A	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, mit äußerst schweren CC		666	194	0,819	0,080
F58B	Perkutane Koronarangioplastie oder bestimmte kardiologische Diagnostik mit Gefäßeingriff, ohne äußerst schwere CC		307	196	0,554	0,088

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F59A	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC		1.188	198	1,508	0,074
F59B	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendiger Gefäßintervention, ohne äußerst schwere CC		481	193	0,863	0,080
F59C	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter < 16 Jahre, mehr als ein Belegungstag		631	215	1,081	0,076
F59D	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, mit bestimmtem Eingriff oder anderem Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag oder mit pAVK mit Gangrän, mehr als ein Belegungstag		478	201	0,804	0,076
F59E	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwend. Gefäßinterv., mit best. anderen Eingriff oder best. Mehrfacheingriff oder PTA, mehr als ein Belegungstag, ohne aufwendigen oder bestimmten Eingr., Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		395	193	0,702	0,079
F59F	Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendige Gefäßintervention, ohne aufwendigen, bestimmten oder bestimmten anderen Eingriff, ohne Mehrfacheingriff, Alter > 15 Jahre oder ein Belegungstag		330	192	0,641	0,089
F60A	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik mit äußerst schweren CC		552	187	0,504	0,080
F60B	Akuter Myokardinfarkt ohne invasive kardiologische Diagnostik ohne äußerst schwere CC		250	193	0,298	0,085
F61A	Infektiöse Endokarditis mit komplizierender Diagnose oder mit komplizierender Konstellation		1.264	193	0,828	0,073
F61B	Infektiöse Endokarditis ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		940	193	0,594	0,072
F62A	Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder komplizierender Diagnose oder mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Punkte oder komplizierender Konstellation		863	188	0,593	0,081
F62B	Herzinsuff. und Schock mit äuß. schw. CC, mit Dialyse oder kompliz. Diag. od. mit best. hochaufw. Beh. od. ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 BT bei best. akuten Nierenvers. mit äuß. schw. CC od. Komplexbeh. des akut. Schlaganf.		747	195	0,527	0,076
F62C	Herzinsuffizienz und Schock ohne äuß. schw. CC od. ohne Dialyse, ohne kompliz. Diagnose, ohne kompliz. Konst., ohne best. hochaufw. Beh., mehr als 1 Belegungstag, ohne best. akut. Nierenvers. od. ohne äuß. schw. CC. ohne Komplexbeh. des akut. Schlaganf.		379	212	0,331	0,075
F62D	Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC oder ohne Dialyse, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, ein Belegungstag		144	186	0,251	0,113
F63A	Venenthrombose mit äußerst schweren CC		619	187	0,588	0,072
F63B	Venenthrombose ohne äußerst schwere CC		258	195	0,323	0,077
F64Z	Hautulkus bei Kreislauferkrankungen		315	187	0,259	0,069
F65A	Periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		629	192	0,506	0,075
F65B	Periphere Gefäßkrankheiten ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 184 Aufwandspunkte		299	197	0,380	0,075
F66A	Koronararteriosklerose mit äußerst schweren CC		553	186	0,348	0,071
F66B	Koronararteriosklerose ohne äußerst schwere CC		232	189	0,321	0,081
F67A	Hypertonie mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter hochaufwendiger / mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung		423	191	0,437	0,076
F67B	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter < 18 Jahre		204	185	0,253	0,081

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F67C	Hypertonie ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige / mäßig aufwendige / aufwendige Behandlung, Alter > 17 Jahre		220	209	0,280	0,081
F68A	Angeborene Herzkrankheit, Alter < 6 Jahre oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		292	188	0,302	0,103
F68B	Angeborene Herzkrankheit ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / - / - Aufwandspunkte, Alter > 5 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter > 15 Jahre		211	167	0,310	0,087
F69A	Herzklappenerkrankungen mit äußerst schweren oder schweren CC		588	189	0,472	0,073
F69B	Herzklappenerkrankungen ohne äußerst schwere oder schwere CC		244	191	0,311	0,081
F70A	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand mit äußerst schweren CC		519	188	0,489	0,087
F70B	Schwere Arrhythmie und Herzstillstand ohne äußerst schwere CC		227	191	0,284	0,085
F71A	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag oder mit kathetergestützter elektrophysiologischer Untersuchung des Herzens oder bestimmter hochaufwendiger Behandlung		561	193	0,462	0,077
F71B	Nicht schwere kardiale Arrhythmie und Erregungsleitungsstörungen ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne kathetergestützte elektrophysiologische Untersuchung des Herzens, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		210	212	0,277	0,085
F72A	Angina pectoris mit äußerst schweren CC		561	169	0,612	0,074
F72B	Angina pectoris ohne äußerst schwere CC		210	189	0,299	0,085
F73A	Synkope und Kollaps, Alter < 14 Jahre, ein Belegungstag		129	118	0,208	0,117
F73B	Synkope und Kollaps, Alter > 13 Jahre oder mehr als ein Belegungstag		231	208	0,299	0,082
F74Z	Thoraxschmerz und sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems		172	192	0,265	0,089
F75A	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		712	195	0,593	0,074
F75B	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter < 10 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC		296	185	0,327	0,082
F75C	Andere Krankheiten des Kreislaufsystems ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre und Alter < 16 Jahre, ohne schwere CC oder Alter > 15		361	209	0,462	0,077
F77A	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, COVID-19, Virus nachgewiesen		1.081	191	0,503	0,070
F77B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems		1.049	196	0,633	0,071
F95A	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter < 18 Jahre oder Vorhofohrverschluss		388	193	0,629	0,082
F95B	Interventioneller Septumverschluss oder Verschluss einer paravalvulären Leckage mit einem kardialen Okkluder, Alter > 17 Jahre, ohne Vorhofohrverschluss		283	187	0,536	0,095
F96Z	Stammzelltransfusion bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems	x				
F98A	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, mit hochkomplexem Eingriff oder komplexer Diagnose oder Alter < 30 Jahre oder Implantation eines Wachstumsstents		920	193	1,205	0,078
F98B	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, mit sehr komplexem Eingriff		800	200	1,190	0,080

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
F98C	Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 29 Jahre, ohne Implantation eines Wachstumsstents, ohne sehr komplexen Eingriff		683	197	0,857	0,080
G01Z	Eviszeration des kleinen Beckens		2.115	190	3,322	0,074
G02A	Bestimmte Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder sehr komplexe Eingriffe an Dün- und Dickdarm, Alter < 10 Jahre oder best. Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit kompliz. Diagnose, mit bestimmten kompliz. Faktoren		1.332	197	1,796	0,076
G02B	Bestimmte komplexe Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder andere Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeb. Fehlbildung, Alter < 2 Jahre oder bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne bestimmte komplizierende Faktoren		1.030	196	1,483	0,075
G02C	Andere komplexe Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Dün- und Dickdarm mit komplizierender Diagnose, ohne Eingriffe an den Verdauungsorganen bei angeborener Fehlbildung, Alter < 2 Jahre		871	193	1,229	0,076
G03A	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur mit hochkomplexem Eingriff oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandsp.		1.826	197	2,875	0,075
G03B	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., mit komplexem Eingriff		1.559	187	2,319	0,075
G03C	Große Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum oder bestimmte Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum mit komplexer Prozedur ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / 368 / - Aufwandspkt., ohne komplexen Eingriff		1.266	193	1,920	0,077
G04Z	Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter < 4 Jahre od. mit auß. schw. od. schw. CC oder kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm oder best. Eingriffe an abd. Gefäßen mit auß. schw. CC oder Implantation eines Antireflux-Stimulationssystems od. best. Gastrektomie		1.187	214	1,534	0,075
G07A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dün- / Dickdarm od. an abdom. Gefäßen, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektoplastik, Alter < 3 Jahre od. mit best. Eingr. an abdominalen Gefäßen		653	193	0,994	0,077
G07B	Appendekt. od. laparoskop. Adhäsiolyse bei Peritonitis mit auß. schw. od. schw. CC od. kl. Eingr. an Dün-/Dickdarm, oh. auß. schw. CC od. best. Anorektopl., Alt. > 2 J. u. Alt. < 14 J. od. mit laparoskop. Adhäsiolyse od. Rektopexie od. best. Magenexz.		684	190	1,038	0,073
G07C	Appendektomie bei Peritonitis mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Anorektoplastik, Alter > 13 Jahre, ohne laparoskopische Adhäsiolyse, ohne Rektopexie		532	195	0,779	0,071
G08A	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, mit äußerst schweren CC		1.106	185	1,358	0,074
G08B	Komplexe Rekonstruktion der Bauchwand, Alter > 0 Jahre, ohne äußerst schwere CC		406	191	0,691	0,072
G09Z	Beidseitige Eingriffe bei Leisten- und Schenkelhernien, Alter > 55 Jahre oder komplexe Herniotomien oder Operation einer Hydrocele testis oder andere kleine Eingriffe an Dün- und Dickdarm		344	192	0,692	0,087
G10Z	Bestimmte Eingriffe an hepatobiliärem System, Pankreas, Niere und Milz		1.023	197	1,539	0,075
G11A	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 6 Jahre		353	167	0,458	0,081
G11B	Pyloromyotomie oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter außer bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 5 Jahre		229	166	0,354	0,074
G12A	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit komplexer OR-Prozedur oder mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		953	192	1,341	0,076
G12B	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit mäßig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		715	197	0,863	0,072
G12C	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen mit wenig komplexer OR-Prozedur, mehr als ein Belegungstag		568	195	0,781	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G12D	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, mit bestimmtem Eingriff oder Alter < 14 Jahre oder bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane		495	198	0,654	0,073
G12E	Andere OR-Prozeduren an den Verdauungsorganen ohne komplexe OR-Prozedur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung der Verdauungsorgane		339	191	0,559	0,079
G13A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations- elektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		191	160	0,315	0,084
G13B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations- elektroden bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		242	158	0,424	0,083
G14Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR- Prozedur bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.512	196	1,449	0,073
G15Z	Strahlentherapie mit großem abdominellen Eingriff		2.638	194	4,708	0,072
G16A	Komplexe Rektumresektion od. and. Rektumres. m. best. Eingr. od. kompl. Diagnose od. mehrz. Enterostomaanlage und -rückverlagerung, m. kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. od. endorektale Vakuumtherapie		2.403	195	3,460	0,074
G16B	Komplexe Rektumresektion od. andere Rektumres. mit best. Eingr. od. kompl. Diag. od. mehrz. Enterostomaanlage u. -rückverlagerung, ohne kompliz. Konstell. od. plast. Rekonstruktion m. myokut. Lappen od. IntK > 196/ 368/ - P. ohne endorekt. Vakuumtherapie		1.352	192	2,099	0,074
G17A	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre		1.159	196	1,961	0,075
G17B	Andere Rektumresektion ohne bestimmten Eingriff oder Implantation eines künstlichen Analsphinkters, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre		975	192	1,563	0,074
G18A	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Ge- fäßen mit bestimmtem hochkomplexem Eingriff oder Diagnose oder mit endorektaler Vakuumtherapie		1.382	196	1,997	0,074
G18B	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm oder an abdominalen Ge- fäßen mit bestimmter sehr komplexer Prozedur oder Diagnose		947	200	1,367	0,075
G18C	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff		807	209	1,234	0,073
G18D	Bestimmte Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder Anlegen eines Enterostomas oder andere Eingriffe am Darm mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff		591	194	0,862	0,073
G19A	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei ange- borener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, mit komplizierender Konstellation oder bei bösartiger Neubildung oder Alter < 16 Jahre ohne bestimmte Operationen an Pharynx oder Magenband		1.070	191	1,469	0,074
G19B	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei ange- borener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellati- on, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, mit komplexem Eingriff		783	197	1,180	0,076
G19C	Andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum außer bei ange- borener Fehlbildung oder Alter > 1 Jahr, ohne komplizierende Konstellati- on, außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff		600	193	1,039	0,075
G21A	Komplexe Adhäsiolyse am Peritoneum, Alter > 3 J., ohne äußerst schw. oder schw. CC od. andere Eingriffe an Darm u. Enterostoma od. best. Eingriffe am Pharynx od. Verschluss Darmfistel m. äußerst schw. CC od. aufw. Eingriff am Darm oder Alter < 16 Jahre		621	196	0,894	0,074
G21B	Andere Eingriffe an Darm und Enterostoma oder bestimmte Eingriffe am Pharynx oder Verschluss Darmfistel ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Darm, Alter > 15 Jahre		364	192	0,565	0,072
G22A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsiolyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		525	192	0,777	0,072

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G22B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 9 Jahre, mit laparoskopischer Adhäsilyse oder Alter < 16 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		529	190	0,795	0,072
G22C	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse bei Peritonitis oder mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 15 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		421	185	0,676	0,073
G23A	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre oder bei bösartiger Neubildung		352	189	0,593	0,075
G23B	Appendektomie oder laparoskopische Adhäsilyse außer bei Peritonitis oder Exzision erkranktes Gewebe Dickdarm ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung		325	206	0,569	0,078
G24A	Eingriffe bei Hernien mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand oder bestimmte partielle Resektion des Dickdarmes		446	170	0,767	0,072
G24B	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, mit beidseitigem oder komplexem Eingriff oder Alter < 14 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		309	192	0,585	0,083
G24C	Eingriffe bei Hernien ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand, ohne beidseitigen Eingriff, ohne komplexen Eingriff, Alter > 13 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		280	197	0,534	0,088
G26A	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter < 16 Jahre oder bei bestimmter bösartiger Neubildung oder entzündlicher Darmerkrankung oder mit kleinem Eingriff am Rektum		258	187	0,392	0,078
G26B	Andere Eingriffe am Anus oder Anoproktoplastik und Rekonstruktion von Anus und Sphinkter bei Analfissuren und Hämorrhoiden, Alter > 15 Jahre, außer bei bestimmter bösartiger Neubildung oder entzündlicher Darmerkrankung, ohne kleinen Eingriff am Rektum		194	208	0,315	0,084
G27A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, mit äußerst schweren CC		3.259	192	5,764	0,069
G27B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen, ohne äußerst schwere CC		2.317	194	4,378	0,067
G29A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.045	195	2,094	0,070
G29B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		724	197	1,363	0,084
G33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.342	197	3,433	0,074
G35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		3.485	194	4,150	0,073
G36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1470 / 1380 / - Aufwandspunkte oder > 1176 / 1104 / 1104 und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, mit aufwendigem Eingriff		3.730	194	4,149	0,099
G36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte und < 1471 / 1381 / - Aufwandspunkte oder mit endoösophagealer Vakuumtherapie, ohne aufwendigen Eingriff		3.032	196	3,220	0,097
G36C	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 552 / - Aufwandspunkte und < 1177 / 1105 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		2.119	199	2,389	0,097
G37Z	Multiviszeraler Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.522	193	2,500	0,075
G38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane oder mehrzeitiger komplexer Eingriff am Gastrointestinaltrakt und anderem Organesystem		2.150	199	3,283	0,076
G40A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		1.417	192	1,370	0,074
G40B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem endoskopischen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		864	190	0,908	0,079
G46A	Komplexe therapeutische Gastroskopie bei schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder andere Gastroskopie bei schw. Krankh. der Verd.organe, mit äußerst schweren CC, Alter < 15 Jahre, mehr als ein BT		840	192	0,883	0,075

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G46B	Komplexe therapeutische Gastroskopie mit schw. CC od. and. Gastro- skopie mit äuß. schw. CC, bei schw. Krankh. der Verd.organe, Alter > 14 J., mehr als 1 BT od. best. Gastroskopie, Alter < 15 J. od. mit kompliz. Faktoren od. ERCP mit and. endoskop. Eingr.		702	194	0,775	0,073
G46C	Verschiedenartige komplexe und andere Gastroskopie, ohne komplexe therapeutische Gastroskopie bei schw. Krankheiten der Verdauungsorga- ne und äuß. schw. oder schw. CC, ohne bestimmte Gastroskopie mit kompliz. Faktoren, ohne ERCP mit and. endoskop. Eingr.		440	196	0,654	0,073
G47A	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter < 16 Jahre oder mit endoskopischer submukosaler Dissektion am Dickdarm, ein Belegungstag		268	187	0,481	0,088
G47B	Andere Gastroskopie oder bestimmte koloskopische Eingriffe, Alter > 15 Jahre, ohne endoskopische submukosale Dissektion am Dickdarm oder mehr als ein Belegungstag		386	197	0,603	0,075
G48A	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstil- lung, mit schwerer Darminfektion oder bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC		701	190	0,673	0,070
G48B	Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC, komplizierendem Eingriff oder Alter < 15 Jahre oder mehrzeitige endoskopische Blutstil- lung, ohne schwere Darminfektion, außer bei bösartiger Neubildung oder ohne äußerst schwere CC		498	195	0,660	0,074
G50Z	Komplexe therapeutische Gastroskopie und bestimmte andere Gastro- skopie bei nicht schweren Krankheiten der Verdauungsorgane, mit äu- ßerst schweren oder schweren CC, mehr als ein Belegungstag, Alter > 14 Jahre		607	194	0,703	0,074
G51Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane	x	1.733	183	0,581	0,078
G52Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		734	192	0,418	0,068
G60A	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder bestimmte hochaufwendige Behandlung		525	193	0,469	0,071
G60B	Bösartige Neubildung der Verdauungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung		238	198	0,323	0,075
G64A	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC		789	188	0,623	0,077
G64B	Entzündliche Darmerkrankung oder andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre oder ohne schwere CC		296	193	0,386	0,073
G66Z	Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter > 55 Jahre und mit CC		301	188	0,388	0,075
G67A	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit bestimmten komplizierenden Faktoren		330	197	0,429	0,074
G67B	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Obstruktion des Verdauungstraktes mit anderen komplizierenden Faktoren oder mit äußerst schweren CC		267	209	0,372	0,076
G67C	Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne bestimmte oder andere komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC		243	208	0,381	0,080
G70A	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter < 18 Jahre oder mit komplexer Diagnose		256	191	0,344	0,075
G70B	Andere schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 17 Jahre, ohne komplexe Diagnose		346	191	0,452	0,074
G71Z	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		267	207	0,459	0,080
G72A	Andere leichte bis moderate Erkrankungen der Verdauungsorgane oder Abdominalschmerz oder mesenteriale Lymphadenitis, Alter < 3 Jahre		159	164	0,260	0,100
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		181	207	0,293	0,086
G73Z	Gastrointestinale Blutung oder Ulkuserkrankung mit äußerst schweren CC, mehr als ein Belegungstag		412	191	0,570	0,075

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
G74Z	Hämorrhoiden oder andere wenig schwere Erkrankungen der Verdauungsorgane		237	188	0,384	0,081
G77A	Bestimmte Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		748	189	0,456	0,068
G77B	Andere Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane		497	190	0,382	0,069
H01A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., mit kompl. Eingriff oder intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.		1.779	195	2,533	0,075
H01B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen mit großem Eingriff oder Strahlentherapie oder komplexer Eingriff an Gallenblase und Gallenwegen, Alter < 14 J., ohne kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P.		1.397	197	2,181	0,075
H02A	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter biliodigestiver Anastomose		1.424	190	1,995	0,075
H02B	Komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen, Alter > 13 Jahre, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte biliodigestive Anastomose		1.365	186	1,936	0,073
H05Z	Laparotomie und mäßig komplexe Eingriffe an Gallenblase und Gallenwegen		872	191	1,229	0,075
H06A	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit aufwendigem Eingriff und bestimmten komplizierenden Faktoren		1.116	195	1,571	0,075
H06B	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas mit bestimmtem Eingriff und komplexer Diagnose, Dialyse, komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		669	193	0,600	0,072
H06C	Andere OR-Prozeduren an hepatobiliärem System und Pankreas ohne bestimmten Eingriff und komplexe Diagnose, Dialyse, komplexe OR-Prozedur oder komplizierende Konstellation		428	196	0,589	0,073
H07A	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber mit sehr komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		910	193	1,347	0,076
H07B	Cholezystektomie und wenig komplexe Eingriffe an Gallenblase, Gallenwegen, Leber ohne sehr komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation		681	194	0,983	0,074
H08A	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand mit komplexer Diagnose oder komplizierender Konstellation		702	194	1,069	0,073
H08B	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter < 12 Jahre oder mit laparoskopischer Steinentfernung		690	190	1,111	0,071
H08C	Laparoskopische Cholezystektomie oder bestimmte Eingriffe an Leber und Bauchwand, Alter > 11 Jahre		386	212	0,678	0,075
H09A	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit bestimmtem Eingriff mit äußerst schweren CC oder aufwendiger Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren		1.809	196	2,386	0,074
H09B	Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shuntoperationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, ohne bestimmten Eingriff oder ohne äußerst schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff am Dünndarm mit bestimmten komplizierenden Faktoren		840	197	1,320	0,076
H12A	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen mit äußerst schweren CC		1.379	197	1,399	0,073
H12B	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff		1.048	183	1,280	0,072
H12C	Verschiedene Eingriffe am hepatobiliären System oder Eingriffe an abdominalen oder pelvinen Gefäßen ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		610	197	0,764	0,072
H15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		1.913	172	3,371	0,066
H16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.385	186	2,690	0,069

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		636	196	1,200	0,102
H29Z	Bestimmte selektive Embolisation oder SIRT		641	193	1,174	0,112
H33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.348	195	3,367	0,074
H36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 980 / 828 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.591	192	2,544	0,099
H36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 und < 981 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.764	191	1,613	0,097
H37Z	Längerer stationärer Aufenthalt vor Transplantation bei hoher Dringlichkeitsstufe bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas	x				
H38A	Bestimmte komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		2.928	192	4,086	0,080
H38B	Andere komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.964	192	2,638	0,075
H40A	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung mit äußerst schweren CC		746	184	0,823	0,080
H40B	Endoskopische Eingriffe bei Ösophagusvarizenblutung ohne äußerst schwere CC		506	193	0,681	0,078
H41A	Bestimmte ERCP mit äußerst schweren CC oder mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, mit Zugang durch retrograde Endoskopie		1.240	196	1,331	0,073
H41B	Bestimmte ERCP mit schweren CC oder komplexer Eingriff oder Alter < 16 Jahre, mit komplexer Prozedur, ohne Zugang durch retrograde Endoskopie		822	194	0,918	0,072
H41C	Best. ERCP mit schw. CC od. kompl. Eingriff oder Alter < 16 J., oh. kompl. Proz. od. and. ERCP, oh. äuß. schw. od. schw. CC, oh. kompl. Eingriff, mit Radiofrequenzabl. und endoskop. Stentimpl. od. and. aufwend. ERCP / best. endoskop. Eingr. m. best. BNB		530	193	0,675	0,072
H41D	Andere aufwendige ERCP oh. best. ERCP, oh. äuß. schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne kompl. Eingr., oh. Radiofrequenzabl. mit endoskop. Stentimpl., ohne and. aufwend. ERCP / best. endoskop. Eingr. m. best. BNB oder best. endoskop. Eingriffe		416	206	0,627	0,073
H41E	Andere ERCP ohne bestimmte ERCP, ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 15 Jahre, ohne komplexen Eingriff, ohne Radiofrequenzablation mit endoskopischer Stentimplantation		340	191	0,558	0,077
H44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		711	186	0,376	0,067
H60Z	Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden mit äußerst schweren CC oder komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		660	194	0,589	0,077
H61A	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, mehr als ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose, mit äußerst schweren CC oder Pfortaderthrombose		515	192	0,478	0,071
H61B	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter < 17 Jahre		192	146	0,250	0,081
H61C	Bösartige Neubildung an hepatobiliärem System und Pankreas, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne Pfortaderthrombose, Alter > 16 Jahre		254	213	0,343	0,076
H62A	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung oder Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden ohne äußerst schwere CC, Alter < 16 Jahre		268	165	0,344	0,076
H62B	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, mit akuter Pankreatitis oder Leberzirrhose oder bestimmter nichtinfektiöser Hepatitis, Alter > 15 Jahre		342	194	0,410	0,074
H62C	Erkrankungen des Pankreas außer bösartige Neubildung, ohne akute Pankreatitis, ohne Leberzirrhose, ohne bestimmte nichtinfektiöse Hepatitis, Alter > 15 Jahre		290	188	0,418	0,076

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
H63A	Erkrankungen der Leber auß. bösart. Neubild., Leberzirr. u. best. nichtinfekt. Hepatitiden u. best. Erkrank. der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diag. u. auß. schw. o. schw. CC od. kompl. Diag. od. auß. schw. od. schw. CC, Alter < 1 J.		539	191	0,513	0,078
H63B	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und best. Erkrankungen der Gallenwege, mehr als ein Belegungstag, mit kompl. Diagnose oder auß. schw. o. schw. CC oder Leberbiopsie, Alter < 18 J.		415	193	0,468	0,073
H63C	Erkrankungen der Leber außer bösartige Neubildung, Leberzirrhose und bestimmte nichtinfektiöse Hepatitiden und bestimmte Erkrankungen der Gallenwege, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose und ohne äußerst schwere oder schwere CC		261	192	0,338	0,076
H64Z	Erkrankungen von Gallenblase und Gallenwegen		254	203	0,336	0,077
H77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		818	192	0,612	0,070
H78Z	Bestimmte komplizierende Konstellation bei bestimmten Krankheiten und Störungen an hepatobiliärem System und Pankreas		1.638	196	1,779	0,074
I01Z	Beidseitige Eingriffe oder mehrere große Eingriffe an Gelenken der unteren Extremität mit komplexer Diagnose		1.462	194	1,460	0,071
I02A	Großflächige 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		3.656	188	4,369	0,071
I02B	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation m. kompliz. Konst., Eingr. an mehr. Lok. od. schw. Weichteilsch., m. auß. schw. CC od. kompl. OR-Proz. od. mit hochkompl. Gewebe-Tx od. Vakuumbh. od. BNB u. kompl. OR-Proz. od. kompl. Gewebe-Tx m. auß. schw. CC		2.801	195	3,553	0,072
I02C	Großfl. Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit kompliz. Konst., Eingriff an mehreren Lokalisationen oder schw. Weichteilschaden, bei BNB und kompl. OR-Proz. m. äußerst schweren oder schweren CC od. komplexer Gewebe-Tx m. äußerst schweren CC		1.799	194	1,902	0,071
I02D	Kleinflächige oder großflächige Gewebe- / Hauttransplantation außer an der Hand, mit äußerst schweren CC		1.618	195	1,638	0,072
I03A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, mit auß. schw. CC oder mehrzeitigem Wechsel oder Eingr. an mehr. Lok.		1.828	198	1,869	0,073
I03B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes mit kompl. Diagnose od. Arthrodesese od. Alter < 16 Jahre oder beidseitige od. mehrere gr. Eingr. an Gelenken der unt. Extr. mit kompl. Eingriff, ohne auß. schw. CC, ohne mehrzeit. Wechsel, ohne Eingr. an mehr. Lok.		960	195	1,114	0,072
I04Z	Implantation, Wechsel oder Entfernung einer Endoprothese am Kniegelenk mit komplizierender Diagnose oder Arthrodesese oder Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation oder periprothetische Fraktur an der Schulter oder am Knie		934	196	1,131	0,073
I05A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesese, ohne komplexen Eingriff, mit äußerst schweren CC		1.106	196	1,045	0,075
I05B	Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk oder Implantation einer Sprunggelenkendoprothese		582	194	0,810	0,073
I05C	Anderer großer Gelenkersatz ohne Implantation oder Wechsel einer inversen Endoprothese am Schultergelenk, ohne Implantation einer Sprunggelenkendoprothese		515	187	0,765	0,072
I06A	Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit hochkomplexem Korrekturingriff oder bestimmtem mehrzeitigem Eingriff oder mit Eingriff an mehreren Lokalisationen oder mit komplizierender Konstellation oder bei Para- / Tetraplegie mit äußerst schweren CC		2.008	197	3,135	0,074
I06B	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals mit sehr komplexem Eingriff bei schwerer entzündlicher Erkrankung oder bestimmte bösartige Neubildung am Knochen oder Alter < 19 Jahre		1.551	197	2,671	0,074
I06C	Komplexe Eingriffe an Wirbelsäule, Kopf und Hals, Alter > 18 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie oder ohne äußerst schwere CC, ohne bösartige Neubildung am Knochen, mit bestimmtem Eingriff ohne schwere entzündliche Erkrankung oder ohne bestimmten Eingriff		1.196	176	1,944	0,074
I07A	Amputation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		818	191	0,823	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I07B	Bestimmte Amputation am Fuß		628	182	0,574	0,070
I08A	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit hochkomplexem Eingriff bei Beckenfraktur, mit bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren CC oder mit weiteren komplizierenden Faktoren		1.426	196	1,744	0,075
I08B	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit sehr komplexem Eingriff bei komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule mit bestimmten komplizierenden Faktoren		1.260	197	1,373	0,073
I08C	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit Einbringen von Abstandshaltern oder and. komplexen Eingriffen bei kompl. Diagnose od. äuß. schw. CC oder Ersatz des Hüftgelenkes mit Eingriff an oberer Extremität oder Wirbelsäule ohne best. kompliz. Faktoren		984	197	1,220	0,074
I08D	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder äußerst schweren CC		810	198	0,996	0,073
I08E	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mit bestimmten Eingriffen an Becken und Femur oder mit bestimmten komplizierenden Diagnosen		698	199	0,945	0,073
I08F	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit bestimmten anderen Eingriffen an Hüftgelenk und Femur		525	212	0,629	0,073
I08G	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexem Eingriff		404	193	0,633	0,074
I08H	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, mit bestimmtem anderen Eingriff oder Alter < 12 Jahre oder Eingriff an der unteren Extremität		323	173	0,591	0,084
I08I	Andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur, ein Belegungstag oder ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 11 Jahre, ohne Eingriff an der unteren Extremität		297	167	0,528	0,087
I09A	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit sehr komplexer Osteosynthese und äußerst schweren CC oder aufwendiger intensivmedizinischer Komplexbehandlung ab 369 Punkten		1.894	197	2,469	0,074
I09B	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten expandierbaren Implantaten oder mehrzeitigen komplexen Eingriffen		1.664	194	2,541	0,073
I09C	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, mit Wirbelkörperersatz oder komplexer Spondylodese oder andere mehrzeitige komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule mit aufwendiger intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten		1.430	198	2,153	0,074
I09D	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit best. kompl. Faktoren, bei Frakturen der Halswirbelsäule oder sek. bösartiger Neub. des Knochens oder mit anderen mehrz. kompl. Eingriffen ohne aufwendige intensmed. Komplexbehandlung ab 185 Aufwandspunkten		1.468	196	2,009	0,073
I09E	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und best. komplizierende Faktoren oder best. Eingriffe an der WS mit best. anderen kompl. Faktoren und Eingriffe ZNS oder transpleuraler Zugang BWS oder best. langstreckige Spondylodese/Osteosynthese oder Diszitis		1.073	198	1,658	0,074
I09F	Best. Eingriffe an der Wirbelsäule, best. kompliz. Faktoren od. Alter < 16 Jahre oder knöcherne Dekompression Spinalkanal / best. Osteosynthese > 3 Segm. oder Impl. eines Schrauben-Band-Systems oder Schrauben-Stab-Systems, 1 Segment bei Diszitis		888	199	1,346	0,073
I09G	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompl. Faktoren und Frakturen Halswirbelsäule oder BNB der Wirbelsäule mit Kyphoplastie, mit Radiofrequenzablation oder komplexer Eingriff an der Wirbelsäule		780	197	1,318	0,074
I09H	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmten anderen kompliz. Faktoren oder mit anderen kompliz. Faktoren, ohne Frakturen HWS, ohne BNB der Wirbelsäule oder ohne Kyphoplastie od. ohne Radiofrequenzabl., ohne komplexen Eingriff an der Wirbelsäule		553	191	0,808	0,073
I09I	Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule ohne komplizierende Faktoren		458	195	0,571	0,072
I10A	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit bestimmtem Eingriff an Rückenmark, Spinalkanal, Wirbelsäule, Rumpf mit äußerst schweren CC		1.304	197	1,700	0,074

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I10B	Andere Eingriffe WS m. best. kompl. Eingriffen od. Para- / Tetrapl. od. Wirbelfraktur m. best. Eingriffen oh. äuß. schw. CC od. best. andere Operationen WS m. äuß. schw. CC u. > 1 BT od. mäßig kompl. Eingriffe u. Diszitis od. Exzision spin. Tumorgewebe		800	200	1,191	0,072
I10C	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule bei Bandscheibeninfektion oder mit bestimmtem Eingriff an der Wirbelsäule		555	195	0,919	0,074
I10D	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit komplexem Eingriff an der Wirbelsäule ohne Bandscheibeninfektion, ohne Diszitis, ohne bestimmten anderen Eingriff an der Wirbelsäule		498	197	0,824	0,073
I10E	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule mit mäßig komplexem Eingriff, mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als 1 Belegungstag, Alter < 18 Jahre oder mit bestimmtem anderen kleinen Eingriff		424	198	0,666	0,072
I10F	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule mit bestimmtem kleinen Eingriff oder wenig komplexer Eingriff, mehr als ein Belegungstag oder ohne bestimmten anderen kleinen Eingriff, Alter > 17 Jahre		401	186	0,622	0,074
I10G	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff an der Wirbelsäule, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne wenig komplexen Eingriff oder ein Belegungstag, mit anderem kleinen Eingriff		324	192	0,457	0,076
I10H	Andere Eingriffe an der Wirbelsäule ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne bestimmten kleinen Eingriff, ohne anderen kleinen Eingriff		220	170	0,390	0,086
I11Z	Eingriffe zur Verlängerung einer Extremität		618	145	1,027	0,070
I12A	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit äußerst schweren CC		1.310	197	1,332	0,073
I12B	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, mit Revision des Kniegelenkes, mit Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern oder Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre		848	195	0,902	0,071
I12C	Knochen- und Gelenkinfektion / -entzündung mit verschiedenen Eingriffen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit schweren CC, ohne Revision des Kniegelenkes, ohne Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern, ohne Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre		540	192	0,655	0,070
I13A	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit komplexem Mehrfacheingriff, mit komplizierendem Eingriff an Humerus und Tibia oder aufwendiger Osteosynthese		908	195	1,215	0,070
I13B	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingriff oder kompliz. Diagnose oder bei Endoprothese der oberen Extremität oder mit Fixateur ext., mit best. BNB od. mit Einbringen von Abstandshalt od. Alter < 18 J. mit äuß. schw. od. schw. CC		819	192	1,178	0,070
I13C	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit best. Mehrfacheingr. od. kompliz Diag. od. bei Endopr. der oberen Extrem. od. m. Fix. ext., m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch., m. best. kompl. Osteot. od. BNB od. Alter < 18 J. m. äuß. schw. od. schw. CC		658	196	0,999	0,072
I13D	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem anderen Mehrfacheingriff oder komplizierender Diagnose oder bei endoprothetischem Eingriff an der oberen Extremität oder mit Fixateur externe oder bestimmte geschlossene Reposition an der Tibia		547	206	0,835	0,072
I13E	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten od. bei Endoproth. am Knie m. kompl. Eingr. od. schw. Weichteilsch. od. Pseudarthrose od. best. Osteotom. od. best. Eingr. Knieproth. od. Epiphyseodese od. bei BNB od. Alter > 17 J. od. ohne äuß. schw. od. schw. CC		471	198	0,721	0,074
I13F	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten mit bestimmtem Eingriff an Unterschenkel und Humerus oder bei bösartiger Neubildung oder kleiner Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		397	187	0,639	0,075
I13G	Bestimmte Eingriffe an den Extremitäten ohne bestimmten Eingriff an Unterschenkel und Humerus, außer bei bösartiger Neubildung, ohne kleinen Eingriff bei Knochen- und Gelenkinfektion oder Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		348	205	0,560	0,078
I14Z	Revision eines Amputationsstumpfes		437	182	0,468	0,069
I15A	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, mit bestimmtem intrakraniellen Eingriff oder komplexem Eingriff an der Mandibula, Alter < 16 Jahre		870	193	1,522	0,089

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I15B	Operationen am Hirn- und Gesichtsschädel, ohne bestimmten intrakraniellen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an der Mandibula oder Alter > 15 Jahre		635	170	1,137	0,075
I16A	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität mit bestimmtem Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen		300	181	0,559	0,086
I16B	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, mit bestimmtem anderem Eingriff an Klavikula, Schulter und Ellenbogen		289	166	0,520	0,083
I16C	Andere Eingriffe an der Schulter und bestimmte Eingriffe an der oberen Extremität ohne bestimmten Eingriff an Schulter, Oberarm und Ellenbogen, ohne bestimmten anderen Eingriff an Klavikula, Schulter und Oberarm		269	168	0,505	0,091
I17A	Aufwendige Operationen am Gesichtsschädel oder Alter < 16 Jahre		605	174	1,050	0,071
I17B	Operationen am Gesichtsschädel ohne aufwendige Operationen, Alter > 15 Jahre		399	168	0,706	0,073
I18A	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter < 16 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff oder mit beidseitigem Eingriff am Kniegelenk		291	188	0,502	0,080
I18B	Wenig komplexe Eingriffe an Kniegelenk, Ellenbogengelenk und Unterarm, Alter > 15 Jahre, ohne mäßig komplexen Eingriff, ohne beidseitigen Eingriff am Kniegelenk		271	185	0,479	0,083
I19A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe ohne Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektroden-systems		278	143	0,439	0,075
I19B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektroden-systems		284	161	0,506	0,082
I20A	Eingriffe am Fuß mit mehreren hochkomplexen Eingriffen oder Teilwechsel Endoprothese des unteren Sprunggelenks, mit hochkomplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder bestimmter Arthrodese		764	168	1,078	0,069
I20B	Eingriffe am Fuß mit mehreren komplexen Eingriffen oder hochkomplexem Eingriff oder Teilwechsel Endoprothese d. unteren Sprunggelenks oder bei Zerebralparese oder mit komplexem Eingriff und komplexer Diagnose oder mit Eingriff an Sehnen des Rückfußes		579	170	0,834	0,070
I20C	Eingriffe am Fuß ohne mehrere komplexe Eingriffe, ohne hochkomplexen Eingriff, mit bestimmten komplizierenden Faktoren		441	186	0,637	0,073
I20D	Eingriffe am Fuß ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit Knochen- transplantation oder schwerem Weichteilschaden oder bestimmtem Eingriff am Fuß oder Implantation einer Vorfuß- oder Zehenendoprothese oder Kalkaneusfraktur		343	165	0,608	0,079
I20E	Andere Eingriffe am Fuß oder chronische Polyarthritits oder Diabetes Mellitus mit Komplikationen oder Alter < 16 Jahre		298	186	0,512	0,082
I20F	Eingriffe am Fuß ohne komplexe Eingriffe oder komplizierende Faktoren, Alter > 15 Jahre		244	190	0,422	0,086
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		296	210	0,525	0,085
I22A	Gewebe- / Hauttransplantation, außer an der Hand, mit großfläch. Gewebetransplantation, mit komplizierender Konstellation, Eingriff an mehreren Lokalisationen, schwerem Weichteilschaden oder komplexer Gewebetransplantation mit schweren CC		1.345	196	1,634	0,069
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		1.087	195	1,060	0,069
I23A	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		326	188	0,533	0,078
I23B	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen mit bestimmten kleinen Eingriffen an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		255	191	0,471	0,090

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I23C	Andere kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen ohne bestimmte kleine Eingriffe an Knochen und Weichteilen, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		210	184	0,371	0,093
I24A	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe mit komplexem Eingriff oder Alter < 16 Jahre		236	191	0,406	0,089
I24B	Arthroskopie oder andere Eingriffe an den Extremitäten oder Eingriffe am Weichteilgewebe ohne komplexen Eingriff, Alter > 15 Jahre		238	188	0,446	0,094
I26A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 785 / 829 / - Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		2.685	199	2,684	0,099
I26B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe oder bestimmte hochaufwendige Implantate		2.110	200	2,269	0,092
I27A	Eingriffe am Weichteilgew. od. kleinfl. Gewebe-Tx m. best. Diagn. u. best. Eingr. od. m. auß. schw. CC od. b. BNB m. schw. CC, m. best. Diagn. u. kompl. Eingr. od. Nephrekt. od. best. BNB m. best. Eingr. Abdomen od. Thorax od. Tx e. Zehe als Fingerersatz		1.197	197	1,968	0,076
I27B	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebe-Tx mit äußerst schweren CC oder bei BNB mit schweren CC oder mit kompliz. Faktoren, mit schweren CC oder bei BNB oder mit best. Eingr. am Weichteilgewebe, > 1 Belegungstag oder best. Eingriff		1.001	198	1,221	0,072
I27C	Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit schweren CC oder bei BNB oder mit bestimmtem Eingriff am Weichteilgewebe, mehr als ein Belegungstag oder bestimmter Eingriff ohne komplizierende Faktoren		473	196	0,657	0,072
I27D	Bestimmte andere Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag		356	198	0,584	0,076
I27E	Bestimmte kleine Eingriffe am Weichteilgewebe oder ein Belegungstag		276	194	0,456	0,079
I28A	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmter offener chirurgischer Stabilisierung der Thoraxwand oder bestimmtem Eingriff am Zwerchfell oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung		924	173	1,443	0,078
I28B	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit komplexem Eingriff an Thorax und Abdomen oder Implantation/Wechsel best. Medikamentenpumpen oder Eingriff bei bösartiger Neubildung an Knochen und Gelenken, mehr als ein Belegungstag		584	197	0,892	0,073
I28C	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit bestimmtem Eingriff an Knochen, Weichteilen oder Bindegewebe, mehr als ein Belegungstag oder Alter < 10 Jahre		583	195	0,703	0,072
I28D	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe mit mäßig komplexem Eingriff, mehr als ein Belegungstag, Alter > 9 Jahre		488	195	0,628	0,073
I28E	Andere Eingriffe an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, ohne bestimmte, mäßig komplexe und komplexe Eingriffe, Alter > 9 Jahre oder ein Belegungstag		320	195	0,474	0,077
I29A	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder bestimmte Osteosynthesen an der Klavikula, bei komplizierender Diagnose oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		452	169	0,815	0,079
I29B	Komplexe Eingriffe am Schultergelenk oder best. Osteosynthesen an der Klavikula ohne kompliz. Diagnose, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen oder sonst. arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit bestimmten Eingriffen an der Schulter		343	187	0,648	0,084
I29C	Sonstige arthroskopische Rekonstruktion der Rotatorenmanschette ohne bestimmte Eingriffe an der Schulter		307	165	0,575	0,084
I30A	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter < 16 Jahre oder komplexe Eingriffe am Kniegelenk mit sehr komplexem Eingriff oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter < 18 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC		458	163	0,757	0,074
I30B	Arthroskopischer Eingriff am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre oder bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		353	186	0,671	0,081
I30C	Komplexe Eingriffe am Kniegelenk ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Kniegelenk, Alter > 17 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte arthroskopische Eingriffe am Hüftgelenk, Alter > 15 Jahre		300	166	0,541	0,082

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I31A	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, mit aufwendigen Eingriffen am Unterarm		662	184	1,052	0,072
I31B	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm oder gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand oder bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, mit bestimmten komplexen Eingriffen am Unterarm		495	188	0,822	0,075
I31C	Mehrere komplexe Eingriffe an Ellenbogengelenk und Unterarm ohne gelenkübergreifende Weichteildistraktion bei angeborenen Anomalien der Hand, ohne bestimmte Eingriffe bei Mehrfragmentfraktur der Patella, ohne bestimmte komplexe Eingriffe am Unterarm		390	188	0,683	0,080
I32A	Eingr. an Handgelenk u. Hand mit mehrzeitigem kompl. od. mäßig kompl. Eingr. od. mit Komplexbehandl. Hand od. mit aufwendigem rekonstruktivem Eingr. bei angeborener Fehlbildung der Hand oder mit best. gefäßgestielten Knochentx. bei Pseudarthrose der Hand		644	188	0,920	0,068
I32B	Eingr. an Handgel. und Hand ohne mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, ohne aufw. rekonstr. Eingr., mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter < 6 J. od. mit kompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J.		288	144	0,527	0,081
I32C	Eingr. an Handgel. und Hand oh. mehrz. Eingr., oh. Komplexb. Hand, mit kompl. Eingr. od. bei angeb. Anomalie d. Hand od. Pseudarthr., Alter > 5 J. od. mit hochkompl. Eingr. bei angeb. Fehlb. d. Hand, Alter < 16 J. oder mit best. Eingr. od. kompl. Diagn.		550	165	0,895	0,074
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		366	185	0,672	0,081
I32E	Bestimmte mäßig komplexe Eingriffe an Handgelenk und Hand, mehr als ein Belegungstag oder Mehrfacheingriff an 3 Strahlen oder Alter < 6 Jahre		304	196	0,526	0,079
I32F	Eingriffe an Handgelenk und Hand ohne komplexe oder mäßig komplexe Eingriffe oder ohne bestimmtem mäßig komplexen Eingriff, Alter > 5 Jahre, ein Belegungstag		229	189	0,432	0,095
I33Z	Rekonstruktion von Extremitätenfehlbildungen		534	143	0,938	0,075
I34Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		992	199	0,771	0,071
I36Z	Beidseitige oder kombinierte Implantation oder Wechsel einer Endoprothese an Hüft-, Kniegelenk und/oder an der oberen Extremität		759	190	1,113	0,070
I37Z	Resezierender Eingriff am Becken bei bösartiger Neubildung des Beckens oder Mehretageeingriffe an der unteren Extremität		1.080	168	1,544	0,073
I39Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.447	196	4,785	0,067
I40Z	Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe	x	946	164	0,469	0,070
I41Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		654	194	0,310	0,067
I42A	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mindestens 14 Tage		521	187	0,239	0,066
I42B	Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, weniger als 14 Tage		374	184	0,245	0,067
I43A	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, mit äußerst schweren CC		1.783	193	1,918	0,072
I43B	Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC		707	192	1,032	0,073
I44A	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk mit äußerst schweren CC oder Implantation bestimmter schaftverankerten Prothese am Knie oder Korrektur einer Brustkorbdeformität		663	190	0,892	0,073
I44B	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, mit bestimmtem Wechsel von Endoprothesen oder Implantation einer patientenindividuell angefertigten Endoprothese am Kniegelenk oder Einbringen oder Wechsel von Abstandshaltern		671	186	0,884	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I44C	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Wechsel von Endoprothesen oder Prothesenkomponenten, ohne Impl. e. patientenindivid. angefertigten Endoprothese am Knie, ohne Einbringen od. Wechsel von Abstandshaltern		591	196	0,913	0,073
I44D	Bestimmte Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk oder Einbringen einer Entlastungsfeder am Kniegelenk		463	189	0,700	0,073
I44E	Andere Endoprotheseneingriffe am Kniegelenk		440	180	0,566	0,073
I45A	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, mehr als ein Segment		467	165	0,845	0,078
I45B	Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese, weniger als 2 Segmente		421	165	0,725	0,079
I46A	Prothesenwechsel am Hüftgelenk mit äußerst schweren CC oder Eingriff an mehreren Lokalisationen		1.304	192	1,401	0,073
I46B	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, mit periprothetischer Fraktur		1.012	189	1,200	0,073
I46C	Prothesenwechsel am Hüftgelenk ohne äußerst schwere CC, ohne Eingriff an mehreren Lokalisationen, ohne periprothetische Fraktur		780	190	1,088	0,073
I47A	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne komplizierende Diagnose, ohne Arthrodesen, ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre, mit komplizierendem Eingriff		742	193	0,979	0,073
I47B	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, mit kompl. Diagnose an Becken/Oberschenkel, mit best. endoproth. oder gelenkplast. Ingr. od. m. Impl. od. Wechsel Radiuskopfproth. od. m. kompl. Erstimpl. od. m. Entf. Osteosynthesemat.		581	198	0,708	0,074
I47C	Revision oder Ersatz des Hüftgelenkes ohne best. kompliz. Faktoren, ohne komplexe Diagnose an Becken/OS, ohne best. endoproth. Eingriff, ohne gelenkpl. Eingriff am Hüftgelenk, ohne Impl. oder Wechsel einer Radiuskopfprothese, ohne Entf. Osteosynthesemat.		484	200	0,667	0,074
I50A	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, mit bestimmtem Eingriff oder bestimmter Vakuumbehandlung mit kontinuierlicher Sogbehandlung ab 8 Tagen		810	195	0,919	0,067
I50B	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, mit bestimmter Vakuumbehandlung oder Alter < 16 Jahre		508	167	0,580	0,067
I50C	Gewebe- / Haut-Transplantation außer an der Hand, ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne bestimmten Eingriff, ohne bestimmte Faktoren, Alter > 15 Jahre		297	166	0,434	0,071
I54A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen oder Alter < 18 Jahre		1.106	191	2,180	0,070
I54B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, bei bösartiger Neubildung, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, Alter > 17 Jahre		812	196	1,597	0,074
I59Z	Andere Eingriffe an den Extremitäten oder am Gesichtsschädel		252	189	0,446	0,089
I64A	Osteomyelitis, Alter < 16 Jahre		360	164	0,401	0,071
I64B	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, mit äußerst schweren oder schweren CC oder Tuberkulose der Knochen und Gelenke		526	168	0,437	0,070
I64C	Osteomyelitis, Alter > 15 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC		322	186	0,366	0,072
I65A	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, mit hochkomplexer Chemotherapie oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC		340	172	0,328	0,073
I65B	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter < 17 Jahre oder mit äußerst schweren CC, ohne hochkomplexe Chemotherapie, Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere oder schwere CC		316	194	0,345	0,074
I65C	Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologischer Fraktur, Alter > 16 Jahre, ohne äußerst schwere CC		277	202	0,351	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I66A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, mit komplizierender Konstellation oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / 368 Aufwandspunkte		919	188	0,592	0,073
I66B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder anderen komplizierenden Konstellationen		738	190	0,576	0,073
I66C	Frakturen an Becken und Schenkelhals, mit äußerst schweren CC oder bestimmte kinder-/jugendrheumatische Behandlung, Alter < 1 Jahr oder multisystemisches Entzündungssyndrom bei COVID-19 mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung im Kindesalter		562	188	0,421	0,074
I66D	Kinder-/jugendrheum. Komplexbeh. 7 bis 13 Behandlungstage, Alter > 0 Jahre od. Amyloidose, adulte Form des Morbus Still, best. Vaskulitiden od. syst. rheum. Erkrankungen, Alter < 16 Jahre od. m. multisystem. Entzündungssyndrom bei COVID-19, mehr als 1 BT		330	183	0,270	0,071
I66E	Amyloidose, bestimmte Vaskulitiden oder adulte Form des Morbus Still, Alter > 15 Jahre		392	194	0,492	0,074
I66F	Frakturen an Becken und Schenkelhals oder systemischer Lupus erythematoses ohne äußerst schwere CC		326	198	0,302	0,072
I66G	Andere Erkrankungen des Bindegewebes, mehr als ein Belegungstag, ohne bestimmte Erkrankungen, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - Aufwandsp. oder multisystemisches Entzündungssyndrom bei COVID-19, ein Belegungstag		300	197	0,313	0,072
I66H	Andere Erkrankungen des Bindegewebes oder Frakturen an Becken und Schenkelhals, ein Belegungstag		127	189	0,212	0,109
I68A	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als 1 BT, mit äußerst schw. oder schw. CC od. intensivmed. Komplexbeh. > 196 / 184 / - P. od. bei Para- / Tetraplegie, bei Diszitis od. infektiöser Spondylopathie		962	187	0,703	0,072
I68B	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als 1 BT, mit auß. schw. oder schw. CC od. bei Para- / Tetraplegie, mit kompl. Diagn. oder ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne Para- / Tetraplegie bei Diszitis		604	190	0,511	0,072
I68C	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 BT od. and. Femurfraktur, bei Para- / Tetraplegie od. mit auß. schw. CC od. schw. CC od. Alter > 65 J., oh. kompl. Diagn. od. Kreuzbeinfraktur od. best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh.		406	193	0,383	0,073
I68D	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., mit Wirbelsäulenfraktur		322	189	0,368	0,075
I68E	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen WS, > 1 Belegungstag oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur, ohne best. mäßig aufw., aufw. od. hochaufw. Beh., oh. Wirbelsäulenfraktur		271	210	0,316	0,075
I68F	Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, ein Belegungstag oder Prellung am Oberschenkel		148	205	0,266	0,107
I69A	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie mit bestimmter Arthropathie oder Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie		321	195	0,303	0,072
I69B	Knochenkrankheiten und spezifische Arthropathie ohne bestimmte Arthropathie, ohne Muskel- / Sehnenenerkrankung bei Para- /Tetraplegie		274	193	0,279	0,073
I71A	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, mit Zerebralparese oder Kontraktur		330	162	0,298	0,075
I71B	Muskel- und Sehnenenerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie oder Verstauchung, Zerrung, Luxation an Hüftgelenk, Becken und Oberschenkel, ohne Zerebralparese, ohne Kontraktur		223	207	0,287	0,079
I72Z	Entzündung von Sehnen, Muskeln und Schleimbeuteln mit äußerst schweren oder schweren CC oder Frakturen am Femurschaft		415	191	0,383	0,074
I73Z	Nachbehandlung bei Erkrankungen des Bindegewebes		296	187	0,282	0,072
I74A	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit äußerst schweren oder schweren CC oder unspezifische Arthropathien		290	195	0,308	0,074

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
I74B	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter < 10 Jahre		169	144	0,283	0,103
I74C	Verletzungen an Unterarm, Handgelenk, Hand oder Fuß oder leichte bis moderate Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk ohne äußerst schwere oder schwere CC, Alter > 9 Jahre		199	184	0,288	0,084
I75A	Schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk mit CC		425	185	0,368	0,075
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		251	193	0,290	0,076
I76A	Andere Erkrankungen des Bindegewebes mit komplizierender Diagnose oder äußerst schweren CC oder septische Arthritis mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre		387	187	0,450	0,074
I76B	Andere Erkrankungen des Bindegewebes ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC oder septische Arthritis ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		249	192	0,317	0,078
I77Z	Mäßig schwere Verletzungen von Schulter, Arm, Ellenbogen, Knie, Bein und Sprunggelenk		234	200	0,290	0,078
I79Z	Fibromyalgie		345	186	0,277	0,070
I87A	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, COVID-19, Virus nachgewiesen		900	163	0,369	0,067
I87B	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		584	187	0,402	0,069
I95A	Implantation einer Tumorendoprothese mit Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese oder Knochentotalersatz am Femur oder Alter < 18 Jahre		1.197	191	1,711	0,073
I95B	Implantation einer Tumorendoprothese ohne Implantation oder Wechsel einer bestimmten Endoprothese, ohne Knochentotalersatz am Femur, Alter > 17 Jahre		856	168	1,267	0,073
I96Z	Frührehabilitation mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 20 Tage	x	1.993	192	1,592	0,074
I97Z	Rheumatologische Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		508	166	0,253	0,066
I98Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe		2.323	195	2,432	0,069
J01Z	Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomosierung bei bösartiger Neubildung an Haut, Unterhaut und Mamma		1.144	153	2,196	0,074
J02A	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie oder Gewebetransplantation mit mikrovaskulärer Anastomose, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff		1.702	193	1,937	0,070
J02B	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extr. bei Ulkus od. Infektion od. ausgedehnte Lymphadenekt. oder Gewebetransplant. mit mikrovask. Anastomose, mit äuß. schw. CC, oh. kompl. Eingr. od. oh. äuß. schw. CC, m. kompl. Eingr.		1.114	194	1,239	0,069
J02C	Hauttransplantation oder bestimmte Lappenplastik an der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion oder ausgedehnte Lymphadenektomie, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff		682	194	0,637	0,066
J03Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		388	189	0,387	0,069
J04Z	Eingriffe an der Haut der unteren Extremität außer bei Ulkus oder Infektion / Entzündung		277	187	0,437	0,075
J06Z	Mastektomie mit Prothesenimplantation und plastischer Operation bei bösartiger Neubildung oder komplexe Prothesenimplantation		572	184	0,982	0,072
J07A	Best. Eingr. an der Mamma mit Lymphknotenex. oder PCCL >2 oder Impl. Hautexpander oder best. Eingr. an Ovar/Plexus brachialis oder Lymphknotenex. mit Hauttransplantation oder Debridement, mit beidseitigem Eingr. oder best. Eingr. Ovar/Plexus brachialis		567	186	1,082	0,077

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J07B	Best. Eingr. an der Mamma mit Lymphknotenex. oder PCCL >2 oder Impl. Hautexpander oder best. Eingr. an Ovar/Plexus brachialis oder Lymphknotenex. mit Hauttransplantation oder Debridement, ohne beidseitigen Eingr., ohne best. Eingr. Ovar/Plexus brachialis		449	209	0,833	0,080
J08A	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement mit Eingriff an Kopf und Hals oder mit bestimmtem Eingriff an Haut und Unterhaut oder Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion / Entzündung, mit äußerst schweren CC		1.051	199	1,008	0,071
J08B	Bestimmte Hauttransplantation oder Debridement ohne Eingriff an Kopf und Hals, ohne bestimmten Eingriff an Haut und Unterhaut oder ohne äußerst schwere CC		432	190	0,548	0,068
J09A	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter < 16 Jahre		182	143	0,294	0,082
J09B	Eingriffe bei Sinus pilonidalis und perianal, Alter > 15 Jahre		169	198	0,271	0,086
J10A	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff		421	195	0,616	0,067
J10B	Plastische Operationen an Haut, Unterhaut und Mamma ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexen Eingriff		273	194	0,438	0,073
J11A	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplexem Eingriff bei komplizierender Diagnose oder bei Para- / Tetraplegie oder selektive Embolisierung bei Hämangiom		508	192	0,602	0,072
J11B	Andere Eingriffe an Haut, Unterhaut und Mamma mit komplizierender Diagnose oder mit mäßig komplexer Prozedur oder Diagnose oder Alter < 18 Jahre mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit bestimmtem Eingriff bei bösartiger Neubildung oder Pemphigoid		355	197	0,523	0,075
J11C	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. auß. schw. oder schw. CC, m. best. Eingr. od. m. Hidradenitis suppurativa od. bei BNB/Pemphigoid od. mit kl. Eingr. an d. Haut u. Weicht.		223	199	0,348	0,077
J11D	And. Eingr. an Haut, Unterhaut u. Mamma oh. kompliz. Diag., oh. mäßig kompl. Proz. od. Diagn., Alter > 17 J. od. oh. auß. schw. od. schw. CC, oh. best. Eingr., oh. Hidradenitis suppurativa, auß. b. BNB od. Pemphigoid, oh. kl. Eingr. an d. Haut od. Weicht.		190	196	0,296	0,081
J12Z	Komplexe beidseitige plastische Rekonstruktion der Mamma		1.448	146	2,935	0,075
J14Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma bei BNB mit aufwend. Rekonstr. oder beidseit. Mastektomie bei BNB oder Strahlenther. mit operat. Proz. bei Krankh. und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mit beidseit. Prothesenimpl. oder Impl. eines Hautexpanders		670	169	1,180	0,071
J16A	Beidseitige Mastektomie bei bösartiger Neubildung		575	187	0,955	0,073
J16B	Strahlentherapie mit operativer Prozedur bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		2.031	193	4,784	0,078
J17Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.012	195	5,701	0,068
J18A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.547	192	2,856	0,069
J18B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen		937	196	1,645	0,072
J21Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement mit Lymphknotenexzision oder schweren CC		582	196	0,727	0,069
J22Z	Andere Hauttransplantation oder Debridement ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit Weichteildeckung oder Mehrfachtumoren der Haut oder Erysipel		298	197	0,430	0,070
J23Z	Große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne komplexen Eingriff, ohne bestimmten Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		462	195	0,752	0,074
J24A	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation oder bestimmter Mammareduktionsplastik oder beidseitiger Mastopexie		424	179	0,770	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
J24B	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, mit Prothesenimplantation, ohne bestimmte Mammareduktionsplastik, ohne beidseitige Mastopexie		469	190	0,893	0,074
J24C	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff		346	168	0,610	0,075
J24D	Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff		218	170	0,384	0,092
J25Z	Kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC		269	189	0,470	0,085
J26Z	Plastische Rekonstruktion der Mamma mit komplexer Hauttransplantation oder große Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung mit komplexem Eingriff oder bestimmtem Eingriff an den weiblichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung		1.163	188	2,151	0,077
J35Z	Komplexe Vakuumbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		1.922	186	2,041	0,068
J44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		718	189	0,346	0,069
J61A	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein BT, Alter > 17 Jahre oder mit kompl. Diagn., mit auß. schw. CC od. Hautulkus bei Para-/Tetraplegie od. hochkompl. Diagn. od. Epid. bullosa, Alter < 10 Jahre oder mit schwerer Erkr. der Haut, mit aufw. Behandl.		490	189	0,337	0,068
J61B	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter > 17 Jahre, ohne äußerst schwere CC, ohne hochkomplexe Diagnose, mit schwerer Erkrankung der Haut, ohne aufwendige Behandlung		342	193	0,272	0,067
J61C	Schwere Erkrankungen der Haut, mehr als ein Belegungstag, Alter < 18 Jahre, ohne hochkomplexe Diagnose oder mäßig schwere Hauterkrankungen, mehr als ein Belegungstag		259	196	0,227	0,068
J62A	Bösartige Neubildungen der Mamma, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC		565	192	0,500	0,071
J62B	Bösartige Neubildungen der Mamma, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC		284	208	0,333	0,073
J64A	Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus mit äußerst schweren CC		667	193	0,485	0,074
J64B	Bestimmte Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut oder Hautulkus ohne äußerst schwere CC oder Alter < 6 Jahre		286	197	0,245	0,069
J64C	Andere Infektion / Entzündung der Haut und Unterhaut, Alter > 5 Jahre		228	207	0,249	0,072
J65A	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, mehr als 1 Belegungstag		232	205	0,292	0,080
J65B	Verletzung der Haut, Unterhaut und Mamma, ein Belegungstag		139	198	0,245	0,105
J67A	Bestimmte Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder moderate Hauterkrankungen		238	201	0,236	0,070
J67B	Andere Erkrankungen der Mamma außer bösartige Neubildung oder leichte Hauterkrankungen		189	208	0,208	0,072
J68A	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre		141	192	0,246	0,109
J68B	Erkrankungen der Haut, ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre		122	200	0,206	0,101
J77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei Krankheiten und Störungen an Haut, Unterhaut und Mamma		646	194	0,415	0,068
K01Z	Verschiedene Eingriffe bei Diabetes mellitus mit Komplikationen, mit Frührehabilitation oder geriatrischer frührehabilitativer Komplexbehandlung	x	1.483	185	1,172	0,070
K03A	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter < 18 Jahre oder bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse		1.227	190	1,979	0,075
K03B	Eingriffe an der Nebenniere bei bösartiger Neubildung oder Eingriff an der Hypophyse, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte zweizeitige Eingriffe an der Hypophyse		911	198	1,594	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K04Z	Große Eingriffe bei Adipositas		478	189	0,898	0,079
K06A	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus mit IntK > 392 / 368 / - Punkte oder bei BNB, mit äußerst schweren CC oder Parathyreoidektomie oder äußerst schwere oder schwere CC, mit Thyreoidektomie durch Sternotomie		1.508	195	2,359	0,082
K06B	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, bei BNB oder mit auß. schw. oder schw. CC oder Eingr. an der Schilddrüse außer kl. Eingr., mit Thyreoidektomie durch Sternotomie oder Alter < 16 Jahre		449	196	0,839	0,081
K06C	Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse u. Ductus thyreogl. ohne IntK > 392 / 368 / - P., auß. bei BNB, oh. auß. schw. od. schw. CC, mit Eingr. an d. Schilddrüse auß. kl. Eingr., ohne Thyreoidektomie durch Sternotomie, Alter > 15 J. od. Alter < 18 J.		393	190	0,755	0,082
K06D	Andere Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder bestimmte Reduktionseingriffe an Haut und Unterhaut		331	188	0,627	0,083
K06E	Kleine Eingriffe an Schilddrüse, Nebenschilddrüse und Ductus thyreoglossus ohne IntK > 392 / 368 / - Punkte, außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Reduktionseingriffe an Haut und Unterhaut		273	189	0,486	0,082
K07A	Andere Eingriffe bei Adipositas mit bestimmten größeren Eingriffen am Magen oder Darm		471	188	0,868	0,069
K07B	Andere Eingriffe bei Adipositas ohne bestimmte größere Eingriffe am Magen oder Darm		400	163	0,756	0,073
K09A	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre		1.213	191	1,491	0,075
K09B	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit bestimmtem Eingriff, mit äußerst schweren CC oder Alter < 7 Jahre oder mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 16 Jahre		689	189	0,814	0,075
K09C	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit mäßig komplexem Eingriff, Alter > 15 Jahre		613	194	0,848	0,074
K09D	Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ohne mäßig komplexen Eingriff		360	188	0,584	0,077
K14Z	Andere Eingriffe an der Nebenniere oder ausgedehnte Lymphadenektomie		662	197	1,226	0,078
K15A	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit hochkomplexer Radiojodtherapie		459	105	0,636	0,157
K15B	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, ohne hochkomplexe Radiojodtherapie		1.506	194	2,741	0,072
K15C	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie bei bösartiger Neubildung oder mit bestimmter nuklearmedizinischer Therapie		526	132	0,799	0,155
K15D	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit mäßig komplexer Radiojodtherapie, außer bei bösartiger Neubildung, ohne bestimmte nuklearmedizinische Therapie		510	136	0,373	0,138
K15E	Strahlentherapie bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, mehr als ein Belegungstag, mit anderer Radiojodtherapie		341	104	0,335	0,153
K25Z	Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern mit bestimmter OR-Prozedur bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		1.106	186	0,774	0,067
K33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		2.007	192	2,938	0,076
K38Z	Hämophagozytäre Erkrankungen		678	189	0,523	0,075
K44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		717	193	0,375	0,070
K43Z	Frührehabilitation bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	x	946	181	0,519	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
K60A	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter < 6 Jahre, mit multimodaler Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		555	191	0,360	0,076
K60B	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		340	166	0,215	0,067
K60C	Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 17 Jahre oder ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus oder schwerste Ernährungsstörungen oder äußerst schwere CC, mehr als ein Belegungstag		612	194	0,523	0,076
K60D	Diabetes mellitus ohne äußerst schwere CC, Alter < 11 Jahre oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC oder multiplen Komplikationen oder Ketoazidose oder Koma, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus		216	166	0,205	0,073
K60E	Diabetes mellitus mit schweren CC oder mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag		380	192	0,331	0,074
K60F	Diabetes mellitus, Alter > 10 Jahre, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere oder schwere CC oder ohne komplexe Diagnose		274	208	0,272	0,073
K62A	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskopischer Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, mit äußerst schweren CC oder best. aufwendiger / hochaufw. Behandlung, mehr als ein Belegungstag		630	191	0,487	0,075
K62B	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen bei Para- / Tetrapleg. oder mit kompliz. Diagnose oder endoskop. Einlage eines Magenballons oder Alter < 16 Jahre, ein Belegungstag od. ohne äußerst schwere CC od. ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung		291	195	0,309	0,077
K62C	Verschiedene Stoffwechselerkrankungen außer bei Para- / Tetraplegie, ohne kompliz. Diagnose, ohne endoskopische Einlage eines Magenballons, ohne äußerst schwere CC oder ein Belegungstag, ohne best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung, Alter > 15 Jahre		281	197	0,317	0,077
K63A	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		269	169	0,293	0,080
K63B	Angeborene Stoffwechselstörungen, mehr als ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre, ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		317	189	0,353	0,075
K63C	Angeborene Stoffwechselstörungen, ein Belegungstag		135	171	0,246	0,095
K64A	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		630	189	0,494	0,083
K64B	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter < 6 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		367	170	0,423	0,080
K64C	Endokrinopathien mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 5 Jahre oder mit bestimmter komplexer Diagnose oder mit invasiver endokrinologischer Diagnostik oder Alter < 18 Jahre bei bösartiger Neubildung oder Alter < 1 Jahr		374	195	0,429	0,076
K64D	Endokrinopathien ohne komplexe Diagnose, ohne bestimmte Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne invasive endokrinologische Diagnostik, Alter > 17 Jahre oder außer bei bösartiger Neubildung, Alter > 0 Jahre		275	199	0,354	0,077
K77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten		914	190	0,395	0,069
L02A	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter < 10 Jahre oder Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung mit Multiviszeraler Eingriff oder Verschluss einer Blasenektrophie		1.048	166	1,371	0,073
L02B	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse		632	192	0,644	0,068
L02C	Operatives Einbringen eines Peritonealkatheters, Alter > 9 Jahre mit akuter Niereninsuffizienz oder mit chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse oder transurethrale Injektion bei Ostiuminsuffizienz		291	171	0,471	0,075
L03Z	Bestimmte Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder bestimmter Kombinationseingriff, ohne großen Eingriff am Darm		1.514	202	2,385	0,075

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L04A	Bestimmte komplexe Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff oder bestimmte Harnblaseneingriffe oder Alter < 16 Jahre		855	196	1,584	0,071
L04B	Andere Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe außer bei Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne Kombinationseingriff, ohne bestimmte Harnblaseneingriffe oder Exzision und Resektion von retroperitonealem Gewebe, Alter > 15 Jahre		640	192	1,131	0,070
L06A	Bestimmte kleine Eingriffe an den Harnorganen mit äußerst schweren CC		1.139	211	1,682	0,074
L06B	Kleine Eingriffe an den Harnorganen ohne äußerst schwere CC oder ohne bestimmte Prozeduren oder Alter < 16 Jahre		577	197	1,034	0,071
L06C	Andere kleine Eingriffe an den Harnorganen, Alter > 15 Jahre		271	191	0,493	0,082
L07Z	Andere Nieren-, Ureter-, Prostata- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder anderer Kombinationseingriff oder bestimmte Zystektomien, ohne großen Eingriff am Darm oder komplexe Harnblasenplastik		1.348	200	2,143	0,075
L08Z	Komplexe Eingriffe an der Urethra oder Ureter		439	174	0,745	0,069
L09A	And. Eingr. bei Erkr. der Harnorg. mit Anl. Dialyseshunt bei akut. Nierenins. od. bei chron. Nierenins. mit Dialyse od. auß. Anl. Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie od. m. kompl. OR-Proz. od. kompl. Eingr., Alt. < 2 J. od. auß. schw. CC		1.567	197	1,860	0,074
L09B	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit Anlage Dialyseshunt bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuff. mit Dialyse od. außer Anlage Dialyseshunt, m. Kalziphylaxie od. best. Laparotomie, Alter > 1 Jahr, ohne auß. schw. CC		714	194	0,893	0,074
L09C	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane auß. Anlage Dialyseshunt, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne best. Eingriff an Präputium od. Nebenschilddrüse, Alter < 2 J. od. mit auß. schw. CC, ohne kompl. OR-Proz., ohne kompl. Eingriff		989	196	1,030	0,072
L09D	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz od. bei chronischer Niereninsuffizienz mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, mit best. anderen Eingriff od. Alter < 18 Jahre		535	197	0,797	0,073
L09E	Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane ohne Anlage eines Dialyseshunts bei akuter Niereninsuffizienz oder bei chron. Niereninsuff. mit Dialyse, ohne Kalziphylaxie, ohne best. Laparotomie, ohne bestimmten anderen Eingriff, Alter > 17 Jahre		323	194	0,554	0,079
L10Z	Blasenrekonstruktion und kontinenter Pouch bei Neubildung ohne Multi-viszeraleingriff oder Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Kombinationseingriff, mit großem Eingriff am Darm		1.850	198	3,054	0,075
L11Z	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperitoneale Eingriffe mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC		963	165	1,936	0,072
L12A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		2.610	195	4,751	0,067
L12B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen		1.014	197	1,822	0,071
L13A	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, mit bestimmtem Eingriff mit CC oder mit komplexem Eingriff		1.032	196	1,845	0,074
L13B	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne CC, ohne komplexen Eingriff, mit anderem Eingriff		912	196	1,794	0,074
L13C	Nieren-, Ureter- und große Harnblaseneingriffe bei Neubildung, Alter > 18 Jahre, ohne Kombinationseingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff oder ohne CC, ohne komplexen Eingriff, ohne anderen Eingriff		487	170	0,987	0,076
L16A	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines Neurostimulators		236	160	0,384	0,078
L16B	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulationselektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implantation oder Wechsel eines permanenten Elektrodensystems		326	147	0,567	0,074

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L16C	Implantation und Wechsel von Neurostimulatoren und Neurostimulations- elektroden bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane mit Implanta- tion oder Wechsel eines temporären Elektrodensystems		278	128	0,463	0,078
L17A	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, mit bestimmten Eingriffen an der Urethra oder Alter < 16 Jahre		305	171	0,522	0,077
L17B	Andere Eingriffe an der Urethra außer bei Para- / Tetraplegie, kleine Eingriffe an den Harnorganen, ohne bestimmte Eingriffe an der Urethra, Alter > 15 Jahre		303	196	0,552	0,082
L18A	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale und andere retroperi- toneale Eingriffe mit äußerst schweren CC		1.163	195	1,699	0,074
L18B	Komplexe transurethrale, perkutan-transrenale / andere retroperitoneale Eingriffe oh. ESWL, oh. äußerst schwere CC od. best. Eingriffe Niere od. transurethrale Eingriffe auß. Prostatares. u. kompl. Ureterorenoskop., b. Para-/Tetrapl., m. auß. schw. CC		689	198	1,297	0,072
L19Z	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien mit extrakorporaler Stoßwellenlithotripsie (ESWL), ohne äußerst schwere CC oder perkutane Thermo- oder Kryoablation der Niere		709	170	1,477	0,078
L20A	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, mit äußerst schweren CC		1.118	195	1,673	0,073
L20B	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äu- ßerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre oder Alter > 89 Jahre		473	198	0,959	0,079
L20C	Transurethrale Eingriffe außer Prostataresektion und komplexe Ureter- orenoskopien oder bestimmte Eingriffe an den Harnorganen, ohne äu- ßerst schwere CC oder Alter > 15 Jahre oder Alter < 90 Jahre		411	200	0,792	0,078
L33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		2.920	196	4,214	0,074
L36A	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 588 / 552 / 828 Aufwands- punkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.899	196	1,682	0,095
L36B	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > - / - / 552 Aufwandspunkte bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.670	190	1,724	0,104
L37Z	Multiviszeraleingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.541	193	2,466	0,075
L38Z	Komplizierende Konstellation mit bestimmtem operativen Eingriff bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		1.821	198	2,435	0,075
L40Z	Diagnostische Ureterorenoskopie		350	192	0,678	0,083
L42A	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen mit auxiliä- ren Maßnahmen oder bei Para- / Tetraplegie		616	166	1,318	0,084
L42B	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) bei Harnsteinen ohne au- xiliäre Maßnahmen, außer bei Para- / Tetraplegie		306	161	0,619	0,095
L44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane		726	194	0,372	0,069
L60A	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte oder mit Dialyse und akutem Nierenversagen und äußerst schweren CC oder mit Dialyse und komplizierenden Faktoren, Alter < 16 Jahre		959	206	0,638	0,091
L60B	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse und komplizie- renden Faktoren oder äußerst schweren CC oder mit intensivmedizini- scher Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 15 Jahre		677	212	0,489	0,093
L60C	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, mit Dialyse oder äußerst schweren CC oder Alter < 18 Jahre mit schweren CC, ohne intensivmedi- zinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		498	210	0,425	0,085
L60D	Niereninsuffizienz, mehr als ein Belegungstag, ohne Dialyse, ohne äu- ßerst schwere CC, Alter > 17 Jahre oder ohne schwere CC, ohne inten- sivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		345	212	0,340	0,074
L62A	Neubildungen der Harnorgane mit äußerst schweren CC oder Alter < 16 Jahre mit schweren CC		590	192	0,555	0,072
L62B	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC oder Alter < 16 Jahre ohne schwere CC		259	173	0,334	0,077

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
L62C	Neubildungen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, Alter > 15 Jahre		254	198	0,316	0,074
L63A	Infektionen der Harnorgane mit bestimmter hochaufwendiger Behandlung oder mit äußerst schweren CC, mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern		852	187	0,523	0,072
L63B	Infektionen der Harnorgane ohne bestimmte hochaufwendige Behandlung, mit best. aufwendiger Behandlung od. mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern oder mit Komplexbeh. bei isolationspfl. Erregern, ohne äußerst schwere CC		557	194	0,460	0,073
L63C	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, ohne bestimmte aufwendige / hochaufwendige Behandl., Alter < 3 Jahre oder best. schwere Infektionen oder best. mäßig aufwendige Behandlung		246	194	0,238	0,072
L63D	Infektionen der Harnorgane oh. äuß. schwere CC, oh. best. mäßig aufwendige / aufwendige / hochaufw. Behandl., oh. Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, oh. best. schw. Infektionen, Alter > 2 J. u. < 6 J. od. Alter < 18 J. mit schw. CC od. Alter > 89 J.		295	192	0,294	0,072
L63E	Infektionen der Harnorgane ohne äußerst schwere CC, ohne best. mäßig aufw. / aufw. / hochaufw. Behandlung, ohne Komplexbeh. b. isolationspfl. Erregern, ohne best. schw. Infektionen, Alter > 5 und < 18 Jahre, ohne schwere CC od. Alter > 17 und < 90 Jahre		274	210	0,283	0,073
L64A	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, bei angeborener Fehlbildung oder Alter < 3 Jahre		332	170	0,524	0,080
L64B	Andere Erkrankungen der Harnorgane mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Diagnose, mehr als ein Belegungstag oder Urethrozystoskopie, außer bei angeborener Fehlbildung, Alter > 2 Jahre		320	211	0,542	0,078
L64C	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, bestimmte Eingriffe am Ureter oder Retroperitonealfibrose oder Alter < 16 Jahre		234	205	0,422	0,089
L64D	Andere Erkrankungen der Harnorgane ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne bestimmte Diagnose oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Eingriffe am Ureter, Alter > 15 Jahre		172	207	0,272	0,088
L68A	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter < 16 Jahre		247	172	0,333	0,076
L68B	Andere mäßig schwere Erkrankungen der Harnorgane, Alter > 15 Jahre		248	194	0,346	0,076
L69A	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		302	146	0,248	0,070
L69B	Andere schwere Erkrankungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		385	192	0,368	0,072
L70A	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter < 6 Jahre		164	166	0,312	0,101
L70B	Krankheiten und Störungen der Harnorgane, ein Belegungstag, Alter > 5 Jahre		134	188	0,229	0,109
L71Z	Niereninsuffizienz, ein Belegungstag mit Dialyse		178	200	0,265	0,183
L72Z	Thrombotische Mikroangiopathie oder hämolytisch-urämisches Syndrom		441	188	0,357	0,077
L73Z	Harnblasenlähmung, mehr als ein Belegungstag		571	147	0,948	0,074
L74Z	Bestimmte Krankheiten und Störungen der Harnorgane bei Para- / Tetraplegie		355	192	0,458	0,075
M01A	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.598	194	2,850	0,074
M01B	Große Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann ohne äußerst schwere CC oder bestimmte Eingriffe an den Beckenorganen beim Mann mit äußerst schweren CC		1.301	198	2,739	0,072
M02A	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata mit äußerst schweren CC		1.194	195	1,859	0,073
M02B	Transurethrale Prostataresektion oder bestimmte andere Operationen an der Prostata ohne äußerst schwere CC		534	194	1,004	0,070

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
M03A	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter < 6 Jahre oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter < 18 Jahre oder totale Amputation des Penis oder Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie		507	172	0,829	0,065
M03B	Bestimmte Eingriffe am Penis, Alter > 5 J. oder aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, Alter > 17 J., ohne totale Amputation des Penis, ohne Amputation des Penis mit best. Lymphadenektomie, mit mäßig komplexen Eingriffen am Penis, Alter < 18 J.		358	147	0,610	0,068
M03C	Mäßig komplexe Eingriffe am Penis, Alter > 17 Jahre, ohne bestimmte Eingriffe am Penis, ohne aufwendige plastische Rekonstruktion des Penis, ohne totale Amputation des Penis, ohne Amputation des Penis mit bestimmter Lymphadenektomie		389	190	0,654	0,069
M04A	Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung mit äußerst schweren CC oder bei Fournier-Gangrän oder bestimmte radikale Prostatovesikulektomien oder bestimmte Lymphadenektomie		1.028	200	1,931	0,072
M04B	Eingriffe am Hoden mit bestimmtem Eingriff bei Orchitis mit Abszess oder bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Hoden oder bestimmte Eingriffe an Urethra und Prostata bei bösartiger Neubildung		324	191	0,568	0,078
M04C	Eingriffe am Hoden mit mäßig komplexem Eingriff, Alter < 3 Jahre oder mit schweren CC oder beidseitigem Hodenhochstand, Alter < 14 Jahre		257	188	0,505	0,095
M04D	Eingriffe am Hoden ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff oder Alter > 2 Jahre, ohne schwere CC oder ohne beidseitigen Hodenhochstand oder Alter > 13 Jahre		237	195	0,424	0,084
M05Z	Zirkumzision, andere Eingriffe am Penis oder großflächige Ablationen der Haut		218	195	0,375	0,084
M06Z	Andere OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen oder Stanzbiopsie an der Prostata, ein Belegungstag		286	194	0,554	0,090
M07Z	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, Implantation von > 10 Seeds		487	151	1,102	0,118
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 oder BNB des Penis		808	198	1,371	0,069
M09B	OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne BNB des Penis		570	196	1,093	0,072
M10A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 8 Tagen		2.674	194	4,900	0,068
M10B	Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA-Liganden		489	178	0,824	0,170
M10C	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 8 Tagen oder interstitielle Brachytherapie		848	196	1,725	0,074
M11Z	Transurethrale Laserdestruktion und -resektion der Prostata		536	192	1,055	0,072
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		1.681	196	2,426	0,073
M38Z	Komplizierende Konstellation mit operativem Eingriff bei Krankheiten und Störungen der männlichen Geschlechtsorgane		2.045	155	3,227	0,073
M60A	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 11 Jahre oder mit äußerst schweren CC		670	197	0,677	0,071
M60B	Bösartige Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 10 Jahre, ohne äußerst schwere CC		297	197	0,422	0,074
M61Z	Benigne Prostatahyperplasie		288	190	0,520	0,081
M62Z	Infektion / Entzündung der männlichen Geschlechtsorgane		229	191	0,259	0,071
M64Z	Andere Krankheiten der männlichen Geschlechtsorgane und Sterilisation beim Mann		185	192	0,278	0,082
N01A	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeraler Eingriff		1.999	170	3,407	0,076

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N01B	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne Multiviszeraler Eingriff		1.491	193	2,345	0,075
N01C	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC		1.122	193	1,865	0,074
N01D	Beckeneviszeration bei der Frau und komplexe Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie ohne äußerst schwere oder schwere CC		914	191	1,661	0,074
N02A	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, mit äußerst schweren CC		1.608	195	2,093	0,073
N02B	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB oder bestimmte Eingriffe am Darm oder Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äußerst schwere CC, mit komplexem Eingriff		963	193	1,602	0,072
N02C	Eingriffe an Uterus und Adnexen od. best. Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei BNB od. best. Eingriffe am Darm od. Rekonstruktion von Vagina und Vulva, ohne äuß. schw. CC, ohne kompl. Eingriff, mit mäßig kompl. Eingriff		714	197	1,161	0,073
N02D	Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien und große operative Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne mäßig komplexen Eingriff		516	208	0,936	0,074
N04Z	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder mit komplexem Eingriff		749	192	1,173	0,072
N05A	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, mit äußerst schweren oder schweren CC oder bestimmter Eingriff an der Harnblase		854	192	1,313	0,074
N05B	Ovariectomien und komplexe Eingriffe an den Tubae uterinae außer bei bösartiger Neubildung, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder anderer Eingriff an der Harnblase oder Adhäsiolyse, Alter > 15 Jahre		318	203	0,600	0,080
N06Z	Komplexe rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder bestimmte Embolisation an viszerale u. anderen abdominalen Gefäßen auß. bei bösartiger Neubildung oder andere Hysterektomie auß. bei bösartiger Neubildung mit Beckenbodenplastik		393	193	0,665	0,071
N07A	Anderer Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, mit bestimmtem Eingriff		340	195	0,633	0,076
N07B	Anderer Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, mit komplexer Diagnose oder bestimmte Eingriffe am Uterus oder kleine rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff		256	166	0,378	0,073
N08Z	Endoskopische Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorg. oder andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder best. Hernien auß. bei bösartiger Neubildung, ohne kompl. Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorg., Alter < 14 Jahre		392	172	0,704	0,074
N09A	Brachytherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag		505	153	1,165	0,108
N09B	Anderer Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva, kleine Eingriffe an Blase, Uterus, Bauchwand und Peritoneum		209	194	0,367	0,088
N10Z	Diagnostische Kürettage, Hysteroskopie, Sterilisation, Pertubation und kleine Eingriffe an Vagina und Vulva		206	208	0,368	0,092
N11A	Anderer OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen mit bestimmtem Eingriff oder komplexer Diagnose mit äußerst schweren CC		946	191	1,060	0,072
N11B	Anderer OR-Prozeduren an den weiblichen Geschlechtsorganen, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplexe Diagnose oder äußerst schwere CC		441	195	0,538	0,071
N13A	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva auß. bei BNB oder kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum oder best. Eingriff an der Harnblase, Alter > 80 Jahre od. auß. schw. od. schw. CC od. best. Embolisation an viszerale und and. abdominalen Gefäßen bei BNB		650	194	0,945	0,070
N13B	Große Eingr. an Vagina, Zervix u. Vulva auß. bei BNB od. kl. Eingriffe an Vagina/Douglasraum od. best. Eingr. an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne auß. schw. od. schw. CC, mit aufwend. Eingr., ohne best. Embol. an visz. u. and. abdom. Gefäßen bei BNB		339	169	0,598	0,073

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
N13C	Große Eingriffe an Vagina, Zervix und Vulva außer bei bösartiger Neubildung oder kleine Eingriffe an Vagina und Douglasraum oder bestimmter Eingriff an der Harnblase, Alter < 81 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne aufwendigen Eingriff		253	168	0,418	0,077
N14Z	Best. Hysterektomie auß. bei BNB m. Beckenbodenpl. od. Brachytherapie b. Krankh./Stör. weibl. Geschlechtsorg., > 1 BT, m. auß. schw. CC od. Ovariektomie u. kompl. Eingriffe an den Tubae uterinae auß. bei BNB, ohne auß. schw. od. schw. CC, Alter < 16 J.		568	191	1,110	0,071
N15Z	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen		3.124	193	5,974	0,067
N16A	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an mindestens 5 Tagen		1.168	191	2,349	0,069
N16B	Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen oder Brachytherapie		720	192	1,523	0,076
N21A	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, mit aufwendigem Eingriff		494	191	0,938	0,071
N21B	Hysterektomie außer bei bösartiger Neubildung, ohne auß. schw. oder schw. CC, ohne komplexen Eingriff, ohne Beckenbodenplastik oder subtotale und andere Hysterektomie bei bösartiger Neubildung oder komplexe Myomenukleation, ohne aufwendigen Eingriff		409	202	0,796	0,074
N23Z	Andere rekonstruktive Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen oder andere Myomenukleation		415	168	0,803	0,073
N25Z	Andere Eingriffe an Uterus und Adnexen oder bestimmten Hernien außer bei bösartiger Neubildung, ohne komplexe Diagnose oder andere kleine Eingriffe an den weiblichen Geschlechtsorganen, Alter > 13 Jahre		283	204	0,537	0,084
N33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		2.664	190	4,046	0,073
N34Z	Große Eingriffe an Darm oder Harnblase bei Krankheiten und Störungen der weiblichen Geschlechtsorgane		1.461	190	2,404	0,075
N38Z	Komplizierende Konstellation mit best. op. Eingriff bei Krankheiten u. Störungen der weibl. Geschlechtsorg. od. Beckenevisz. bei der Frau u. radikale Vulvektomie od. best. Lymphadenekt. mit auß. schw. CC, mit kompl. Eingriff od. kompliz. Konstellation		2.063	205	3,073	0,075
N60A	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter < 19 Jahre oder äußerst schwere CC		622	193	0,616	0,071
N60B	Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, ein Belegungstag oder Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		267	196	0,353	0,075
N61Z	Infektion und Entzündung der weiblichen Geschlechtsorgane		195	170	0,223	0,073
N62A	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane mit komplexer Diagnose oder Alter < 16 Jahre		187	205	0,272	0,080
N62B	Menstruationsstörungen und andere Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre		139	184	0,208	0,088
O01A	Sekundäre Sectio caesarea mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mit intrauteriner Therapie oder komplizierender Konstellation oder Mehrlingsschwangerschaft oder Sectio caesarea mit IntK > 196 / 184 / 184 Punkte		890	199	1,007	0,072
O01B	Sectio caesarea, Schwangerschaftsd. bis 25 vollend. W. (SSW), m. mehr. kompliz. Diag., m. intraut. Ther. od. kompliz. Konstell. od. Mehrlingsschw. od. bis 33 SSW od. m. kompl. Diag., m. od. oh. kompliz. Diag. m. best. Eingriff b. Sectio od. auß. schw. CC		819	202	0,728	0,064
O01C	Sectio caesarea mit mehreren kompliz. Diag., Schwangerschaftsdauer 26 bis 33 SSW, oh. best. kompliz. Faktoren od. mit kompliz. Diag., bis 25 SSW od. mit Tamponade einer Blutung od. Thromboembolie in Gestationsperiode m. OR-Proz., oh. auß. schw. CC		538	204	0,570	0,063
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		388	184	0,544	0,065

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
O01E	Primäre Sectio caesarea ohne äuß. schwere CC, mit komplizierender oder komplexer Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen (SSW) oder sekundäre Sectio caesarea, ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer > 33 vollendete Wochen		332	206	0,522	0,067
O01F	Primäre Sectio caesarea ohne komplexe Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen (SSW)		302	201	0,517	0,071
O02A	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit intrauteriner Therapie oder komplizierende Konstellation oder bestimmtem Eingriff oder komplizierender Diagnose oder mit äußerst schweren CC		372	164	0,515	0,069
O02B	Vaginale Entbindung mit komplizierender OR-Prozedur, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen, ohne intrauterine Therapie, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC		274	194	0,434	0,070
O03Z	Eingriffe bei Extrauterin gravidität		293	182	0,548	0,081
O04A	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma mit komplexem Eingriff		548	202	0,806	0,070
O04B	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort mit OR-Prozedur oder bestimmtem Eingriff an der Mamma, ohne komplexen Eingriff		232	179	0,353	0,074
O04C	Stationäre Aufnahme nach Entbindung mit kleinem Eingriff an Uterus, Vagina, Perianalregion und Bauchwand oder Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie oder bestimmte Amnionpunktion		169	199	0,273	0,085
O05A	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft mit intrauterinem operativen Verschluss des offenen Rückens		291	184	0,459	0,072
O05B	Cerclage und Muttermundverschluss oder komplexe OR-Prozedur oder bestimmte intrauterine Operation am Feten, mehr als ein Belegungstag		356	182	0,410	0,063
O05C	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, ohne Muttermundverschluss, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit fetoskopischer Hochfrequenzablation von Gefäßen		291	184	0,459	0,072
O05D	Bestimmte OR-Prozeduren in der Schwangerschaft, ein Belegungstag oder ohne Cerclage, Muttermundverschluss, komplexe OR-Prozedur und bestimmte intrauterine Operation am Feten, mit wenig aufwendigem Eingriff oder intrauterine Therapie des Feten		209	192	0,345	0,075
O60A	Vaginale Entbindung mit mehreren komplizierenden Diagnosen, mindestens eine schwer, Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen oder mit komplizierender Konstellation		466	176	0,353	0,061
O60B	Vaginale Entbindung mit mehr. kompliz. Diag., mind. eine schwer, > 33 vollend. SSW, ohne kompliz. Konstell. od. Tamp. einer Blutung od. Thromboemb. während der Gestationsp. oh. OR-Proz. od. schwere od. mäßig schwere kompliz. Diag. bis 33 vollend. SSW		271	198	0,360	0,066
O60C	Vaginale Entbindung mit schwerer oder mäßig schwerer komplizierender Diagnose oder Schwangerschaftsdauer bis 33 vollendete Wochen		238	197	0,351	0,069
O60D	Vaginale Entbindung ohne komplizierende Diagnose, Schwangerschaftsdauer mehr als 33 vollendete Wochen		215	196	0,343	0,072
O61Z	Stationäre Aufnahme nach Entbindung oder Abort ohne OR-Prozedur, ohne bestimmten Eingriff an der Mamma		178	196	0,222	0,072
O63Z	Abort ohne Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie		136	158	0,203	0,084
O65A	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern, COVID-19, Virus nachgewiesen		326	148	0,285	0,067
O65B	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplexer Diagnose oder komplizierendem Eingriff oder ein Belegungstag		167	203	0,264	0,077
O65C	Andere vorgeburtliche stationäre Aufnahme ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierenden Eingriff, mehr als ein Belegungstag		217	202	0,262	0,068
P01Z	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme mit signifikanter OR-Prozedur		651	163	0,872	0,308
P02A	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe mit Beatmung > 480 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen mit Beatmung > 899 Stunden		6.664	207	6,350	0,128

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P02B	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen, Beatmung > 180 und < 481 Stunden oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, Beatmung > 180 und < 900 Stunden oder Eingriff bei univentrikulärem Herzen, Beatmung < 481 Stunden		2.843	205	3,215	0,112
P02C	Kardiothorakale oder Gefäßeingriffe bei Neugeborenen ohne Eingriff bei univentrikulärem Herzen oder bestimmte Eingriffe bei angeborenen Fehlbildungen, ohne Beatmung > 180 Stunden		1.865	202	2,307	0,100
P03A	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g, mehrere schwere Probleme mit signifikanter OR-Prozedur oder mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden oder mehrere schwere Probleme ohne signifikante OR-Prozedur mit Beatmung > 599 Stunden		5.049	206	2,955	0,135
P03B	Aufnahmegewicht 1000 - 1499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beat. > 120 Std., oh. Beat. > 599 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme, oh. Beat. > 479 Std. oder oh. mehrere schwere Probleme oder oh. sig. OR-Prozedur oder oh. mehrzeitige komplexe OR-Prozedur		2.743	203	1,315	0,115
P04A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g, mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Prozedur oder mehrz. kompl. OR-Prozeduren, mit Beatmung > 240 Std. oder mehrere schwere Probleme mit Beatmung > 320 Std. oder temporärer Verschluss eines Bauchwanddefektes		4.476	201	2,787	0,133
P04B	Aufnahmegew. 1500 - 1999 g, sig. OR-Proz. od. Beat. > 120 Std., oh. meh. schw. Probl. od. oh. Beat. > 320 Std., oh. mehrz. kompl. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. sig. OR-Proz. od. oh. Beat. > 240 Std., oh. temp. Verschluss BW-Defekt		1.932	185	0,914	0,115
P05A	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit sig. OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, mit Beatmung > 275 Stunden oder mit mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren		3.974	202	2,827	0,120
P05B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder temporärem Verschluss eines Bauchwanddefektes, ohne Beatmung > 275 Stunden, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren		1.489	191	0,985	0,115
P05C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne temporären Verschluss eines Bauchwanddefektes		1.234	183	0,729	0,117
P06A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. oder Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. oder mit Beatmung > 120 Std. oder best. aufwendige OR-Proz., mit Beatmung > 240 Std. oder mehrz. kompl. OR-Proz. oder Dialyse		3.028	207	2,368	0,127
P06B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g, sig. OR-Proz. od. Beatmung > 95 Std., mehrere schwere Probleme mit sig. OR-Proz. od. mit Beatmung > 120 Std. od. best. aufwendige OR-Proz., ohne Beatmung > 240 Std., ohne mehrz. kompl. OR-Proz., ohne Dialyse		1.185	210	1,052	0,106
P06C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme oder ohne sig. OR-Prozedur oder ohne Beatmung > 120 Std., ohne bestimmte aufwendige OR-Prozeduren		894	210	0,729	0,121
P60A	Neugeborenes, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur		277	149	0,280	0,316
P60B	Neugeborenes, verlegt < 5 Tage nach Aufnahme ohne signifikante OR-Prozedur, zuverlegt oder Beatmung > 24 Stunden		276	200	0,287	0,221
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)		158	177	0,193	0,106
P61A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g mit signifikanter OR-Prozedur		9.977	199	6,434	0,135
P61B	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 600 g ohne signifikante OR-Prozedur		7.892	180	4,642	0,140
P61C	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g mit signifikanter OR-Prozedur		8.846	201	5,693	0,138
P61D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht 600 - 749 g ohne signifikante OR-Prozedur		6.573	180	3,723	0,140
P61E	Neugeborenes, Aufnahmegewicht < 750 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.523	156	1,192	0,196
P62A	Aufnahmegewicht 750 - 999 g mit signifikanter OR-Prozedur		7.308	204	4,593	0,134

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
P62B	Aufnahmegewicht 750 - 874 g ohne signifikante OR-Prozedur		5.501	160	3,009	0,137
P62C	Aufnahmegewicht 875 - 999 g ohne signifikante OR-Prozedur		4.348	163	2,282	0,133
P62D	Aufnahmegewicht 750 - 999 g, verstorben < 29 Tage nach Aufnahme		1.504	156	1,372	0,200
P63Z	Aufnahmegewicht 1000 - 1249 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden		1.573	146	0,472	0,093
P64Z	Aufnahmegewicht 1250 - 1499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden		1.352	160	0,408	0,099
P65A	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder Be- atmung > 95 Stunden		1.384	179	0,517	0,106
P65B	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem		1.133	162	0,394	0,102
P65C	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, mit anderem Problem		803	159	0,280	0,103
P65D	Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 120 Stunden, ohne Problem		516	146	0,251	0,108
P66A	Neugeborenes ohne sign. OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Std., Auf- nahmegew. 2000 - 2499 g mit mehr. schw. Probl. oder Krampfanfall mit best. diag. Maßnahmen oder Beatmung > 48 Std. od. Aufnahmegew. > 2499 g, m. mehr. schw. Probl., m. Hypothermiebehandlung		936	199	0,445	0,109
P66B	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit schwerem Problem, ohne Krampfanfall mit bestimmten diagnostischen Maßnahmen, ohne Beatmung > 48 Stunden		655	199	0,335	0,101
P66C	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit anderem Problem		488	161	0,256	0,103
P66D	Aufnahmegewicht 2000 - 2499 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne Problem		193	116	0,190	0,083
P67A	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne signifikante OR- Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Prob- lemen oder mit Hypothermiebehandlung oder Krampfanfall mit bestimm- ten diagnostischen Maßnahmen oder Beatmung > 24 Stunden		546	206	0,402	0,111
P67B	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g mit schw. Prob., oh. Hypother- miebeh., oh. Krampfanfall mit best. diag. Maßnah., oh. Beatmung > 24 Std. od. mit anderem Prob., mehr als ein Belegungstag, neugeb. Mehrling od. mit bestimmter aufwendiger Prozedur		335	205	0,274	0,098
P67C	Neugeborenes, Aufnahmegew. > 2499 g oh. sig. OR-Proz., oh. Beatmung > 95 Std., ohne schw. Prob., anderes Problem und mehr als ein Be- legungstag oder nicht signifikante OR-Prozedur, ohne Mehrling, ohne be- stimmte aufwendige Prozeduren		257	203	0,228	0,092
P67D	Neugeborenes, Aufnahmegewicht > 1999 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Prob- lem oder ein Belegungstag, mit bestimmter Prozedur oder best. Diagnose beim Neugeborenen oder neugeborener Mehrling		194	169	0,194	0,077
P67E	Neugeborener Einling, Aufnahmegewicht > 2499 g ohne OR-Prozedur, ohne Beatmung > 95 Stunden, ohne schweres Problem, ohne anderes Problem oder ein Belegungstag, ohne bestimmte Prozedur ohne be- stimmte Diagnosen beim Neugeborenen		145	180	0,174	0,073
Q01Z	Eingriffe an der Milz		747	192	1,082	0,079
Q02A	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems mit äußerst schweren CC oder be- stimmter hochaufwendiger Behandlung		1.216	198	1,270	0,074
Q02B	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter < 6 J. od. best. Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thymus od. mit best. mäßig aufwendiger / aufwendiger Behandlung		653	189	1,183	0,079
Q02C	Verschiedene OR-Prozeduren bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe u. des Immunsystems oh. äußerst schwere CC, Alter > 5 Jahre, oh. bestimmte Exzisionen u. Resektionen Mediastinum od. Thy- mus, oh. best. aufwendige / hochaufwendige Behandlung		495	199	0,716	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Q03A	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter < 10 Jahre		288	146	0,422	0,076
Q03B	Kleine Eingriffe bei Krankheiten des Blutes, der blutbildenden Organe und des Immunsystems, Alter > 9 Jahre		293	194	0,493	0,079
Q60A	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, mit bestimmter Milzverletzung oder Granulozytenstörung, Alter < 16 Jahre		393	168	0,430	0,085
Q60B	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit kompl. Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, oh. Granulozytenstörung, Alter < 1 Jahr oder Alter < 16 Jahre mit äußerst schweren CC		305	184	0,271	0,076
Q60C	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren oder schweren CC, ohne Granulozytenstörung oder Alter > 15 Jahre oder ohne äußerst schwere CC		291	209	0,303	0,073
Q60D	Erkrankungen des retikuloendothelialen Systems, des Immunsystems und Gerinnungsstörungen ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere oder schwere CC		224	192	0,307	0,077
Q61A	Andere Erkrankungen der Erythrozyten mit äußerst schweren CC		690	191	0,619	0,074
Q61B	Andere Erkrankungen der Erythrozyten, ohne äußerst schwere CC		328	207	0,459	0,075
Q62Z	Andere Anämie		325	190	0,353	0,074
Q63A	Aplastische Anämie, Alter < 16 Jahre oder paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie		211	166	0,244	0,072
Q63B	Aplastische Anämie, Alter > 15 Jahre, ohne paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie		294	190	0,295	0,073
R01A	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur		1.508	194	1,959	0,075
R01B	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, ohne komplexe OR-Prozedur oder ohne äußerst schwere CC, mit aufwendigem Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn		1.306	194	2,142	0,075
R01C	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur, ohne aufwendigen Eingriff an Wirbelsäule oder Gehirn		930	190	1,492	0,076
R01D	Lymphom und Leukämie mit großen OR-Prozeduren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur		599	189	0,931	0,073
R02Z	Große OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, mit komplexer OR-Prozedur bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.801	202	2,564	0,075
R03Z	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren CC oder mit bestimmter OR-Prozedur mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren mit äußerst schweren CC, Alter < 16 Jahre		1.184	213	1,330	0,074
R04A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		880	213	1,166	0,073
R04B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit anderer OR-Prozedur, mit äußerst schweren oder schweren CC		523	188	0,662	0,073
R05Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC		3.153	195	5,558	0,072
R06Z	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, Bestrahlungen an mindestens 9 Tagen oder bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC		2.531	197	4,787	0,068
R07A	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter < 19 Jahre oder mit äußerst schweren CC oder Bestrahlungen an mindestens 7 Tagen		1.662	189	3,042	0,071
R07B	Strahlentherapie bei hämatologischen und soliden Neubildungen, außer bei akuter myeloischer Leukämie, Alter > 18 Jahre, ohne äußerst schwere CC, Bestrahlungen an weniger als 7 Tagen		745	175	1,425	0,072
R11A	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, mit schweren CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC, Alter > 15 Jahre		797	213	0,866	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R11B	Lymphom und Leukämie mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC oder mit anderen OR-Prozeduren, mit schweren CC		440	200	0,674	0,074
R11C	Lymphom und Leukämie mit anderen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere oder schwere CC		293	194	0,461	0,078
R12A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren, mit äußerst schweren CC oder komplexem Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		1.175	199	1,716	0,075
R12B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, mit komplexer OR-Prozedur		777	202	1,356	0,073
R12C	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit großen OR-Prozeduren ohne äußerst schwere CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplexe OR-Prozedur		501	179	0,848	0,072
R13A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder komplizierender Konstellation		397	172	0,657	0,072
R13B	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit bestimmter OR-Prozedur, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation		414	200	0,718	0,074
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		295	207	0,509	0,084
R16Z	Hochkomplexe Chemotherapie mit operativem Eingriff bei hämatologischen und soliden Neubildungen		1.143	194	1,312	0,071
R60A	Akute myeloische Leukämie m. hochkomplexer Chemoth., Alter > 17 J. od. m. int. Chemoth. m. kompliz. Diagnose od. Dialyse od. Portimpl. od. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - P. od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter < 16 J.		1.832	193	0,701	0,074
R60B	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemotherapie mit komplizierender Diagnose od. Dialyse od. Portimplantation od. intensivmed. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte od. schwerste CC od. best. kompl. Diagnostik bei Leuk., Alter > 15 J.		1.378	196	0,629	0,073
R60C	Akute myel. Leukämie m. int. Chemo, äuß. schw. CC od. kompl. Diagnostik b. Leuk. od. Port od. m. mäß. kompl. Chemo m. best. kompliz. Fakt. od. m. äuß. schw. CC m. kompl. Diagnost. od. KomplBeh. isolat.pfl. Erreg. m. Dial. od. äuß. schw. od. schwerste CC		858	195	0,405	0,071
R60D	Akute myeloische Leukämie mit intensiver Chemoth., ohne kompliz. Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., oh. intensivmed. Komplexbeh. > 392 / 368 / - AufwP., oh. äuß. schwere CC, oh. kompl. Diagnostik b. Leukämie od. mit Dialyse od. äußerst schweren CC		549	194	0,358	0,073
R60E	Akute myeloische Leukämie mit mäßig komplexer Chemoth., ohne komplizierende Diagnose, ohne Dialyse, ohne Portimpl., ohne äußerst schwere CC od. mit lokaler Chemoth. od. mit Komplexbeh. bei multiresistenten Erregern od. mit kompl. Diagnostik bei Leukämie		324	190	0,254	0,069
R60F	Akute myeloische Leukämie ohne Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne äußerst schwere CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, ohne komplexe Diagnostik bei Leukämie		331	192	0,309	0,075
R61A	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder bestimmter komplizierender Konstellation oder mit Agranulozytose, intrakranieller Metastase oder Portimplantation, mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre, mit hochkompl. Chemotherapie oder schwersten CC		1.738	197	1,528	0,074
R61B	Lymphom und nicht akute Leukämie mit Sepsis oder anderer kompliz. Konstell. oder mit kompl. Diagnose oder Portimpl., mit äuß. schw. CC, Alter > 15 Jahre od. mit äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndrom, mit kompl. Diagnostik bei Leukämie od. mit schwersten CC		876	196	0,668	0,073
R61C	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose oder Portimplantation oder Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern oder komplexer Diagnostik bei Leukämie, Alter < 16 Jahre		664	187	0,671	0,075
R61D	Lymphom u. nicht akute Leukämie m. Agranuloz., Portimpl., Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern od. kompl. Diag. b. Leuk., > 15 J., m. intens. Chemo od. < 18 J. od. m. äuß. schw. CC od. Tumorlyse-Syndr. od. Blastenkr., oh. kompl. Diag. b. Leuk., oh. schw. CC		616	198	0,514	0,072
R61E	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne Sepsis, ohne komplizierende Konstellation, mit Agranulozytose od. Portimpl. od. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern od. komplexe Diagnostik b. Leukämie, oh. äußerst schw. CC, Alter > 17 J., oh. intensive Chemoth.		484	196	0,530	0,072

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
R61F	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, mit kompl. Diagnose od. kompliz. Prozedur, Alter < 16 J. od. best. Lymphom mit best. Chemotherapie od. kompl. Diagnose od. andere Komplexbeh. b. Isolationspfl. Erregern		362	194	0,305	0,069
R61G	Lymphom und nicht akute Leukämie oh. best. kompliz. Faktoren, oh. äuß. schw. CC, Alter < 16 J. od. mit kompl. Diag. od. kompliz. Prozedur, Alter > 15 J., oh. best. Lymphom m. best. Chemoth., oh. kompl. Diagnose, oh. and. Komplbeh. b. isolat.pfl. Erregern		384	198	0,430	0,072
R61H	Lymphom und nicht akute Leukämie ohne bestimmte komplizierende Faktoren, ohne äußerst schwere CC, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Prozedur, Alter > 15 Jahre		277	198	0,303	0,072
R62A	Andere hämatologische und solide Neubildungen mit kompliz. Diagnose oder Portimplantation oder mit Knochenaffektionen oder best. Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, mit komplexer Diagnose oder kompliz. Konstellation		675	194	0,799	0,072
R62B	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne kompliz. Diagnose, ohne Portimplantation, mit Knochenaffektionen oder bestimmten Metastasen oder äußerst schweren CC oder Dialyse oder Alter < 1 Jahr, ohne komplexe Diagnose, ohne kompliz. Konstellation		481	197	0,571	0,072
R62C	Andere hämatologische und solide Neubildungen ohne komplizierende Diagnose, ohne Portimplantation, ohne Knochenaffektionen, ohne bestimmte Metastasen, ohne äußerst schwere CC, ohne Dialyse, Alter > 0 Jahre		328	198	0,426	0,073
R63A	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter > 17 Jahre		2.568	191	2,301	0,072
R63B	Andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, Alter < 16 Jahre oder schwerste CC		1.018	191	0,659	0,072
R63C	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation, mit äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation oder Alter < 16 Jahre		1.255	191	1,005	0,071
R63D	Andere akute Leukämie mit intens. Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl. od. mit äuß. schw. CC od. mit kompliz. Konstell. od. mit mäßig komplexer Chemoth., mit Dialyse od. Sepsis od. mit Agranuloz. od. Portimpl., Alter < 16 J.		751	189	0,494	0,073
R63E	Andere akute Leukämie mit mäßig komplexer oder lokaler Chemotherapie, mit Dialyse oder Sepsis oder mit Agranulozytose oder Portimplantation oder komplizierender Konstellation oder mit äußerst schweren CC		563	185	0,411	0,072
R63F	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, mit mäßig komplexer od. lokaler Chemoth., mit äußerst schweren CC oder ohne Chemoth. mit Dialyse od. Sepsis od. Agranulozyt. od. Portimpl. od. äußerst schw. CC		437	168	0,332	0,073
R63G	Andere akute Leukämie mit intensiver Chemotherapie, ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		383	185	0,247	0,070
R63H	Andere akute Leukämie ohne Dialyse, ohne Sepsis, ohne Agranulozytose, ohne Portimplantation, ohne äußerst schwere CC		249	190	0,222	0,073
R65Z	Hämatologische und solide Neubildungen, ein Belegungstag		143	198	0,253	0,108
R66Z	Akute myeloische Leukämie oder andere akute Leukämie oder bestimmtes Lymphom mit hochkomplexer Chemotherapie, Alter < 18 Jahre		1.817	186	0,899	0,073
R77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei bestimmten hämatologischen und soliden Neubildungen		1.198	192	0,665	0,070
S01Z	HIV-Krankheit mit OR-Prozedur		890	195	1,021	0,071
S60Z	HIV-Krankheit, ein Belegungstag		151	165	0,276	0,104
S62Z	Bösartige Neubildung bei HIV-Krankheit		357	182	0,354	0,072
S63A	Infektion bei HIV-Krankheit mit komplexer Diagnose und äußerst schweren CC oder mit komplizierender Konstellation		1.202	186	0,825	0,072
S63B	Infektion bei HIV-Krankheit ohne komplexe Diagnose oder ohne äußerst schwere CC, ohne komplizierende Konstellation		578	190	0,503	0,071

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
S65A	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit mit Herzinfarkt oder bei chronisch ischämischer Herzkrankheit oder äußerst schweren CC		718	183	0,622	0,073
S65B	Andere Erkrankungen bei HIV-Krankheit oder andere HIV-Krankheit ohne Herzinfarkt, außer bei chronisch ischämischer Herzkrankheit, ohne äußerst schwere CC		446	187	0,457	0,079
T01A	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, außer bei sonstiger Sepsis		1.550	200	1,772	0,076
T01B	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation bei sonstiger Sepsis oder mit bestimmtem komplexen Eingriff oder mit äußerst schweren CC		1.361	203	1,364	0,075
T01C	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten mit bestimmter komplexer Prozedur oder komplizierender Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC		948	199	0,938	0,074
T01D	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC mit bestimmtem anderen Eingriff		707	215	0,734	0,068
T01E	OR-Prozedur bei infektiösen und parasitären Krankheiten ohne bestimmte komplexe Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmten anderen Eingriff		396	198	0,482	0,071
T36Z	Intensivmedizinische Komplexbeh. > 588 / 552 / 552 Aufwandsp. bei infektiösen und parasitären Krankheiten oder OR-Prozedur bei inf. u. parasitären Krankh. mit best. komplexer Prozedur oder kompliz. Konstellation mit IntK > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.560	197	1,356	0,106
T44Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei infektiösen und parasitären Krankheiten		836	192	0,429	0,070
T60A	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Zustand nach Organtransplantation, mit äußerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.066	197	0,837	0,088
T60B	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder auß. schw. CC, Alter < 18 J. oder mit Para- / Tetraplegie oder mit bestimmter ERCP oder mit schwersten CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte		816	193	0,714	0,083
T60C	Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z. n. Organtransplantation oder mit komplexer Diagnose oder äußerst schweren CC, Alter > 17 Jahre, ohne Para- / Tetraplegie, ohne bestimmte ERCP, ohne schwerste CC oder mit IntK > 196 / 184 / 368 Punkte		736	194	0,621	0,082
T60D	Sepsis mit anderer komplizierender Konstellation, außer bei Z. n. Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder Alter < 10 Jahre		496	193	0,416	0,077
T60E	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, mehr als ein Belegungstag		482	194	0,445	0,076
T60F	Sepsis, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196/ 184 / - Aufwandspunkte		230	193	0,357	0,143
T60G	Sepsis ohne komplizierende Konstellation, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne komplexe Diagnose, ohne äußerst schwere CC, Alter > 9 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, ein Belegungstag		169	183	0,299	0,128
T61Z	Postoperative und posttraumatische Infektionen		259	193	0,254	0,069
T62A	Fieber unbekannter Ursache mit äußerst schweren oder schweren CC, Alter > 5 Jahre		321	168	0,338	0,072
T62B	Fieber unbekannter Ursache ohne äußerst schwere oder schwere CC oder Alter < 6 Jahre		202	189	0,260	0,079
T63A	Virale Erkrankung bei Zustand nach Organtransplantation oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 14 Jahre mit komplexer Diagnose		373	188	0,307	0,075
T63B	Schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		309	202	0,275	0,069

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
T63C	Mäßig schwere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		214	205	0,241	0,073
T63D	Andere virale Erkrankung, außer bei Zustand nach Organtransplantation ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 13 Jahre oder ohne komplexe Diagnose		186	192	0,235	0,078
T64A	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit bestimmter komplexer Diagnose, Alter < 16 Jahre oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		347	191	0,289	0,077
T64B	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, mehr als ein Belegungstag, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		399	194	0,366	0,072
T64C	Andere infektiöse und parasitäre Krankheiten mit komplexer Diagnose, Alter > 15 Jahre, ein Belegungstag oder ohne komplexe Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte		330	198	0,329	0,073
T77Z	Komplexbehandlung bei isolationspflichtigen Erregern bei infektiösen und parasitären Krankheiten		593	192	0,343	0,069
U01Z	Genitalorganumwandelnde Operation	x	610	149	0,999	0,067
U40Z	Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei psychischen Krankheiten und Störungen		628	171	0,341	0,068
U41Z	Sozial- und neuropädiatrische und pädiatrisch-psychosomatische Therapie bei psychischen Krankheiten und Störungen	x	594	137	0,211	0,063
U42A	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter < 19 Jahre	x	847	117	0,224	0,064
U42B	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, mindestens 14 Behandlungstage		530	157	0,236	0,065
U42C	Multimodale Schmerztherapie bei psychischen Krankheiten und Störungen, Alter > 18 Jahre, weniger als 14 Behandlungstage		370	185	0,252	0,067
U43Z	Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre	x	986	166	0,231	0,059
U60A	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter < 16 Jahre		154	168	0,271	0,118
U60B	Psychiatrische Behandlung, ein Belegungstag, Alter > 15 Jahre		148	188	0,263	0,112
U61Z	Schizophrene, wahnhaft und akut psychotische Störungen		388	184	0,372	0,081
U63Z	Schwere affektive Störungen		352	190	0,337	0,072
U64Z	Angststörungen oder andere affektive und somatoforme Störungen		295	192	0,382	0,079
U66Z	Ess-, Zwangs- und Persönlichkeitsstörungen und akute psychische Reaktionen oder psychische Störungen in der Kindheit		311	194	0,322	0,073
V40Z	Qualifizierter Entzug		425	182	0,280	0,065
V60A	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit mit psychotischem Syndrom oder HIV-Krankheit		343	188	0,345	0,080
V60B	Alkoholintoxikation und Alkoholentzug oder Störungen durch Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit ohne psychotisches Syndrom, ohne HIV-Krankheit		168	188	0,231	0,082
V61Z	Drogenintoxikation und -entzug		220	169	0,244	0,081
V63Z	Störungen durch Opioidgebrauch und Opioidabhängigkeit		201	184	0,254	0,097
V64Z	Störungen durch anderen Drogengebrauch und Medikamentenmissbrauch und andere Drogen- und Medikamentenabhängigkeit		158	186	0,235	0,116
W01A	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, mit Frührehabilitation	x				

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
W01B	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung > 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		2.712	194	3,654	0,108
W01C	Polytrauma mit Beatmung > 72 Stunden oder komplexen Eingriffen oder IntK > 392 / 368 / 552 Aufwandspunkte, ohne Frührehabilitation, ohne Beatmung > 263 Stunden, ohne komplexe Vakuumbehandlung, ohne IntK > 588 / 552 / - Aufwandspunkte		972	171	1,389	0,096
W02A	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.933	192	3,090	0,079
W02B	Polytrauma mit anderen komplexen Eingriffen ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandspunkte		1.315	194	1,952	0,078
W04A	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, mit komplizierender Konstellation oder Eingriffen an mehreren Lokalisationen		1.354	195	2,043	0,080
W04B	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, mit bestimmten anderen Eingriffen oder Beatmung mehr als 24 Stunden		936	197	1,290	0,080
W04C	Polytrauma mit anderen Eingriffen oder Beatmung > 24 Stunden, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriffe an mehreren Lokalisationen, ohne bestimmte andere Eingriffe, ohne Beatmung > 24 Stunden		748	192	0,837	0,075
W05Z	Frührehabilitation bei Polytrauma mit OR-Prozedur	x	2.985	186	2,948	0,068
W36Z	Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 784 / 828 / 828 Aufwandspunkte bei Polytrauma oder Polytrauma mit Beatmung oder Kraniotomie mit endovaskulärer Implantation von Stent-Prothesen an der Aorta		3.029	192	3,889	0,119
W40Z	Frührehabilitation bei Polytrauma	x				
W60Z	Polytrauma, verstorben < 5 Tage nach Aufnahme, ohne komplizierende Konstellationen, ohne Beatmung > 24 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte andere Eingriffe		212	165	0,404	0,106
W61A	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte oder Alter < 12 Jahre		554	187	0,626	0,085
W61B	Polytrauma ohne signifikante Eingriffe, ohne komplizierende Diagnose, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte, Alter > 11 Jahre		474	189	0,507	0,079
X01A	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen mit komplizierender Konstellation oder freier Lappenplastik mit mikrovaskulärer Anastomosierung oder mit schweren Weichteilschäden oder komplexer OR-Prozedur oder best. komplexem Eingriff, mit äuß. schweren CC		1.547	192	1,683	0,070
X01B	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, mit schweren Weichteilschäden oder komplex. OR-Prozedur oder best. mäßig kompl. Eingriff oder äußerst schw. CC, mehr als 1 BT		663	197	0,735	0,066
X01C	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schwere Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne äuß. schw. CC, mit best. Nervennaht oder Hautplastik, > 1 BT		439	188	0,742	0,072
X01D	Rekonstruktive Operation bei Verletzungen ohne kompliz. Konstellation, ohne freie Lappenplastik mit mikrovask. Anastomosierung, ohne schwere Weichteilschäden, ohne kompl. OR-Prozedur, ohne äuß. schw. CC, ohne best. Nervennaht oder Hautplastik oder 1 BT		296	167	0,488	0,079
X04Z	Andere Eingriffe bei Verletzungen der unteren Extremität		384	187	0,519	0,074
X05A	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, mit komplexem Eingriff		288	143	0,488	0,079
X05B	Andere Eingriffe bei Verletzungen der Hand, ohne komplexen Eingriff		220	183	0,356	0,084
X06A	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen mit äußerst schweren CC		906	212	1,062	0,078
X06B	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere CC, mit komplexer OR-Prozedur oder Alter > 65 Jahre mit bestimmtem Eingriff oder mit schweren CC		447	201	0,634	0,074

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
X06C	Andere Eingriffe bei anderen Verletzungen ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe OR-Prozedur, Alter < 66 Jahre oder ohne bestimmten Eingriff		280	198	0,407	0,075
X07A	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation mehr als einer Zehe oder mehr als eines Fingers		2.015	162	3,647	0,072
X07B	Replantation bei traumatischer Amputation, mit Replantation eines Fingers oder einer Zehe		1.000	161	1,853	0,071
X33Z	Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren bei Verletzungen, Vergiftungen und toxischen Wirkungen von Drogen und Medikamenten		1.815	189	2,302	0,074
X60Z	Verletzungen und allergische Reaktionen		168	208	0,241	0,090
X62Z	Vergiftungen / Toxische Wirkungen von Drogen, Medikamenten und anderen Substanzen oder Folgen einer medizinischen Behandlung oder bestimmte Erfrierungen und andere Traumata		206	200	0,274	0,088
X64Z	Andere Krankheit verursacht durch Verletzung, Vergiftung oder toxische Wirkung		144	199	0,216	0,095
Y01Z	Operative Eingriffe bei schweren Verbrennungen oder Beatmung > 95 Stunden bei Verbrennungen oder intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 1104 Aufwandspunkte bei Verbrennungen	x	2.968	190	3,313	0,118
Y02A	Andere Verbrennungen mit Hauttransplantation oder anderen Eingriffen bei Sepsis oder mit kompliz. Konst., hochkomplexem Eingriff, vierzeitigen bestimmten OR-Prozeduren oder intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte		1.976	164	2,068	0,091
Y02B	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. auß. b. Sep., oh. kompliz. Konst., oh. hochkompl. Eingr., oh. vierz. best. OR-Proz., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., m. auß. schw. CC, kompliz. Diagn., kompl. Proz., Dialyse od. Beatm. > 24 Std.		1.143	186	1,232	0,080
Y02C	Andere Verbrenn. m. Haut-Tx. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalt-hauttranspl., Alter < 18 J.		529	144	0,733	0,067
Y02D	Andere Verbrenn. m. Hauttr. od. and. Eingr. oh. auß. schw. CC, oh. kompliz. Diagn., oh. komplexe Proz., oh. Dialyse, oh. Beat. > 24 Std., oh. kompliz. Konst., oh. IntK > 588 / 552 / 552 Aufwandsp., oh. best. Spalt-hauttranspl., Alter > 17 J.		585	188	0,686	0,072
Y03Z	Andere Verbrennungen mit anderen Eingriffen		281	184	0,350	0,077
Y61Z	Schwere Verbrennungen	x				
Y62Z	Andere Verbrennungen		219	166	0,220	0,074
Y63Z	Verbrennungen, ein Belegungstag		129	183	0,211	0,115
Z01A	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen mit komplexem Eingriff oder komplizierender Konstellation		645	185	0,795	0,073
Z01B	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit bestimmtem Eingriff		356	199	0,632	0,080
Z01C	OR-Prozeduren bei anderen Zuständen, die zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, ohne bestimmten Eingriff		216	190	0,301	0,077
Z02Z	Leberspende (Lebendspende)	x	1.203	186	2,071	0,079
Z03Z	Nierenspende (Lebendspende)		762	148	1,338	0,072
Z04Z	Lungenspende (Lebendspende)	x				
Z41Z	Knochenmarkentnahme bei Eigenspender	x				
Z42Z	Stammzellentnahme bei Fremdspender	x	145	160	0,207	0,107

DRG	Bezeichnung	Unbe- wertet	Mittlere Fallkosten	Getroffene Module	BR/Fall	BR/Tag
Z43Z	Knochenmarkentnahme bei Fremdspender	x	186	142	0,327	0,096
Z64A	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbe- handlung nach abgeschlossener Behandlung mit komplexer Radiojoddi- agnostik		417	104	0,649	0,172
Z64B	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbe- handlung nach abgeschlossener Behandlung mit bestimmter Radiojoddi- agnostik, mit bestimmtem Kontak Anlass		264	190	0,437	0,107
Z64C	Andere Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen, Nachbe- handlung nach abgeschlossener Behandlung ohne Radiojoddiagnostik, ohne bestimmten Kontak Anlass oder allergologische Provokationstes- tung bis 2 Belegungstage		160	211	0,236	0,088
Z65Z	Beschwerden, Symptome, andere Anomalien und Nachbehandlung		226	208	0,295	0,078
Z66Z	Vorbereitung zur Lebendspende		282	172	0,522	0,091
801A	Ausgedehnte OR-Proz. oh. Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimmter kompl. Konst. oder Strahlenth. oder endovaskulärer Impl. von Stent- Proth. an der Aorta oder intensivmediz. Komplexbehandlung > 392 / 368 / - Aufwandsp. od. Alter < 18 J. mit kompl. Faktoren		1.491	201	1,482	0,081
801B	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit hoch- komplexer OR-Prozedur oder mit komplizierender Konstellation, Alter > 17 Jahre oder ohne komplizierende Faktoren oder mit komplexer OR- Prozedur oder schweren CC, Alter < 16 Jahre		1.197	201	1,361	0,075
801C	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit komple- xer OR-Prozedur oder anderem Eingriff an Kopf und Wirbelsäule oder mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls oder bei Para- / Tetraplegie		1.065	209	1,219	0,074
801D	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit bestimm- ter OR-Prozedur oder mit intensivmediz. Komplexbeh. > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte oder bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit neurolog. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls		939	214	1,033	0,074
801E	Ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne kompli- zierende Konstellation, ohne hochkomplexe, komplexe oder bestimmte OR-Prozedur		733	213	0,807	0,072
802A	Bestimmte nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiag- nose oder andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur mit intensivmedizinischer Komplexbehandlung > 196 / 184 / 368 Aufwandspunkte		793	211	0,857	0,075
802B	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose mit mäßig komplexer OR-Prozedur		841	214	1,008	0,072
802C	Andere nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose ohne mäßig komplexe OR-Prozedur		639	214	0,780	0,073
802D	Wenig komplexe nicht ausgedehnte OR-Prozedur ohne Bezug zur Hauptdiagnose		422	209	0,547	0,074
863Z	Neonatale Diagnose ohne Bezug zu Alter oder Gewicht		299	145	0,319	0,099
960Z	Nicht gruppierbar					
961Z	Unzulässige Hauptdiagnose					
962Z	Unzulässige Kodierung einer Sectio caesarea					

Tabelle A-2-2:

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

PEPP	Bezeichnung	Unbewertet	Mittlere Tageskosten	Getroffene Module	BR/Tag
P001Z	Schlafapnoesyndrom oder kardiorespiratorische Polysomnographie, bis zu 7 Pflage tage	x	52	130	2,142
P002Z	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Kindern und Jugendlichen, Einzelbetreuung mit hohem Aufwand		24	164	0,981
P003A	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassungsaufwand mit äußerst hohem Aufwand		25	193	1,026
P003B	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassungsaufwand mit sehr hohem Aufwand oder mit schwerer oder schwerster Pflegebedürftigkeit oder mit Intensivbehandlung oder Alter > 79 Jahre		26	197	1,048
P003C	Erhöhter Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und komplexer Entlassungsaufwand mit deutlich erhöhtem Aufwand, ohne schwere oder schwerste Pflegebedürftigkeit, ohne Intensivbehandlung, Alter < 80 Jahre		26	191	1,045
PA01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit komplizierender Konstellation		24	164	0,990
PA01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ohne komplizierende Konstellation		25	181	1,040
PA02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotr. Subst. mit Heroinkon. od. sonst. Subst. (intrav.) od. mit schw. Begleiterkr. bei Opiatabh. od. Schwanger. od. mit schw. od. schwerster Pflegebed. od. mit hoher Therapieintensität od. mit hohem Betreuungsaufw.		26	195	1,076
PA02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 74 Jahre oder mit kompliz. Konstellation oder mit multiplem Substanzmissbrauch bei Opiat- oder Kokainkonsum oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting		27	200	1,117
PA02C	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter > 64 J. u. < 75 J. oder mit Qualifiziertem Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen oder mit kompliz. Konstell. oder mit multiplem Substanzmissbrauch außer bei Opiat- und Kokainkonsum		28	198	1,135
PA02D	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne Heroinkonsum oder intravenösen Gebrauch sonstiger Substanzen, ohne Qualifizierten Entzug ab mehr als 14 Behandlungstagen		31	200	1,261
PA03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting		25	201	1,034
PA03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, ohne Mutter/Vater-Kind-Setting		26	200	1,049
PA04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 84 Jahre oder mit komplizierender Diagnose und Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität		26	200	1,049
PA04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 85 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit komplizierender Diagnose oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit oder Alter > 64 Jahre		25	201	1,009
PA04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne komplizierende Diagnose, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit		24	201	0,993
PA14A	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit		26	180	1,053
PA14B	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, Essstörungen und andere Störungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit		25	185	1,022

PEPP	Bezeichnung	Unbewertet	Mittlere Tageskosten	Getroffene Module	BR/Tag
PA15A	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonst. degen. Krankheiten des Nervensystems mit kompliz. Konst. oder mit schw. oder schwerster mot. Fkt-einschr. oder mit hoher Therapieintens. oder 1:1-Betreuung mit erhöhtem Aufw.		25	198	1,022
PA15B	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degen. Krankheiten des Nervensystems mit best. Demenzerkrankungen oder kompliz. Konst. oder mit mittelschwerer mot. Fkt-einschränkung oder Intensivbeh. oder Alter > 84 Jahre		26	201	1,048
PA15C	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems ohne bestimmte Demenzerkrankungen, ohne komplizierende Konstellation, ohne Intensivbehandlung, Alter < 85 Jahre		27	200	1,086
PA16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	x	33	146	1,335
PA17Z	Andere psychosomatische Störungen	x	28	116	1,159
PA18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	x	35	143	1,441
PA98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	x	36	139	1,450
PA99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	x	36	109	1,457
PK01A	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend mit komplizierender Konstellation		24	142	0,982
PK01B	Intelligenzstörungen, tief greifende Entwicklungsstörungen, Ticstörungen und andere Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend ohne komplizierende Konstellation		22	142	0,915
PK02A	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand oder mit Behandlung im besonderen Setting oder Alter < 14 Jahre		23	143	0,947
PK02B	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen ohne komplizierende Konstellation, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, ohne Behandlung im besonderen Setting oder Alter > 13 Jahre		31	143	1,284
PK03A	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen mit Intensivbehandlung		24	128	0,961
PK03B	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen oder andere psychotische Störungen ohne Intensivbehandlung		25	143	1,022
PK04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen mit komplizierender Konstellation oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand oder mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung		25	164	1,015
PK04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen ohne komplizierende Konstellation, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, mit komplizierender Nebendiagnose oder Alter < 14 Jahre		23	144	0,953
PK04C	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen ohne komplizierende Konstellation, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, ohne komplizierende Nebendiagnose, Alter > 13 Jahre		23	181	0,957
PK10A	Ess- und Fütterstörungen mit hoher Therapieintensität oder mit Intensivbehandlung oder mit erhöhtem Betreuungsaufwand oder Alter < 12 Jahre		23	162	0,933
PK10B	Ess- und Fütterstörungen ohne hohe Therapieintensität, ohne Intensivbehandlung, ohne erhöhten Betreuungsaufwand, Alter > 11 Jahre		22	143	0,883
PK14A	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen, Alter < 8 Jahre od. mit kompliz. ND oder mit erhö. Betreuungsaufw. oder mit hoher Therapieintens. oder mit Intensivbehandlung		24	164	0,973
PK14B	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Stör., Alter 8-13 J. od. mit erhöhter Pflegebed. od. mit Adipositas, ohne erhöhten Betreuungsaufw., ohne hohe Therapieintens., ohne Intensivbeh.		23	144	0,925

PEPP	Bezeichnung	Unbewertet	Mittlere Tageskosten	Getroffene Module	BR/Tag
PK14C	Verhaltensstörungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Stör., Alter > 13 Jahre, ohne erhöhter Pflegebed., ohne kompliz. ND, ohne erhöhten Betreuungsaufw., ohne hohe Therapieint., ohne Intensivbeh.		25	143	1,007
PK15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom und degenerative Krankheiten des Nervensystems	x	38	75	1,564
PK16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	x			
PK17Z	Andere psychosomatische Störungen	x	25	141	1,007
PK18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	x	24	161	0,967
PK98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	x	22	81	0,903
PK99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	x	20	69	0,817
PP04A	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter > 64 Jahre oder mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität oder mit Mutter/Vater-Kind-Setting oder mit erheblicher Pflegebedürftigkeit		22	186	0,912
PP04B	Affektive, neurotische, Belastungs-, somatoforme und Schlafstörungen, Alter < 65 Jahre, ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität, ohne Mutter/Vater-Kind-Setting, ohne erhebliche Pflegebedürftigkeit		22	197	0,897
PP10A	Anorexia nervosa oder Ess- und Fütterstörungen mit komplizierender Konstellation oder mit hoher Therapieintensität		22	181	0,881
PP10B	Ess- und Fütterstörungen außer bei Anorexia nervosa ohne komplizierende Konstellation, ohne hohe Therapieintensität		21	162	0,876
PP14Z	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen oder andere Störungen		22	193	0,899
PP15Z	Organische Störungen, amnestisches Syndrom, Alzheimer-Krankheit und sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems	x			
PP16Z	Krankheiten des Nervensystems oder zerebrovaskuläre Krankheiten	x	23	81	0,933
PP17Z	Andere psychosomatische Störungen	x	24	150	0,997
PP18Z	Umschriebene Entwicklungsstörungen oder andere neuropsychiatrische Symptome	x	24	115	0,961
PP98Z	Neuropsychiatrische Nebendiagnose ohne neuropsychiatrische Hauptdiagnose	x			
PP99Z	Keine neuropsychiatrische Neben- oder Hauptdiagnose	x			
PF01Z	Fehlkodierung bei erhöhtem Betreuungsaufwand bei Erwachsenen, 1:1-Betreuung, Krisenintervention und Entlassungsaufwand		21	63	0,876
PF02Z	Fehlkodierung bei psychosomatisch-psychotherapeutischer Komplexbehandlung bei Erwachsenen				
PF03Z	Fehlkodierung bei Einzel- und Kleinstgruppenbetreuung bei Kindern und Jugendlichen				
PF04Z	Fehlkodierung der Behandlung bei psychischen und psychosomatischen Störungen mit unzulässiger Erfassung mehrerer Therapieeinheitenkodes am gleichen Tag		29	103	1,188
PF96Z	Nicht gruppierbar				